

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA-CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ

**“MANUAL DE ORIENTACIÓN PARA LA ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE
BASADO EN EL MÉTODO BOBATH PARA NIÑOS CON PARÁLISIS
CEREBRAL A NIVEL MODERADO Y LEVE”**

LILIANA ISABEL ALBIZURES VELIZ DE SAMAYOA

KÉREN IDALIS NUÑEZ MALDONADO DE REYES

GUATEMALA AGOSTO 2013.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ

**“MANUAL DE ORIENTACIÓN PARA LA ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE
BASADO EN EL MÉTODO BOBATH PARA NIÑOS CON PARÁLISIS
CEREBRAL A NIVEL MODERADO Y LEVE”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

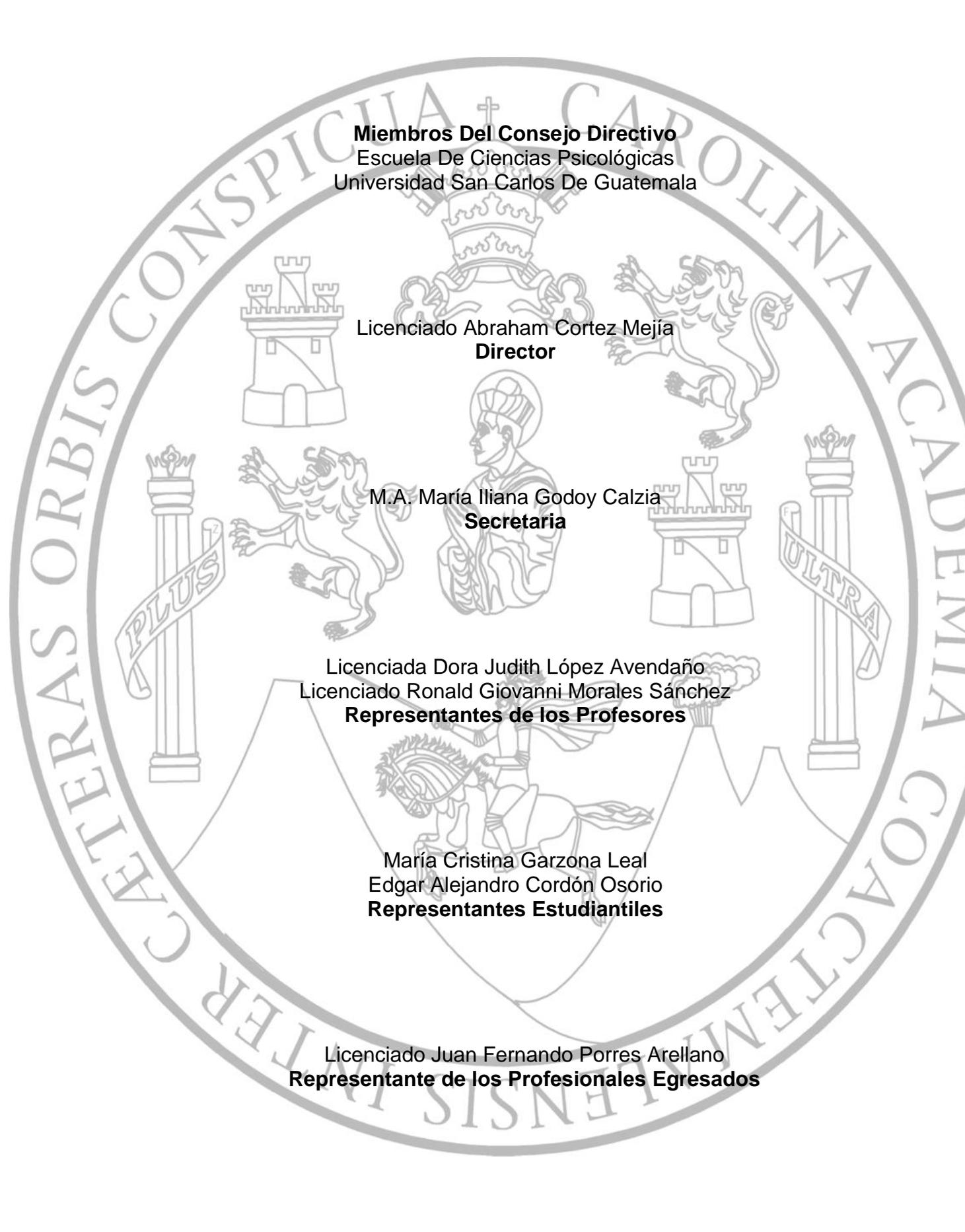
POR

**LILIANA ISABEL ALBIZURES VELIZ DE SAMAYOA
KÉREN IDALIS NUÑEZ MALDONADO**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
TERAPISTAS DE LENGUAJE**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
TÉCNICAS UNIVERSITARIAS**

GUATEMALA AGOSTO DE 2013

The background of the page is a large, light gray watermark of the seal of the Universidad San Carlos de Guatemala. The seal is circular and contains the Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA GOACCTEM" around its perimeter. In the center, it depicts a figure on horseback, a crown, and various heraldic symbols like castles and lions.

Miembros Del Consejo Directivo
Escuela De Ciencias Psicológicas
Universidad San Carlos De Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía
Director

M.A. María Iliana Godoy Calzia
Secretaria

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
Representantes de los Profesores

María Cristina Garzona Leal
Edgar Alejandro Cordon Osorio
Representantes Estudiantiles

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
Representante de los Profesionales Egresados

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 250-10
CODIPs. 1325-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

07 de agosto de 2013

Estudiantes

Liliana Isabel Albizures Veliz de Samayoa
Kéren Idalis Nuñez Maldonado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto QUINCUAGÉSIMO CUARTO (54º.) del Acta TREINTA Y UNO GUIÓN DOS MIL TRECE (31-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 31 de julio de 2013, que copiado literalmente dice:

QUINCUAGÉSIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **“MANUAL DE ORIENTACIÓN PARA LA ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE BASADO EN EL MÉTODO BOBATH PARA NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL A NIVEL MODERADO Y LEVE”**, de la carrera de Terapia del Lenguaje, realizado por:

Liliana Isabel Albizures Veliz de Samayoa
Kéren Idalis Nuñez Maldonado

CARNÉ No. 99-24502
CARNÉ No. 2006-14128

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Irma Vargas, y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA



/gaby

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC

RECIBIDO

FIRMA

HORA

17:15

Registro

250-10

INFORME FINAL

CIEPs 524-2013
REG: 250-2010
REG: 160-2012

Guatemala 29 de julio 2013

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“MANUAL DE ORIENTACIÓN PARA LA ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE BASADO EN EL MÉTODO BOBATH PARA NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL A NIVEL MODERADO Y LEVE.”

ESTUDIANTE:
Liliana Isabel Albizures Veliz de Samayoa
Kéren Idalis Nuñez Maldonado

CARNÉ No.
99-24502
2006-14128

CARRERA: Terapia del Lenguaje

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 15 de julio del presente año y se recibieron documentos originales completos el 26 de julio, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez
COORDINADORA, UNIDAD DE GRADUACIÓN
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo

Arelis Centro Universitario Metropolitano –CUM– Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530

CIEPs. 525-2013
REG 250-2010
REG 160-2012

Guatemala, 29 de julio 2013

**SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO**

De manera atenta me dirijo a ustedes para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“MANUAL DE ORIENTACIÓN PARA LA ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE BASADO EN EL MÉTODO BOBATH PARA NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL A NIVEL MODERADO Y LEVE.”

**ESTUDIANTE:
Liliana Isabel Albizures Veliz de Samayoa
Kéren Idalis Nuñez Maldonado**

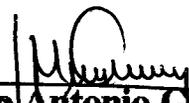
**CARNÉ No.
99-24502
2006-14128**

CARRERA: Terapia del Lenguaje

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 10 de julio del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


**Licenciado Marco Antonio García Enríquez
DOCENTE REVISOR**



Arelis./archivo

Guatemala, 20 de mayo de 2013.

Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
Coordinadora de la unidad de graduación
Centro de Investigaciones en
Psicología –CIEPs- “Mayra Gutierrez”
CUM

Estimada Licenciada Alvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado “Manual de orientación para la estimulación del lenguaje basado en el método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve”. Realizado por las estudiantes LILIANA ISABEL ALBIZÚREZ VÉLIZ, CARNÉ No. 199924502. Y KÉREN IDALIS NUÑEZ MALDONADO DE REYES, CARNÉ No. 200614128.

El trabajo fue realizado a partir del 15 de febrero del año 2011 hasta el 20 de mayo del año 2013.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciada Irma I. Vargas

Psicóloga y Terapeuta de Lenguaje

Asesora de contenido



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala, 3 de Julio del 2013.

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Unidad de Graduación
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.-
"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Licenciada de Álvarez:

Deseándole éxitos al frente de sus labores, por este medio le informo que las Estudiantes: Liliana Isabel Albizúres Velis Carné No.: 199924502 y Kéren Idalis Nuñez Maldonado Carné No.:200614128, realizaron en esta casa de estudios, 25 entrevistas a estudiantes y profesionales de Terapia del Lenguaje y un taller como parte del trabajo de investigación titulado: **"Manual de Orientación para la Estimulación del Lenguaje basado en el Método Bobath para Niños con Parálisis Cerebral a nivel moderado y leve"**, en el período comprendido de marzo a abril en horario de 17:30 a 20:00 horas.

Las estudiantes en mención, cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra Escuela.

Agradeciendo su atención a la presente, me suscribo atentamente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Irma Vargas
Coordinadora Específica

Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje



IV/susy
c.c.archivo

PADRINOS

POR LILIANA ISABEL ALBIZÚREZ VÉLIZ DE SAMAYOA

IRMA ISAURA VARGAS

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA Y TERAPISTA DE LENGUAJE

COLEGIADO 1984.

WILLIAM GARRIDO CARRERA

INGENIERO EN SISTEMAS

COLEGIADO 11281.

POR KÉREN IDALIS NÚÑEZ MALDONADO DE REYES

DEBORA LOPEZ DUBON

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS ABOGADA Y NOTARIA.

COLEGIADO 13973

ERICK DAVID REYES ALBURÉZ

LIC. EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

COLEGIADO 16746

DEDICATORIAS

POR LILIANA ISABEL ALBIZÚREZ VÉLIZ DE SAMAYOA

A DIOS: Por ser mi fortaleza y mi guía, por iluminar mis pasos en cada momento de mi vida y llenarla de bendiciones.

A MIS PADRES: Por haberme traído al mundo en un hogar lleno de amor, por haber hecho de mí una persona de bien y por todo su apoyo emocional y económico que me han brindado.

A MI ESPOSO: Por brindarme su amor y comprensión en todo momento aún en los más difíciles y ser la persona ideal para compartir mi vida.

A MIS HERMANOS: Por ser los mejores hermanos del mundo, por compartir conmigo tantos momentos especiales, por todo su apoyo emocional y económico y porque siempre han estado a mi lado cuando más los he necesitado.

A MIS SOBRINOS: Por su inocencia, alegría y ocurrencias que llenan mi vida de felicidad y esperanza de que harán de este planeta un lugar mejor.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS: Por todos los buenos momentos compartidos, por todo su apoyo, amistad y sinceridad.

DEDICATORIAS

POR KEREN IDALIS NÚÑEZ MALDONADO DE REYES

- A DIOS:** Quien es mi guía, mi fortaleza, y mi padre amado que me ha dado la oportunidad de culminar esta meta tan deseada.
- A MIS PADRES:** Juan Antonio Nuñez y Aura Estela Maldonado por su gran amor, comprensión y apoyo.
- A MI ESPOSO:** Sergio Ivan reyes por su gran amor, y su apoyo incondicional en todo momento, por darme su confianza, dedicación y ayudarme a ser una mujer productiva a mi país.
- A MIS SUEGROS:** José Ivan Reyes y Dora Irene de reyes por su cariño y su apoyo incondicional
- A MI HIJA:** Por ser mi más grande tesoro y la fuerza que me motiva cada día a seguir adelante.
- A MIS HERMANOS:** Moises, Marilynn, Ruby, Nicolle y Nahomi por apoyarme y compartir conmigo esta meta.
- A MIS AMIGOS
Y AMIGAS:** Por su amistad y compartir conmigo este logro.
- A MIS CATEDRÁTICOS:** Por su ejemplo, dedicación y paciencia para darme los conocimientos que me servirán en mi vida profesional.
- A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:** En especial a la Escuela de Psicología por los conocimientos y las experiencias brindadas a lo largo de mi formación profesional.
- A LOS NIÑOS:** Que han motiva la realización de este manual para beneficio de su desarrollo en el lenguaje.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por estar a nuestro lado e iluminarnos en todo momento, Porque él da la Sabiduría, y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia

A nuestra familia

Por guiarnos acompañarnos y estar allí en cualquier circunstancia de nuestra vida.

A la universidad de San Carlos de Guatemala

Por formarnos académicamente y por darnos el privilegio de ser profesionales egresadas de esta casa de estudios.

A nuestra asesora

Licda. Irma Isaura Vargas, por su apoyo, confianza, tiempo y orientación para el desarrollo de esta investigación.

A nuestro revisor

Lic. Marco Antonio García, por su tiempo y paciencia para la elaboración del presente trabajo.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Prólogo	2
I Introducción	
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico	
1.1.1 Planteamiento del problema	5
1.1.2 Marco teórico	8
1.1.2.1 Parálisis cerebral.....	8
1.1.2.2 Lenguaje de los parálíticos cerebrales	14
1.1.2.3 Inteligencia del paralítico cerebral	16
1.1.2.4 Lenguaje	17
1.1.2.5 Condiciones biológicas y psicosociales del desarrollo lingüístico infantil	19
1.1.2.6 Lenguaje y desarrollo psicosocial del niño	21
1.1.2.7 El método Bobath	24
1.1.2.8 Logopedia y el tratamiento Bobath	35
1.1.2.11 Evaluación del lenguaje del paralítico cerebral	53
1.1.2.12 Principios de foniatría	54
1.1.3 Delimitación.....	76
II Técnicas e Instrumentos	
2.1 Técnicas.....	78
2.2 Instrumentos.....	78

III Presentación, análisis e interpretación de los resultados.	
3.1 Características del lugar y de la población	
3.1.1 Características del lugar.....	80
3.1.2 Características de la población.....	80
3.2 Análisis e interpretación de los resultados	80
3.3 Manual de orientación para la estimulación del lenguaje basado en el método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve.....	97
IV Conclusiones y recomendaciones	
4.1 Conclusiones.....	98
4.2 Recomendaciones.....	99
Bibliografía.....	100
Anexos.....	101

RESUMEN

“MANUAL DE ORIENTACIÓN PARA LA ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE BASADO EN EL MÉTODO BOBATH PARA NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL A NIVEL MODERADO Y LEVE”

**Por: Liliana Isabel Albizúrez Véliz de Samayoa y
Kéren Idalis Nuñez Maldonado de Reyes**

El presente estudio fue motivado en la práctica como terapeutas de lenguaje, en donde observamos que un número significativo de los niños que asistía a la clínica presentaban un trastorno motriz, más conocido como parálisis cerebral, la evolución en el tratamiento de estos niños era lenta en comparación con los demás y resultaba difícil emplear las técnicas conocidas para ejercitar sus órganos fonadores por sus características motoras. Al tener contacto con este fenómeno surgieron varias interrogantes como: ¿Existe algún método que oriente a las y los terapeutas de lenguaje para trabajar con niños con parálisis cerebral?, ¿Es necesario utilizar un método específico para estimular el lenguaje en niños con parálisis cerebral?, ¿Cuáles son las técnicas, herramientas y conocimientos que poseen las y los terapeutas de lenguaje para trabajar con niños afectados de parálisis cerebral?, entre otras. Para dar respuesta a estas interrogantes se aplicó una entrevista estructurada a 20 estudiantes de 6to. 5to. y 4to. Semestre de la carrera técnica de terapia de lenguaje y una entrevista semiestructurada a 5 terapeutas del lenguaje profesionales. Y con ello llegar al objetivo general de diseñar un manual logopédico dirigido a terapeutas del lenguaje, que contenga una evaluación, y técnicas de tratamiento para niños afectados con parálisis cerebral a nivel moderado y leve basado en los lineamientos del método Bobath, el cual se basa en una terapia tactopropioceptiva en donde el niño es colocado en diferentes posturas inhibitorias de la conducta refleja de los músculos para desarrollar nuevas modalidades normales de movimiento.

A través del estudio se comprobó que la utilización de un manual de terapia de lenguaje diseñado específicamente para niños afectados de parálisis cerebral es necesario para garantizar el éxito en la terapia, existen pocas herramientas métodos y técnicas para trabajar terapia de lenguaje con niños afectados de parálisis cerebral, las y los estudiantes de terapia de lenguaje están interesados en adquirir más conocimientos y aplicar nuevos y modernos métodos en la rehabilitación del lenguaje. Y se recomienda motivar a los estudiantes de terapia de lenguaje y a terapeutas de lenguaje profesionales a actualizar y reforzar sus conocimientos y técnicas de trabajo en la terapia, promover el trabajo multidisciplinario en la atención de los niños afectados con parálisis cerebral, motivar a estudiantes y terapeutas de lenguaje para diseñar nuevos y modernos programas para la estimulación del lenguaje acordes a las características específicas de los niños que atienden y diseñar nuevas estrategias de evaluación del lenguaje acordes a la población.

PRÓLOGO

El lenguaje permite al ser humano comunicar información, significados, intenciones, pensamientos y expresar emociones, interviniendo así en varios procesos cognitivos como: pensamiento, memoria, razonamiento, resolución de problemas y planeación. No hay actividad humana real o imaginaria, ni puede existir la idea o el pensamiento, la emoción o el sentimiento en que no se utilice la palabra. Existe una variedad de trastornos o afecciones físicas que producen la incapacidad para adquirir o desarrollar el lenguaje, entre estas afecciones encontramos la Parálisis cerebral, aproximadamente el 65% de los casos de parálisis cerebral presentan cierto grado de dificultades del lenguaje, que varían desde errores mínimos de la articulación hasta la imposibilidad absoluta para mover los órganos del lenguaje lo suficiente como para pronunciar cualquier palabra inteligible, estas dificultades están determinadas por el tipo de parálisis cerebral y el nivel de la afección. Este retraso y dificultades del lenguaje afectan el desarrollo psicosocial del niño, “el lenguaje cumple con una función eminentemente social y es indispensable para la adaptación social del individuo”.

A la clínica de terapia de lenguaje con frecuencia asisten niños y adolescentes afectados de parálisis cerebral y los profesionales que los atienden poseen pocas técnicas y métodos eficientes, modernos y específicos para tratar a esta población.

Al investigar sobre técnicas para trabajar con niños con parálisis cerebral conocimos el método Bobath el cual surgió en la década de los 70 creado por los esposos Bobath, este es descrito como una metodología tactopropioceptiva por creer influir desde afuera en el sistema nervioso central por medio de posturas en las cuales se inhiben movimientos reflejos para desarrollar mecanismo motores superiores que no se manifiestan pero que existen en personas con parálisis cerebral. La técnica Bobath desarrolla la reeducación del habla a tres niveles a) Reeducación de los trastornos de los órganos de alimentación (deglución, masticación y babeo) b) Reeducación de los trastornos

motores del habla: respiración, voz y Praxias bucoarticulatorias. C) Reeducción del léxico y la semántica: asociación objeto-palabra, utilización del objeto, conversación acerca del objeto, ampliar el vocabulario y favorecer la expresión oral.

El objetivo general de esta investigación fue diseñar un manual de estimulación del lenguaje basado en el método Bobath, dirigido a terapeutas de lenguaje, el cual contenga una evaluación profunda de la conducta motora del niño, específicamente de los órganos que intervienen en el lenguaje, la cual orientará el tratamiento, y un manual de tratamiento que incluye todas las áreas a trabajar en niños afectados por parálisis cerebral.

Para poder llevar a cabo nuestro objetivo general trabajamos en los siguientes objetivos específicos: Realizar un estudio profundo de las características y lineamientos del método Bobath para la rehabilitación de personas con parálisis cerebral; Identificamos los conocimientos, técnicas y herramientas con las que cuentan actualmente las terapeutas de lenguaje en la clínica para trabajar con la población de niños afectados con parálisis cerebral, así como sus principales necesidades, Desarrollamos un programa de trabajo adaptado al método Bobath estructurado de forma sistemática y práctica que incluye materiales que son de fácil acceso para las terapeutas de lenguaje, y por último se realizó un taller en el cual se dio a conocer las generalidades del método Bobath, información sobre parálisis cerebral y los lineamientos del método diseñado en la investigación.

El estudio bibliográfico se realiza en los meses de mayo a octubre del año 2012, la aplicación de las entrevistas en el mes de marzo 2013 y el taller en el mes de abril del mismo año.

Aunque se tiene referencia que la población de personas afectadas con parálisis cerebral con dificultades en el lenguaje es amplia no se logró identificar un número aproximado de pacientes que asisten a la terapia, posiblemente se

deba a que se le presta más atención a las dificultades motoras que ellos presentan por ser las más notorias.

El presente trabajo de investigación constituye un aporte importante a la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en específico a la carrera técnica de terapia de lenguaje, al brindar a las y los estudiantes una herramienta eficaz, práctica y moderna que será de gran ayuda en el tratamiento de los niños con parálisis cerebral, mejorando la calidad de vida de la población Guatemalteca y en especial la calidad de vida de las personas afectadas de parálisis cerebral.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante los 2 años de práctica de la carrera técnica de terapia de lenguaje atendiendo a niños y niñas con retraso de lenguaje las investigadoras observaron que existe una amplia población de niños y niñas con el trastorno de parálisis cerebral, a consecuencia del mismo sufren de diferentes dificultades del lenguaje, dislalias, retraso de lenguaje hasta la imposibilidad de emitir fonemas.

En la clínica de terapia de lenguaje los niños son atendidos siguiendo los lineamientos generales para tratar un retraso de lenguaje orgánico y no se contaba con técnicas específicas por lo que su evolución era muy lenta.

La parálisis cerebral es un trastorno que afecta a miles de niños y niñas cada año. Un niño con parálisis cerebral tiene dificultades para controlar los músculos del cuerpo, el niño podría no poder caminar, hablar, comer o jugar de la manera que lo hace la mayoría de los niños. Las dificultades y afecciones que presentan dependen del tipo y grado de afección.

Al tener contacto con esta población y buscar información para mejorar el tratamiento de estos niños conocimos el método Bobath una terapia surgida en la década de los 70, en la cual se desarrolla en los niños la capacidad de inhibir movimientos reflejos y aprender modalidades de movimiento normales, basándose en la comprensión del movimiento normal y utilizando todos los

canales perceptivos para facilitar los movimientos y las posturas selectivas que aumentan la calidad de la función motora.

Como profesionales el objetivo de nuestro trabajo fue diseñar un manual de terapia de lenguaje dirigido a terapeutas de lenguaje que contemplara una evaluación del aspecto motor de los pacientes y un programa de tratamiento que cubriera todas las áreas a trabajar en niños afectados de parálisis cerebral basado en el método Bobath; al inicio de la investigación surgieron varias interrogantes como: ¿Existe algún método que oriente a las y los terapeutas de lenguaje para trabajar con niños con parálisis cerebral?, ¿Es necesario utilizar un método específico para estimular el lenguaje en niños con parálisis cerebral?, ¿Cuáles son las técnicas, herramientas y conocimientos que poseen las y los terapeutas de lenguaje para trabajar con niños afectados de parálisis cerebral?, ¿Existirá interés entre las y los estudiantes de terapia de lenguaje y terapeutas de lenguaje profesionales en adquirir nuevas técnicas para trabajar con niños con parálisis cerebral?, ¿utilizar un manual de trabajo específico para niños con parálisis cerebral garantiza el éxito en la terapia de lenguaje?, ¿Quiénes conforman el equipo multidisciplinario para atender a pacientes con parálisis cerebral? Y ¿Cuál es la edad idónea para iniciar un programa de estimulación del lenguaje en niños afectados con parálisis cerebral?.

Para llevar a cabo esta investigación se tomo como base información proporcionada por estudiantes de la carrera técnica de terapia de lenguaje y terapeutas de lenguaje profesionales a través de una entrevista semi

estructurada, con la cual se identificaron las técnicas y métodos que actualmente están utilizando para atender a los niños y niñas afectados con parálisis cerebral y conocimientos que poseen acerca del método Bobath.

Por lo tanto en la investigación se plantearon las necesidades específicas de los niños afectados por parálisis cerebral, el momento idóneo para iniciar la terapia de lenguaje, las herramientas, técnicas y actividades oportunas basadas en el método Bobath que ayudarán a las y los terapistas del lenguaje a realizar un trabajo eficiente con sus pacientes que garantiza el éxito en la evolución de los niños afectados con parálisis cerebral en la terapia de lenguaje. Para la solución del problema es necesario se dé la importancia a este tema y se realicen continuamente estudios e investigaciones profundas que contribuyan a crear nuevos y modernos programas, con los cuales los niños y niñas afectados con parálisis cerebral reciban la estimulación necesaria de acuerdo a sus necesidades individuales y así alcanzar el éxito en la evolución de la terapia de lenguaje.

Con este manual se hizo un aporte significativo a las y los terapistas de lenguaje en su labor profesional, a la Escuela de Ciencias Psicológicas contribuyendo a enriquecer los conocimientos de sus estudiantes y la Universidad de San Carlos de Guatemala proporcionando al país profesionales de calidad al servicio de la población Guatemalteca.

1.1.2 MARCO TEÓRICO

1.1.2.1 PARÁLISIS CEREBRAL

Según J. M. Moreno en su obra *Intervención Educativa en la Parálisis cerebral* "Es una discapacidad motora estática que se origina durante el periodo prenatal, perinatal, o postnatal, con deficiencias asociadas que pueden incluir déficits sensoriales (visión-audición), convulsiones, retraso mental, dificultades de aprendizaje, problemas de alimentación, trastornos en el lenguaje y alteraciones en la conducta"¹.

La parálisis cerebral es la primera causa de invalidez en la infancia. El niño que padece de este trastorno presenta afecciones motrices que le impiden un desarrollo normal. La psicomotricidad se encuentra afectada en gran medida, estando la relación entre razonamiento y movimiento dañado, y por ende el desarrollo de habilidades que se desprenden de esa relación. "El problema se contempló como neurofisiológico y se insistió en que la causa de la incapacidad motora de los pacientes obedecía principalmente a la liberación de modalidades reflejas anormales de la postura y los movimientos, al perderse la inhibición normal que ejercen los centros superiores del sistema nervioso central".

El término "parálisis cerebral" vino a reconocerse como una expresión general que abarca a una variedad de trastornos específicos.

¹ Juan M. Moreno y Pedro J. Montero, *Intervención educativa en la parálisis cerebral*, primera edición Editorial Impresión Indugráfica Extremadura España 2004. pp. 15

Causas de la parálisis cerebral infantil.

Las causas de la parálisis infantil pueden ser múltiples. “Las lesiones cerebrales pueden originarse desde el embarazo (malformaciones cerebrales, anomalías genéticas, toxoplasmosis, rubeola, herpes, hepatitis, crecimiento en el desarrollo uterino retardado, etc.)”²

Las causas se clasifican de acuerdo a la etapa en que ha ocurrido el daño a ese Cerebro que se está formando, creciendo y desarrollando. “Se clasificarán como causas prenatales, perinatales o posnatales.”³

Causas prenatales:

- 1- Anoxia prenatal. (Circulares al cuello, patologías placentarias o del cordón).
- 2- Hemorragia cerebral prenatal.
- 3- Infección prenatal. (Toxoplasmosis, rubéola, etc.).
- 4- Factor Rh (incompatibilidad madre-feto).
- 5- Exposición a radiaciones.
- 6- Ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo.
- 7- Desnutrición materna (anemia).
- 8- Amenaza de aborto.
- 9- Tomar medicamentos contraindicados por el médico

² Idem. pp. 16

³ Arturo Graña Cid. Bases psicopedagógicas de la educación especial. Editorial Pearson, S. A. 4ta edición. Madrid 2003. Pag. 257

Causas perinatales.

Son las más conocidas y de mayor incidencia, afecta al 90 % de los casos.

- 1- Prematuridad.
- 2- Bajo peso al nacer.
- 3- Hipoxia perinatal.
- 4- Trauma físico directo durante el parto.
- 5- Mal uso y aplicación de instrumentos (fórceps).
- 6- Placenta previa o desprendimiento.
- 7- Parto prolongado y/o difícil.
- 8- Presentación pelviana con retención de cabeza.
- 9- Asfixia por circulares al cuello (anoxia).
- 10- Cianosis al nacer.
- 11- Broncoaspiración.

Causas posnatales

- 1- Traumatismos craneales.
- 2- Infecciones (meningitis, meningoencefalitis, etc.).
- 3- Intoxicaciones (plomo, arsénico).
- 4- Accidentes vasculares.
- 5- Epilepsia.
- 6- Fiebres altas con convulsiones.
- 7- Accidentes por descargas eléctricas.

8- Encefalopatía por anoxia.

CLASIFICACIÓN DE PARALISIS CEREBRAL

En general, se coincide en que es difícil clasificar bien a los casos de parálisis cerebral, porque muchos son mixtos. Un paciente en el que predomina la atetosis, por ejemplo, puede exhibir al mismo tiempo signos de espasticidad. Esto también puede suceder en los casos de ataxia. En cambio, hay ciertos casos de espasticidad pura.

Una de las formas de clasificación “se basa en la distribución corporal de la espasticidad o la atetosis. Se entiende por “monoplejía” la espasticidad o atetosis de una extremidad, por “diplejía” la espasticidad o atetosis de ambas extremidades superiores o inferiores, por “paraplejía” la participación de las dos piernas, por “cuadriplejía” la parálisis de las cuatro extremidades; por “hemiplejía”, en cambio, se entiende el compromiso de una mitad del cuerpo, que puede ser la derecha o la izquierda”⁴. Además, Wyllie sugiere una clasificación basada no solo en la distribución del trastorno en el cuerpo, sino también en sus efectos funcionales. De acuerdo con esta clasificación, existen cinco tipos principales de parálisis cerebral: espástica, atetósica, atáxica, flácida y mixta. En este contexto, hemos de confinar nuestra exposición principalmente a la espasticidad y la atetosis por que la mayoría de los casos que requieren terapia de lenguaje tienden a pertenecer a una de estas dos categorías. Phelps

⁴ Idem. pp. 19

cree que los casos atetoides y espásticos representan más del 80 % de todos los de parálisis cerebral.

El paciente espástico

La persona que sufre espasticidad muestra un incremento de la tensión o tono muscular por lesión en los haces piramidales, o sea las vías motoras que descienden desde la corteza y que rigen a los movimientos voluntarios. Los Bobaths sostiene que este incremento del tono muscular puede variar desde un grado leve hasta un estado de rigidez de descerebración, según la lesión exacta de la lesión y según la magnitud del compromiso del sistema extra piramidal, y continúan esta descripción de la espasticidad con estas palabras: “Además, hay una pérdida de los movimientos voluntarios, junto con un retorno a un nivel de integración inferior, con modalidades de movimiento sinérgicas primitivas”. Esto alude al hecho de que, en el paciente espástico, las modalidades de movimiento normales están sustituidas por una acción refleja en masa, de tipo flexor o extensor. Por ejemplo, si uno de estos pacientes intenta la flexión de cualquier parte de su cuerpo, como la columna vertebral, los brazos o las piernas, no podrá realizarla, sin flexionar la totalidad del cuerpo. Del mismo modo, si intenta la extensión de cualquier parte del cuerpo, este intento hace que el cuerpo todo se extienda.

En general se acepta que los casos de espasticidad representan alrededor del 40 por ciento de todos los casos de parálisis cerebral.

El Paciente Atetósico

La atetosis obedece a una lesión de los ganglios basales. Los atetósicos presentan la mismas modalidades posturales anormales que el espástico, es decir, en decúbito dorsal, predomina la modalidad refleja extensora, mientras que en decúbito ventral predomina la flexora. Según los Bobaths, estas modalidades “se complican por la superposición de movimientos involuntarios”. Estos se presentan como una serie de movimientos de reptación y contorsión, que avanzan desde las regiones proximales hacia las distales en ondas, o sea que se origina en las partes más próximas a la línea media del cuerpo y avanzan hacia las más alejadas. Phelps dice que los movimientos de los atetósicos graves recuerdan “los movimientos del que está en el agua y no sabe nadar”. Además, el atetósico exhibe un tono muscular fluctuante que va desde la hipertonía hasta la hipotonía, o sea desde la tensión muscular extrema hasta la laxitud muscular extrema, y alterna sus movimientos abruptos y mal orientados con las posturas rígidas del espástico, pero, a diferencia de éste, sólo mantiene tales posturas de forma fugaz. Las investigaciones revelan que los atetósicos representan cerca del 40 % de todos los casos de parálisis cerebral.

El Paciente Atáxico

La ataxia se debe a una lesión cerebelosa y se manifiesta por falta de equilibrio y coordinación. Los Bobaths creen que la ataxia pura es rara en los casos de parálisis cerebral. En la ataxia pura, el tono muscular siempre es

subnormal, lo que hace que los movimientos se tornen muy incontrolados. Sin embargo, en muchos casos que a menudo se clasifican como “atáxicos” (pero que en realidad son una mezcla de atetosis y ataxia), el tono muscular varía desde la hipertonía hasta la hipotonía.

1.1.2.2 EL LENGUAJE DE LOS PARALÍTICOS CEREBRALES

Aproximadamente el 65 por ciento de los casos de parálisis cerebral presentan cierto grado de dificultades del lenguaje, que varían desde errores mínimos de la articulación hasta la imposibilidad absoluta para mover los órganos del lenguaje lo suficiente como para pronunciar cualquier palabra inteligible. Hoberman y Hoberman “señalan que muchos niños hemipléjicos y dipléjicos poseen una aptitud lingüística en esencia normal, también comprobaron que el 13 por ciento de los niños presentaban disminución de la sensibilidad auditiva y que el 27,7 por ciento tenían trastornos visuales.”⁵

Como es de esperar, el tipo de dificultad del lenguaje depende en gran medida del tipo de parálisis cerebral en particular. Por ejemplo, el espástico, con su excesiva tensión muscular y sus súbitos espasmos, tiende a producir un lenguaje explosivo, interrumpido por largas pausas. Esto es lo que se suele denominar lenguaje de la “parálisis cerebral”. En los casos de severo trastorno del habla, el paciente espástico puede quedar “bloqueado” por completo, pues

⁵ Idem. pp. 20

no consigue mover su mecanismo de la fonación. El atetósico, con sus movimientos involuntarios sobreañadidos, produce un lenguaje extraordinariamente variable. Los casos leves pueden presentar solo pequeñas fallas de la articulación, mientras que los graves no hablan en absoluto. Hoberman y Hoberman observan que la falta de control de la cabeza y la imposibilidad de deglutir, con el resultante derrame de saliva, agravan los problemas del lenguaje de los atetósicos. Van Riper dice que cuando hay síntomas de espasticidad y atetosis al mismo tiempo, la articulación tiende a deformarse más que si hay espasticidad sola. El paciente atáxico produce un habla incoordinada, escandida y carente de ritmo.

Esto justifica el criterio de los Bobaths de que, cuando se trabaja con parálíticos cerebrales, es necesario encarar el problema en su totalidad. Si por ejemplo, pretendemos aislar al lenguaje y examinarlo sin tomar en cuenta el comportamiento motor general, no podremos adquirir un cuadro auténtico del problema del lenguaje del paciente. Es necesario evaluar el comportamiento verbal en relación con la conducta motora anormal del resto del cuerpo.

El lenguaje y la comunicación en el parálítico cerebral se caracterizan por la dificultad motriz en la realización del lenguaje oral, manifestando desde alteraciones lingüísticas leves hasta la más absoluta imposibilidad para la expresión oral. "En general los niños parálíticos cerebrales van a presentar

alteraciones tanto en la adquisición como en el desarrollo del lenguaje y problemas motores de expresión que afectan al habla y la voz”⁶.

1.1.2.3 LA INTELIGENCIA DE LOS PARALÍTICOS CEREBRALES

Es importante señalar que la parálisis cerebral no necesariamente se acompaña de deficiencia o retardo mental. Como este estado obedece a una lesión cerebral, es natural que si la lesión es muy grande esté afectada la inteligencia, cosa que sucede en particular si la lesión radica en la corteza. Según Evans el 50 % de los paralíticos cerebrales tienen una inteligencia término medio, el 5 al 10 % una lucidez excepcional, el 10 % son débiles mentales profundos y el resto son casos fronterizos. Van Riper afirma que sólo el 30% de los niños paralíticos cerebrales son débiles mentales y que el 70 % restantes comprende toda la gama desde el fronterizo hasta el genio. En otras palabras, este último grupo representa al ser humano normal. Sin embargo, resulta sumamente difícil medir la inteligencia del niño paralítico cerebral por que las pruebas usuales requieren cierta expresión verbal o algún grado de coordinación muscular, cosa que muchas veces está fuera del alcance de estos enfermos. Bobath destaca que es particularmente difícil valorar la inteligencia del niño muy incapacitado. “cuya imposibilidad para responder no necesariamente deriva de una falta de inteligencia innata sino que, en muchos casos, es causada por la persistencia de grados anormales de modalidades primitivas de postura y

⁶ Idem. Pp.19

movimientos, que impiden la aparición de respuestas motoras más maduras”⁷. Sería imposible que un niño tan incapacitado, por grande que sea su inteligencia innata, exhiba el mismo índice de desarrollo y madurez mental que el niño normal.

Es de gran importancia las aptitudes mentales innatas por que estas determinan en gran medida su respuesta al tratamiento. El niño paralítico cerebral grave que posee un cociente intelectual bajo, puede ser totalmente incapaz de adquirir el lenguaje, mientras que un niño en las mismas condiciones físicas pero con una inteligencia innata superior, tiende más a superar sus dificultades y aprender a hablar. En otras palabras, al trabajar con personas paralíticas cerebrales los terapeutas no deben juzgar al paciente por sus incapacidades físicas en forma exclusiva, porque su inteligencia innata y los factores ambientales revisten por lo menos una importancia igual.

1.1.2.4 LENGUAJE

El lenguaje permite a las personas comunicar información, significados intenciones, pensamientos y expresar sus emociones. “el lenguaje, además, interviene en varios procesos cognoscitivos: pensamiento, memoria, razonamiento, resolución de problemas y planeación”⁸

⁷Idem. Pp. 19

⁸ García Zelaya Beatriz, Problemas de aprendizaje, Primera Edición, Editorial Piedra Santa, Guatemala 2002 pp.79

Chomsky define el lenguaje como “El sistema de símbolos destinado tanto a la creación como a la expresión del pensamiento. Su objetivo es la necesidad de pensar y, secundariamente, ser un medio de comunicación.”⁹

Las funciones del lenguaje son múltiples, por lo que su alteración puede afectar los procesamientos de dichas funciones entre las que se destacan por su importancia:

- a) Expresiva o emotiva, que se centra en el emisor. Funciona en el interior de la complejidad interna psíquica o espiritual del hombre.
- b) Connativa, que se centra en el destinatario que la recibe.
- c) Referencial, por cuanto al contenido que trasmite.
- d) Fática, que permite mantener abierto el contacto entre los interlocutores.
- e) Lúdica, Cuando su realización satisface la necesidad de juego del niño o del hombre.
- f) Simbólica, que permite representar la realidad por medio de cadenas fónicas.
- g) Estructural, al organizar y estructurar el pensamiento
- h) Social, al relacionar socialmente a los hablantes.
- i) De hominización, porque su uso y desarrollo distingue al hombre de los animales.

⁹ Margarita Nieto, ¿Por qué hay niños que no aprenden? Segunda Edición, editorial La prensa Medica Mexicana S.A Mexico D.F. 1.998, pag. 35

- j) De aprendizaje o matética, función sobre impuesta que hace posible los aprendizajes.
- k) Metalingüística, cuando lo usamos para reflexionar.
- l) Poética, Según la intención del mensaje.
- m) Además contribuye al desarrollo de la personalidad.
- n) Y es mediador o regulador de la acción.

No hay actividad humana real o imaginaria, ni puede existir la idea o el pensamiento, la emoción o el sentimiento en que no se utilice la palabra.

1.1.2.5 CONDICIONES BIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES DEL DESARROLLO LINGUISTICO INFANTIL

“Aprender a hablar es sólo un aspecto del conjunto del desarrollo que comprende la activación de energías fisiológicas y psíquicas, la toma de contacto con el medio, la adaptación a la realidad y el desarrollo de capacidades neurosensoriales.”¹⁰

En el lenguaje se funde lo material con lo espiritual, lo fisiológico con lo psíquico, lo orgánico con lo funcional, el ambiente con la vida interna, el pensamiento con la realidad y con lo imaginario. Los principales elementos que influyen en la adquisición del lenguaje son:

¹⁰ Idem. pp. 36,37

“CAPACIDAD INNATA El niño por naturaleza está dotado de un dispositivo que le permite analizar los sonidos que escucha y lo capacita para adquirir el lenguaje en un momento determinado de su desarrollo neuromotor.”

Las teorías lingüísticas contemporáneas han realzado lo innato del lenguaje, coincidiendo con la corriente nativista que insiste en que el organismo se desarrolla según ciertas disposiciones, capacidades, estructuras y programas.

CONDICIONES BIOLÓGICAS DEL DESARROLLO VERBAL.

“El desarrollo del lenguaje es paralelo al desarrollo del cerebro”¹¹. Las neuronas que sirven para el lenguaje pasan por un proceso de especificación o sea una restricción progresiva de las capacidades funcionales de la neurona, desde un estado inicial multipotencial hasta un estado final de un potencial funcional único.

Durante el desarrollo normal de los axones se forma un número excesivo de ramas. Muchas no logran establecer relaciones, y por lo mismo, se atrofian y pueden llegar a desaparecer. Los que logran establecer relaciones sobreviven y crecen. Las primeras conexiones se establecen al azar y de modo excesivo. Gradualmente su número se reduce como resultado de un proceso selectivo.

¹¹ Idem. pp. 37

El desarrollo de los ciclos mielogenéticos que sirven para la producción y desarrollo del lenguaje se inicia desde la etapa fetal, marcando el origen de algunas funciones relacionadas con el desarrollo del lenguaje en el niño.

La capacidad de hablar depende del desarrollo de dos áreas cerebrales: una anterior cerca de la representación sensorio-motriz de los músculos articulatorios de la parte inferior de la región Rolándica (área de Broca), y una posterior, en el lóbulo temporal en conexión con la corteza auditiva (área de Wernicke).

1.1.2.8 LENGUAJE Y DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NIÑO

“El lenguaje cumple con una función eminentemente social, es indispensable para la adaptación social del individuo.”¹²

A medida que el niño vence su egocentrismo y se va integrando al mundo necesita comunicarse con los que le rodean para expresar sus necesidades, deseos, sentimientos y opiniones.

El punto de partida del desarrollo verbal es lo que Pichon llama “función apetitiva” para hablar: el niño que se siente amado responde con afecto, y esto lo impulsa a desear hablar.

En la etapa pre lingüística el niño comprende y comunica esencialmente emoción, afecto.

¹² Idem pp. 46

Un bebé de escasos 6 á 8 meses de edad reacciona ante la comunicación materna, sin comprender la palabra todavía, guiándose únicamente por el tono de voz de su madre. Sí su mamá está enojada, llora, sí está contenta ríe.

Cuando produce “juego vocálico”, le impone a sus primeras voces cambios en la modulación y entonación de su voz, para expresar su estado emocional, que su madre intuye.

M. A. K. Halliday estudia la evolución del lenguaje desde el punto de vista psicosocial y señala tres etapas principales:

La fase I, que cumple con las primeras necesidades de comunicación interpersonal del niño para expresar deseos, sentimientos, opiniones y responder a las demandas de los otros. En esta fase se desarrollan las siguientes funciones del lenguaje.

1. Instrumental, o sea el uso del lenguaje como un medio eficaz para pedir lo que desea.
2. Reguladora, se refiere al uso del lenguaje para influir en la conducta de los otros de acuerdo a sus demandas personales.
3. Interactiva, Es la función del lenguaje para establecer los nexos que relacionan a unas personas con otras con lazos de afecto o rechazo.
4. Personal, es la función que cumple el lenguaje para que las personas puedan expresar sus opiniones propias.

La fase II corresponde a la etapa de transición entre el “lenguaje infantil” y el “lenguaje adulto.” En esta etapa destaca por su importancia la acción del diálogo, que impulsa el desarrollo lingüístico a niveles más altos acorde a la evolución psicosocial e intelectual del niño. Las funciones que lleva acabo el lenguaje en esta etapa son:

1. Heurística, para satisfacer la curiosidad inquisitiva que lleva a investigar la causa de los hechos.
2. Imaginativa, que penetra en el terreno de la creatividad y la iniciativa, la ideación y la imaginación.
3. Informativa, función que interviene para captar los datos de interés que le proporcionan los otros sobre su mundo circundante.

La aplicación de las funciones mencionadas (desde la heurística hasta la informativa), cumple con la función pragmática de comunicación psicosocial en las actividades cotidianas.

Estas funciones también interactúan en la función matética, que se refiere a la capacidad verbal para campar la transmisión cultural de los aprendizajes escolares.

La fase III alcanza el desarrollo pleno de las funciones psicosociales del lenguaje “adulto.” En esta fase se desarrollan al máximo las funciones ideativo y matética. La primera se apoya en la experiencia y alimenta la creatividad, la segunda es indispensable para lograr éxito en los aprendizajes escolares.

Así a medida que el niño crece y se integra a su grupo social, participa y se involucra en diversas actividades según su desarrollo neuromotor, psicosocial, intelectual y cognoscitivo, para lo cual necesita la capacidad funcional de su habla.

La base genética y el movimiento constituyen la raíz del lenguaje. El desarrollo lingüístico corre paralelo con el conjunto de otros desarrollos, entre los que destacamos por su interés los siguientes:

- El desarrollo neuromotor
- El desarrollo psicoafectivo
- El desarrollo intelectual y cognoscitivo

En el progreso verbal del niño es condición indispensable la influencia del ambiente en dos sentidos:

1. La estimulación física (primordialmente auditiva)
2. La estimulación afectiva.

1.1.2.9 EL Método Bobath

En el enfoque Bobath se cree que en consecuencia de la lesión cerebral, el control inhibitor, que normalmente está a cargo de los centros superiores del sistema nervioso central, no se desarrolla. Según el sitio exacto de la lesión, el niño paralítico cerebral exhibe modalidades reflejas primitivas de postura y movimientos análogas. En el desarrollo normal los reflejos primitivos por medio del empleo de la inhibición se desdoblán, se elaboran y se resintetizan dando el

resultado de modalidades motoras maduras. Mientras que en el niño con parálisis cerebral se mantienen constantes y estáticas y dominan por completo el comportamiento motor.

La terapia Bobath es descrita como una metodología tactopropioseptiva por creer influir desde afuera en el sistema nervioso central por medio de posturas en las cuales se inhiben movimientos reflejos para desarrollar mecanismos motores superiores que no se manifiesta, pero existen en personas con parálisis cerebral.

El primer objetivo del tratamiento es tratar al paciente paralítico cerebral de modo que su tono muscular se normalice, porque como señalan los Bobath “el tono muscular moderado constituye el terreno sobre el cual se produce el movimiento normal”¹³. Es necesario reducir el tono exagerado del espástico y estabilizar el tono fluctuante del atetósico y del atáxico. El segundo objetivo del tratamiento consiste en inhibir las modalidades reflejas primitivas del comportamiento motor del paciente. El terapeuta realiza esta inhibición en el paciente luego el paciente asume esta responsabilidad cuando es capaz de hacerlo por sí mismo. El tercer objetivo del tratamiento es facilitar el siguiente paso del proceso de desarrollo motor normal igual que en objetivo anterior en la etapa inicial el terapeuta facilita al paciente el movimiento más maduro, para que el paciente vaya adquiriendo poco a poco la aptitud para realizar ese

¹³, Marie C. Crickmay, Logopedia y el enfoque Bobath en parálisis cerebral, 3ra. Reimpresión Editorial Médica Panamericana S. A. Buenos Aires Argentina 1987. pp. 25

movimiento solo. La terapia ocupacional y Kinesióloga adoptan los mismos principios de trabajo bajo este enfoque y los tres terapeutas trabajan en estrecha colaboración.

Los movimientos y la coordinación finos que requiere el lenguaje normal, siempre estarán fuera del alcance del niño parálítico cerebral grave, la mayoría de clases de logopedia su meta es que el tratamiento esta orientada a contribuir a que el niño adquiriera suficiente lenguaje como para dar a conocer sus necesidades. Aunque el fin sea el mismo la diferencia la hace la técnica. Muchas veces el afán de hablar de los niños es tan intenso que desencadena una serie de espasmos musculares que contorsionan la cara y todo el cuerpo del niño que frecuentemente le impiden emitir sonidos. Si el objetivo es que el niño se comuniquen no importa como permitiendo que su lenguaje verbal este acompañado de estas modalidades inadecuadas de movimiento, esto solo servirá para frustrar al niño.

La logopedia bajo los principios del método Bobath aspira a paliar, por lo menos en cierta medida, los efectos de la lesión encefálica, esto puede dar al niño con parálisis cerebral un lenguaje inteligible, no aceptando la locución anormal acompañada de movimientos del cuerpo, y se enseña al niño a disociar poco a poco los movimientos de su mecanismo de fonación con respecto a los de su cuerpo.

La técnica de Bobath desarrolla la reeducación del habla a tres niveles:
a) Reeducación de los trastornos de los órganos de la alimentación (deglución:

darle líquidos con una cucharilla debajo de la lengua, triturarle los alimentos; masticación: darle a masticar cosas duras y guiar su mandíbula; babeo: enseñarle a tragar y a apretar la mandíbula inferior sobre la superior)

b) Reeducación de los trastornos motores del habla (respiración: aprender a soplar, a aspirar a espirar, con o sin objetos; voz: movimientos bucoarticulatorios, lengua, labios, mejillas, velo del paladar)

c) Reeducación del léxico y la semántica: Asociación objeto-palabra, utilización del objeto, conversación acerca del objeto, ampliar el vocabulario, favorecer la expresión oral.

Principios del Tratamiento Bobath

Los principios del método Bobath no importando que se trate del tratamiento Kinesiológico, ocupacional y foniátrico se debe basar firmemente en ellos.

Según este enfoque el tratamiento debe iniciarse en el nivel en que el desarrollo normal está bloqueado. Para esto es necesario iniciar con una observación y evaluación cuidadosa del paciente, vigilando su conducta motora en particular, su comportamiento social, psicológico y verbal, la suma total de todo esto le dará una noción del tipo de persona que es el paciente y su estado en general. Esto será necesario para que el tratamiento sea eficaz.

Secuencia del Desarrollo en el Tratamiento

Es importante que cuando se inicie el tratamiento el terapeuta valore el comportamiento motor del paciente con el propósito de establecer en qué nivel se aparta del comportamiento motor del niño normal y así que el control de movimientos se enseñe en la secuencia correcta. Para obtener dicha valoración hay que establecer cuáles de sus reacciones son normales, cuales son patológicas y cuales son primitivas, aunque normales. La secuencia del tratamiento se inicia con lo siguiente:

Normalización del tono muscular

Después de haber realizado la valoración del comportamiento motor del niño se iniciará el tratamiento en el nivel en que el desarrollo se ha bloqueado. El primer paso terapéutico será la normalización del tono muscular del paciente.

Los Bobath sostienen que para que el paciente efectúe movimientos normales, es necesario y posible normalizar su tono muscular, primero, inhibiendo la actividad refleja primitiva y, segundo, educándolo para que asuma esta inhibición por su propia cuenta.

Control de la Inhibición

Para entender la hipótesis en la que se basa el método Bobath es necesario comprender el proceso inhibitorio en general, para tener una noción más exacta de está debemos recordar que solo se puede expresar una reacción

a la vez. Si en un determinado momento sólo se puede manifestar una respuesta, entonces hay que inhibir a la infinita cantidad de otras respuestas posibles. Y esta inhibición recordemos, es un proceso activo. En cada nivel del sistema nervioso central, desarrollamos la posibilidad de efectuar más cantidad de respuestas más complejas. Estas respuestas sólo se pueden manifestar si la corteza cerebral ejerce control inhibitorio. Al nivel de la médula espinal, los movimientos son gruesos y previsibles, afectan grandes sectores del cuerpo. En el ascenso desde los espinal hasta lo cortical, que es el nivel de integración superior de los movimientos, según los Bobath, “los movimientos son menos generalizados menos automáticos, y menos previsibles; se tornan más variables y selectivos, y afectan a sectores del cuerpo siempre más pequeños”¹⁴.

Debido al desarrollo de la habilidad para inhibir todos los componentes de todo movimiento menos el que uno necesita o desea ejecutar; está habilidad evoluciona desde el nacimiento cuando las modalidades motoras son gruesas y automáticas hasta convertirse en selectivas y voluntarias. Esta inhibición de la actividad indeseable es parte tan importante del movimiento como el movimiento en sí.

Control Inhibitorio en los parálisis cerebrales

En los pacientes con parálisis cerebral los procesos inhibitorios no cumplen su función, por eso es que observamos hiperactividad anormal. Los Bobath sostienen que esto obedece a la liberación de los centros de integración

¹⁴ idem. pp. 32

inferior, de las modalidades posturales y dinámica, al disminuir el control inhibitorio de los centros superiores. Como consecuencia de esta liberación, los pacientes paráliticos cerebrales carecen de capacidad para realizar movimientos selectivos y variados. En cambio, quedan con modalidades reflejas primitivas estereotipadas y generalizadas en todo el cuerpo. El paciente sólo se liberará de sus modalidades reflejas primitivas de postura y movimientos, si consigue desarrollar sus procesos inhibidores. El principio fundamental del método Bobath es que en los paráliticos cerebrales se puede desarrollar estos procesos inhibidores y esta inhibición de los reflejos siendo esta la parte fundamental del tratamiento.

Posturas Que Inhiben a los reflejos

Muchos años de estudio realizados por los Bobath dieron como resultado el descubrimiento de una técnica para romper la actividad refleja anormal del paciente por medio de manipulaciones. Se realiza un estudio del paciente en las siguientes posturas: en decúbito dorsal (boca arriba), decúbito ventral (boca abajo), sentado, arrodillado y de pie, y luego se le coloca en posiciones opuestas a estas: a la flexión se la transforma en extensión, a la posición en prona a supina, a la aducción en abducción y viceversa. El nombre que les dan los Bobath a estas posturas es Posturas Inhibidoras de reflejos, o "P.I.R."

Efectos de las posturas inhibidoras de los reflejos

Es importante mencionar que al iniciar el tratamiento los pacientes pueden demostrar cierta incomodidad a las posturas inhibitorias a tal punto que pueden luchar contra la fuerza ejecutada por el terapeuta para volver a la posición anormal pues la única que conocen y para ellos es la normal, el terapeuta debe animar al paciente para que mantenga el mayor tiempo posible la postura, si esto se logra a pesar de la oposición del paciente este mismo empezará a experimentar que el espasmo cede poco a poco sintiéndose cada vez más cómodo en esta nueva postura. Desaparecido el espasmo, cuando el paciente se adapta a la nueva postura la espasticidad disminuye mucho o desaparece transitoriamente.

En el principio del tratamiento los momentos en los que el paciente se adapta a la postura son muy breves, más en los casos severos, luego de unos segundos la tensión vuelve a aumentar y desencadena un espasmo, es importante que el terapeuta sostenga con fuerza al paciente para hacerlo permanecer en la posición y volver a controlar el espasmo, poco a poco los espasmos aparecerán con menor frecuencia e intensidad y los periodos en los que la actividad refleja permanece inhibida, duran más.

Los periodos de adaptación son los de mayor importancia para los terapeutas ya sea de terapia ocupacional, fisioterapia o en nuestro caso de terapeutas del lenguaje, porque en este transcurso se presenta un cambio en

todo el estado del paciente su tono muscular se normaliza más en todo su cuerpo ya sea el paciente espástico, atetósico o atáxico; mejorando su expresión facial, el movimiento de sus labios y lengua, el estrabismo, su lenguaje oral, etc.

Nuevas Modalidades sensoriales

En el individuo normal la actividad propioceptiva quien procesa los estímulos que se desencadenan desde el interior del organismo y envía esta información hacia el cerebro para que este reconozca la posición del cuerpo en el espacio y la relación entre cada una de sus partes. A través de este proceso la actividad propioceptiva cumple con su finalidad de controlar y guiar los movimientos de la persona normal. A diferencia en el niño paralítico cerebral la información que procesa la actividad propioceptiva es información sobre sensaciones anormales.

Así los periodos en que se adapta la postura inhibidora de los reflejos es muy importante para el paciente, por medio de estos periodos se logran establecer nuevas modalidades sensitivas normales de los movimientos y las posturas. Estas nuevas modalidades se instalan por medio de impresiones sensoriales sin que el paciente sea consciente de ellas.

El Criterio de una postura inhibidora de los reflejos eficaz

No es garantizado que la inhibición refleja ocurra al colocar a un paciente en determinada postura, es necesario observar al paciente para determinar si

logro adaptarse a la postura, pues si no, consigue adaptarse a ella y sigue resistiéndose no se logra nada en el proceso, al contrario el paciente puede retroceder volviéndolo transitoriamente más espástico que antes. Por lo general cuando un paciente no logra adaptarse a una postura es porque la postura es demasiado difícil para él; es necesario graduar la postura progresando desde las más fáciles hasta las más difíciles, adaptándolas a las necesidades de cada individuo. Las posturas no deben de ser demasiado fáciles pues no producirían las reacciones anormales que se desean inhibir, ni demasiado difíciles para el paciente pues por luchar tanto contra ella hará que su espasticidad aumente. Según toda esta información el progreso del paciente en este tratamiento dependerá del buen juicio y conocimientos del fisioterapeuta para la elección de la postura inhibidora refleja correcta en el momento oportuno.

Desarrollo de la Autoinhibición

El objetivo del tratamiento consiste en que el paciente sea capaz de asumir el control por su cuenta, aprendiendo a inhibir sus reacciones anormales, o sea abandonar su resistencia a la postura. Para lograr este objetivo el terapeuta inicia el proceso, inhibe la actividad refleja anormal, sosteniendo con firmeza al paciente en esa postura, induciendo así un control externo hasta llegar a un control interno, y va reduciendo poco a poco su ayuda. El momento oportuno para que el paciente empiece a intervenir es cuando la resistencia empieza a disminuir. Poco a poco el terapeuta deja de ejercer firmeza y reduce

la presión pasando sus manos de un punto clave a otro, cuando el paciente logra el control completo de la postura el terapeuta retira las manos del todo. Pero es necesario que preste atención en todo momento para prestar ayuda si se necesita, pues tras un periodo de adaptación la espasticidad puede reaparecer de forma inesperada más si el paciente ejecuta movimientos que no es capaz de controlar.

Las modalidades de movimiento son secuenciales, el niño aprende a rodar hacia la posición decúbito lateral y pasa después a la posición decúbito ventral, desde esta posición aprende a sostenerse con las manos y las rodillas, a sentarse a incorporarse y a caminar, y cada modalidad de movimiento más madura se desarrolla sobre la base de la precedente, estableciendo así el camino para la que le sigue. Al tratar a un niño parálítico cerebral pequeño, los movimientos se desarrollan en la misma secuencia con que los adquiere el niño normal, en los pacientes de mayor edad que ya han aprendido a sentarse ponerse de pie y caminar pero de manera anormal, es necesario una reeducación de movimientos desde modalidades primitivas, en la cual se encuentra su evolución de movimiento normal, según los Bobath no es posible que una persona con parálisis cerebral camine de forma normal si no ha aprendido modalidades de movimiento que preceden a este movimiento. Es más fácil enseñar a un niño pequeño a adquirir movimientos de la manera normal que a un niño mayor pues ellos deben eliminar las modalidades

anormales que ha adoptado desde hace muchos años y regresar a modalidades de movimiento muy infantiles.

La siguiente etapa del tratamiento es la facilitación de los movimientos normales automáticos, estos consisten principalmente en las reacciones fundamentales de enderezamiento y equilibrio. Estas no se le enseñan al paciente como ejercicios si no las realiza voluntariamente en el proceso, pues en el desarrollo normal los movimientos automáticos preceden a los voluntarios. La palabra “facilitación” de los movimientos se emplea adrede porque es lo que sucede. Se mueve al paciente de tal manera que las reacciones de enderezamiento y de equilibrio prácticamente se ven forzadas a aparecer.

1.1.2.10 Logopedia y el Tratamiento Bobath

Para iniciar la terapia de lenguaje bajo los lineamientos del método Bobath existen una serie de prerequisites a considerar. Desde el punto de vista del comportamiento motor del paciente, el tratamiento no se debe iniciar hasta que no se haya inhibido la actividad refleja anormal y el niño esté en condiciones de mover las partes de su cuerpo relacionadas con la emisión del lenguaje. El primer prerequisite es que el paciente debe haber alcanzado un nivel de desarrollo mental que indique que está en condiciones de aprender a hablar. Es difícil identificar el nivel de inteligencia de un parálítico cerebral por medio de observar su comportamiento psicológico, pero es necesario estimar por lo menos lo suficiente como para suponer su preparación para hablar. Si el niño no

parece contar con capacidad mental, a pesar que cuenta con los requisitos físicos para el lenguaje es necesario postergar el tratamiento. En algunos casos hay niños paráliticos cerebrales que tienen una lesión encefálica tan grande que nunca llegan a desarrollar la capacidad para hablar, lo mismo que sucede en niños no paráliticos cerebrales.

El segundo prerrequisito para el tratamiento logopédico es que el niño haya alcanzado un nivel de desarrollo neuromuscular que le permita ejercer cierto control sobre el mecanismo del lenguaje y sobre las partes de su cuerpo vinculadas con él. No podemos esperar que un niño que aún no controla los movimientos gruesos de su cuerpo como para erguir su cabeza pueda realizar el fino movimiento de la mandíbula, los labios y la lengua que se requiere para hablar.

Otra de las partes del cuerpo relacionadas con la emisión del lenguaje es la columna vertebral y las costillas inferiores, su flexibilidad determinan la calidad de la respiración; el tono sostenido, como el que se requiere para la emisión de oraciones, sólo se obtiene si el individuo tiene la aptitud necesaria para producir una espiración sostenida y controlada. El paciente sólo puede hacer esto si sus costillas inferiores se mueven con libertad y normalidad. En los casos de parálisis cerebral existen muchas interferencias en este procedimiento normal, su columna vertebral está rígida y fija, esto impide el movimiento libre y normal de las costillas inferiores y del diafragma. Además en algunos casos la inspiración produce en el acto una espasticidad extensora.

El control de la cabeza es otra condición que influye sobre la preparación del paciente parálítico cerebral para iniciar el tratamiento logopédico, la facultad de mantener la cabeza sostenida e inmóvil en la posición decúbito dorsal es otro requisito para el desarrollo del lenguaje, el control de los músculos del tronco y del cuello venciendo la fuerza de la gravedad, ejercería una influencia decisiva en el control y coordinación de la musculatura del lenguaje. Los movimientos finos y selectivos del maxilar inferior, los labios y la lengua, no pueden ocurrir sin la necesaria fijación del cuello y los hombros. La acción muscular incontrolada incluye, sobre todo, los movimientos de la laringe, la mandíbula, los labios y la lengua. Al establecer el control de la cabeza, es más fácil que el paciente cierre la boca y la mantenga cerrada durante períodos más prolongados. Esto le permite deglutir la saliva. El babeo excesivo es característico de estos pacientes y el terapeuta de lenguaje requiere de la colaboración del fisioterapeuta para superar este problema, ayudando al paciente a adquirir el control de la cabeza.

Desarrollo del comportamiento motor y del lenguaje, en el niño normal y en el niño con parálisis cerebral

Es necesario tener el conocimiento del comportamiento motor del niño normal para comprender el comportamiento motor anormal del niño con parálisis cerebral. El desarrollo normal del sistema nervioso central presenta dos características importantes en este enfoque.

La primera es que “el desarrollo sigue una evolución ordenada”. Gesell y Thompson afirman que, “a medida que madura, el comportamiento avanza en forma ordenada”, de manera que, “cada etapa es consecuencia de la precedente y es pre requisito de la que sigue”. Se sienta y gatea antes de caminar, y vocaliza y balbucea antes de hablar.

La segunda característica es que el desarrollo siempre avanza desde lo general hacia lo específico. Gesell y Armatruda describen este proceso de desarrollo como sigue: “a medida que el sistema nervioso central experimenta la diferenciación propia del crecimiento, las formas del comportamiento también se diferencian. El neonato mueve todo su cuerpo a la vez y no una parte de él.

Respuestas motoras del recién nacido

Para describir el comportamiento motor del recién nacido debemos hablar del comportamiento motor reflejo, a medida que el sistema nervioso madura las modalidades del comportamiento motor reflejo se modifican poco a poco, sustituidas por modalidades de conducta más complejas que están bajo control evolutivo. Los reflejos según los autores Chusid y McDonald describen a los reflejos como “mecanismos innatos de respuestas a los estímulos”. Los Bobath señalan que la estimulación en cualquier nivel del sistema nervioso central produce movimiento. En la medula espinal, la estimulación origina movimientos reflejos groseros en los que intervienen grandes sectores del cuerpo, pero en el ascenso desde el nivel espinal hasta el cortical estos movimientos primitivos, a

través de una progresiva inhibición, se van desdoblando, descartando y resintetizando en modalidades de movimiento más complejas. En el nivel cortical más superior, mediante una combinación de inhibición y adiestramiento. En el momento de nacer existen varios reflejos importantes que influyen sobre el mecanismo del lenguaje o que guardan alguna relación con él, reflejos de primordial importancia para comprender el habla de los paráliticos cerebrales.

El reflejo de enderezamiento cervical. Existe en el momento de nacer y sirve para mantener a la cabeza en línea con el cuerpo. Este reflejo es más intenso en los tres primeros meses de vida, a medida que el sistema nervioso central madura, se adquiere poco a poco la capacidad para ejecutar movimientos más aislados, con el resultado de que, en el sexto y el décimo mes de vida, este reflejo se modifica hasta que por último desaparece hacia el quinto año. En esta etapa el niño habrá desarrollado la capacidad de girar la cabeza sin ningún movimiento de rotación asociado con el cuerpo.

Reflejo de Moro o reacción del “sobresalto”.

En los primeros días de vida el lactante presenta unas conductas llamadas “fijaciones visuales” el lactante fija sus ojos en una luz se coloca delante de él, acompañadas a estas fijaciones también encontramos movimientos oculares espontáneos, estos consisten en apertura de los ojos y rotaciones laterales de los globos oculares, con escasa o ninguna coordinación. También ocurren respuestas de alimentación, como la succión, la mordedura edéntula, el fruncimiento de los labios, la deglución y el atragantamiento. Estas

reacciones se suscitan por el hambre y por estimulación directa de la región de la boca, sea por el contacto de un pezón o de algún objeto. Estas respuestas entorpecen la adquisición del lenguaje en un niño paralítico cerebral. La succión de los dedos, el bostezo, el hipo, movimientos de rotación o ligero levantamiento de la cabeza, también movimientos de las manos y brazos que se desplazan al azar mientras las manos se abren y se cierran sin finalidad aparente, estas características de movimientos de los niños normales en esta edad es semejante a la conducta motora de los niños paralíticos cerebrales de diversas edades, el llanto de los recién nacidos normales es acompañado de movimientos corporales, mientras más fuerte es con mayor energía se mueven todas las partes del cuerpo. En los primeros meses de vida es difícil identificar signos de parálisis cerebral. Al igual que un recién nacido normal en un recién nacido afectado de parálisis cerebral predomina el tono flexor. Las extremidades permanecen en flexión y se resisten a la extensión pasiva. Cuando el tono extensor empieza a desarrollarse a partir de la sexta semana más o menos, muestra signos de espasticidad.

En el lactante de un mes el niño es más grande, la expresión del rostro es indefinida, su mano se cierra al contacto de la palma con un objeto, hay que abrirla para darle el sonajero y lo deja caer inmediatamente, llora y estornuda ante la menor provocación y hace pequeños sonidos guturales después de alimentarse, su sistema nervioso central está más organizado que en el momento de nacer. Su respiración es más profunda y regular, su deglución es

más firme no se atraganta; es menos susceptible al sobresalto comienza a reaccionar de modo pasivo a lo cómodo y de modo negativo ante la comodidad, llora y emite otros sonidos elementales para expresar sus exigencias y deseos. En su comportamiento reflejo, todavía es muy intenso el reflejo de enderezamiento cervical y el reflejo de moro, el reflejo cervical tónico asimétrico es constante en algunos niños, pero en otros sólo aparece de vez en cuando. El reflejo de enderezamiento laberíntico, que sirve para mantener la cabeza en posición normal en el espacio y permite que el lactante levante la cabeza, recién comienza a aparecer al mes. Este reflejo falta en decúbito dorsal a esta edad. En el lactante de dos meses su expresión facial ahora es alerta, responde a la sonrisa de la madre y ocasionalmente emite sonidos vocales (/a/, /i/ y /e/) y consonantes (/j/, /k/ y /g/) que se originan en movimientos casuales de la lengua y el paladar blando; también hace chasquear los labios después de las comidas y así en ocasiones obtiene un débil sonido de (/p/ o /b/). Retiene brevemente un sonajero pero no lo mira, sus ojos se mueven más, pero, pueden buscar cosas distantes y desconocer los estímulos próximos. Todavía predomina comportamiento reflejo, el reflejo de enderezamiento cervical es muy intenso, el reflejo de moro se manifiesta ahora como reacción a un cambio súbito e inesperado de la posición del cuerpo, no aparece con tanta facilidad como antes. Se evidencia con nitidez el reflejo de enderezamiento laberíntico. Levanta la cabeza estando en decúbito ventral, aunque todavía no puede hacerlo en decúbito dorsal.

Los reflejos de enderezamiento desempeñan un papel importante en el comportamiento motor del niño normal, aparecen en orden cronológico alrededor de los ocho y diez meses hasta los tres años que algunos empiezan a debilitarse y desaparecen a los cinco años y otros persisten modificados para toda la vida. Estos reflejos ayudan al niño a rodar de la posición decúbito dorsal hacia el lateral y el ventral, y viceversa, inician los primeros movimientos de elevación de la cabeza en decúbito ventral y, más adelante, en decúbito dorsal. Ayudan al niño a sostenerse con las manos y las rodillas, y a sentarse.

En los casos de los niños con parálisis cerebral estos reflejos de enderezamiento faltan, porque son inhibidos por otros más poderosos. El reflejo de enderezamiento cervical es inhibido por el reflejo de cervical tónico asimétrico, más intenso. Esto quiere decir que si a un niño se le gira la cabeza hacia un costado en lugar de que todo su cuerpo gire hacia un costado, su cuerpo adopta la posición de "esgrima". Del mismo modo el reflejo de enderezamiento laberíntico que afecta a la cabeza, se inhibe por los reflejos laberínticos tónicos, los cuales rigen el incremento y la disminución del tono extensor de las cuatro extremidades estando el cuerpo en distintas posiciones. Si el cuerpo está en decúbito dorsal, producen un aumento del tono extensor, si, en cambio, está en decúbito ventral, disminuyen el tono extensor y provocan un aumento del tono flexor. Esto solo sucede en los casos graves de parálisis cerebral en los casos más leves el reflejo de enderezamiento del cuello existe y, en consecuencia, el lactante consigue rodar desde el decúbito dorsal hacia el

lateral; puede que realice este movimiento de forma anormal, pero lo logra. El reflejo de enderezamiento laberíntico también puede existir en los casos leves, el lactante puede lograr a levantar la cabeza en las diferentes posiciones, pero más tardíamente que el lactante normal.

El lactante de tres meses se sienta con apoyo, sostiene el sonajero y lo mira en su mano, comienza a mirar sus manos, sigue con la vista objetos que se desplazan, disminuye su llanto y aumenta su vocalización, comienza a mover la lengua, los labios y la mandíbula, algunos niños empiezan a emitir sonidos como “gagagaga”, cuando se sienten cómodos, y se escuchan con más frecuencia sonidos consonánticos de /k/ y /g/. Es evidente su reflejo de enderezamiento cervical, se ha debilitado un poco el reflejo de moro, el reflejo de enderezamiento laberíntico sigue estando en vías del desarrollo. En los casos de parálisis cerebral el lactante exhibe una intensa reacción de sobresalto y el reflejo de enderezamiento laberíntico no se habrá desarrollado en casos graves de parálisis cerebral.

El lactante de cuatro meses, está en condiciones de mantener erguida la cabeza, percibe mucho mejor y es más expresivo, mira de un lugar a otro y sonríe con tan solo ver un rostro, anticipa la alimentación, succiona con energía, puede inhibir los reflejos de mordedura y de succión; la mano del lactante comienza a aflojarse y adquiere conciencia de sus dedos, aparece el balbuceo, este consiste en repeticiones de sílabas o sonidos como “dadadada”, “mumumumu” que el lactante ensaya susurrando, vocalizando, y modificándolos

de una variedad de maneras, por lo general cuando esta solo, advirtiendo un adelanto en las habilidades de locución. En su comportamiento reflejo todavía está el reflejo de enderezamiento cervical y el reflejo de moro sigue debilitándose, el reflejo de enderezamiento laberíntico sigue cobrando intensidad, el niño es ambidiestro y ambos brazos se mueven al unísono.

A los cinco meses, el niño está a punto de quedar sentado sin apoyo, sus ojos siguen a un anillo que cuelga y se desplaza hacia la izquierda y derecha, capta al mundo con sus ojos, emplea las manos más que antes, da palmaditas al biberón, se lleva objetos a la boca si se le colocan en las manos, tiene suficiente madurez para deglutir los sólidos, considerable aumento del balbuceo, adquiere variaciones tonales, el balbuceo reviste de una importancia crucial para el aprendizaje del habla. En su comportamiento reflejo, el reflejo de enderezamiento cervical aún existe y es intenso, sigue debilitándose el reflejo de moro, y el reflejo de enderezamiento laberíntico sigue cobrando intensidad ahora el niño levanta con más facilidad la cabeza en decúbito dorsal, dentro de un mes levantara la cabeza casi con la misma facilidad en esta posición que en decúbito ventral. A los seis meses el bebe levanta las nalgas y se sostiene sobre sus hombros y los pies, extiende la columna y las caderas, preparándose para sentarse, ponerse de pie y caminar, se sostiene sobre las manos y las rodillas, retiene un sonajero, empuña un cubo con toda la mano y en pronación, o sea con la palma hacia abajo, muestra mayor coordinación de ojos y manos, mira lo que hace con las manos, el balbuceo va en aumento y comienza a emplear

algunos gestos, y expresiones para comunicarse. También empieza a entender los gestos de los demás. En su comportamiento reflejo, sigue intenso el reflejo de enderezamiento cervical y desapareciendo el reflejo de moro, el reflejo de enderezamiento laberíntico sigue creciendo logrando que el bebe pueda levantar la cabeza con facilidad tanto en posición decúbito dorsal como en decúbito ventral. En esta etapa aparece débilmente el reflejo de Landau, que consiste en la extensión de la cabeza, la columna vertebral y las extremidades cuando se sostiene al niño libremente en el aire con la mano en el abdomen. Si se flexiona pasivamente la cabeza en esta posición, se flexiona todo el cuerpo. También aparece el reflejo de la extensión defensiva de los brazos, esta reacción aparece a los seis meses de edad y persiste toda la vida, consiste en la extensión de los brazos y las manos para protegerse de las caídas, En los niños con parálisis cerebral no se obtiene el reflejo de Landau y también no se encuentra presente el reflejo de extensión de brazos y manos por lo que es necesario que utilicen un casco para protegerse de golpes.

A los siete meses, los bebés pasan de una mano a otra los objetos, succiona, mordisquea, aleja y mira sus manos, los músculos de la garganta del lactante están mucho más organizados y en consecuencia degluten los alimentos sólidos con más facilidad, emplea los labios y la lengua con más precisión y cierran la boca con firmeza si comió suficiente, brotan los primeros dientes, se observan los primeros signos de masticación a esta edad, pasa el bolo alimenticio con la lengua de un lado al otro de la boca con facilidad, a medida

que se desarrolla el mascado el reflejo de atragantamiento se inhibe, denotando un gran adelanto en la organización neuromuscular del niño. El balbuceo es mucho más variado, a menudo juega con cierto sonido o sílaba días seguidos, repitiéndolos hasta que al progenitor le da la impresión de que “cambia de disco”. Este es un periodo de práctica su ensayo final para empezar a hablar. En su comportamiento reflejo, en los siete meses se observa por primera vez el reflejo de enderezamiento corporal, que actúa sobre el cuerpo, este desempeña un papel importante en los primeros intentos del bebé para incorporarse, sentarse y ponerse de pie, modifica al reflejo de enderezamiento cervical, en lugar de girar todo el cuerpo cuando gira la cabeza, el bebé gira solo el tronco (de los hombros a la pelvis). El reflejo de moro sigue desapareciendo, el reflejo de enderezamiento laberíntico sigue cobrando intensidad y el reflejo de Landau es más intenso que hace un mes. La extensión defensiva de los brazos, evita que nos golpeemos al caer, sigue desarrollándose, y persiste toda la vida. El reflejo de enderezamiento corporal no se presenta en los casos graves de parálisis cerebral y en los casos más leves los niños aprenden a sentarse traccionando con los brazos y las manos, pero sin la rotación normal del cuerpo en absoluto. Los Bobath creen que la ausencia del reflejo de Landau en los niños con parálisis cerebral, indica que no podrán mantener la posición erecta normal para la bipedestación y la marcha.

A los ocho meses el niño permanece sentado sin apoyo durante un minuto, se mantiene erecto, pero con inestabilidad. A los nueve meses

permanece sentado durante diez minutos desde esta posición consigue agacharse y después enderezarse nuevamente. Un mes más tarde mantiene la posición de sentado con un buen control, buena estabilidad y bien erguido.

A los nueve meses se pone de pie tomado de la barandilla se agacha y tracciona con las manos para ponerse de pie, un mes después puede que gatee hacia atrás, pero las extremidades inferiores no siguen bien el movimiento, esto se rectifica dentro de un mes y empieza a gatear bien.

El niño empieza a entender palabras auténticas aproximadamente a los ocho meses, dos meses antes de empezar a decir las él mismo. Todavía balbucea, hacia el final del octavo mes, aparecen las inflexiones, haciendo que el balbuceo se semeje más al lenguaje del adulto. Por primera vez el niño imita los movimientos rítmicos del adulto como batir las manos para dar palmadas o asentir la cabeza para decir si, Un mes después presenta mayor discriminación y entendimiento de las palabras. Imita con mayor facilidad los sonidos que emiten sus padres, discrimina más y percibe mejor las pequeñas variaciones visuales y auditivas. Realiza esfuerzos conscientes por imitar lo que sucede a su alrededor. A esta edad puede que produzca la primera palabra, que para él representa toda una frase. A los diez meses responde cuando escucha su nombre y, al verse al espejo, se inclina hacia delante, sonríe y vocaliza.

Los reflejos de enderezamiento adquieren su máxima intensidad hacia el décimo mes a esta edad los Bobath describen que los niños no permanecen en decúbito dorsal o ventral por mucho tiempo, si se les coloca de espaldas se

sientan inmediatamente y si se les coloca boca abajo se levanta en sus rodillas y brazos. No pueden inhibir sus reflejos de enderezamiento ni por momentos breves. El reflejo de enderezamiento corporal adquiere mayor vigor anteponiéndose al reflejo de enderezamiento cervical, el reflejo de moro continúa desapareciendo y muy pronto quedará de él la reacción de sobresalto que persiste durante toda la vida, el reflejo de enderezamiento laberíntico y el reflejo de Landau llegan a su intensidad máxima en el décimo mes, y el reflejo de enderezamiento corporal y la extensión defensiva de los brazos siguen desarrollándose.

El niño de un año, se sostiene de la barandita, da sus primeros pasos hacia los lados, camina tomado de la mano, gatea, mantiene el pulgar y el índice en recíproca oposición, toma los objetos con los dedos y no con toda la mano, le agrada tomar objetos y dejarlos caer. Los niños con parálisis cerebral nunca desarrollan esta habilidad fina del índice y pulgar, cuando hacen la prensión si lo logran lo hacen con toda la mano, pero la capacidad para soltar el objeto se desarrolla mucho más tarde, en los casos graves esta facultad no se desarrolla normalmente y consiguen asir y soltar objetos solo por medio del reflejo cervical tónico asimétrico.

El niño de esta edad masca y deglute con mayor facilidad, y menor derrame del contenido bucal. Si aprende a caminar antes de que aparezca la primera palabra, por lo general el lenguaje aparece hasta que camina con desenvoltura, en la mayoría de los niños el lenguaje se adquiere primero, el

periodo comprendido entre los doce y trece meses es el más favorable para el desarrollo del lenguaje. Por lo general los parálíticos cerebrales sufren un considerable retraso en la emisión de la primera palabra.

Cuando el niño cumple su primer año de edad, el reflejo cervical tónico desaparece, (este reflejo es probable que persista en los parálíticos cerebrales) el reflejo de enderezamiento cervical se va debilitando y ya no se observa más en muchos niños, ha sido modificado por el reflejo de enderezamiento corporal, el reflejo de Landau todavía se obtiene y el reflejo de enderezamiento corporal adquiere mayor vigor a esta edad. La acción defensiva de los brazos sigue desarrollándose, a medida que el niño se sienta se incorpora y comienza a caminar, necesita de este reflejo para protegerse de caídas.

El niño de quince meses, en esta época el impulso de locomoción del niño es muy intenso, se mantiene siempre en actividad y empieza a pedir hacer las cosas solo, muestra y ofrece los juguetes a los demás, rechaza el biberón y pide alimentarse con la cuchara, aunque lo hace con mucha torpeza. Al niño parálítico cerebral le resulta difícil llevarse los dedos a la boca, para la cual necesita de la coordinación oculomanual, esta aparecerá mucho más tarde en los casos leves de parálisis, mientras que en los casos graves nunca aparecerá. Entre un año y quince meses, el niño normal entiende una creciente cantidad de palabras, pero su vocabulario y su empleo de palabras aumenta con mucha mayor lentitud. El niño consigue trasladarse de un lugar a otro gateando, desplazándose sentado sobre sus nalgas, etc. Esta nueva ocupación lo distrae excluyendo todo lo

demás. Los niños normales emiten sus primeras palabras entre los nueve y diez meses y los dieciocho meses, por lo tanto la cantidad de palabras que el niño normal dice a los quince meses, depende por entero de la edad en que comenzó a pronunciar las primeras palabras durante este lapso.

A los quince meses el cuadro de los reflejos es más o menos el mismo que al año.

El niño de dieciocho meses, el impulso locomotor del niño es tan intenso que constantemente corre, sube y baja por las escaleras, e introduce variantes en sus movimientos, se saca los zapatos y guantes, tiene unas diez palabras a su disposición, pero necesita muchas más para expresar sus necesidades y su creciente interés en su mundo. En el aspecto del lenguaje, su impulso motor se expresa con un torrente de emisiones verbales propias, su aptitud para mirar fotografías y señalar y nombrar los objetos que observa en ellas, revela su creciente habilidad para dominar los símbolos. A los dieciocho meses su comportamiento reflejo sigue siendo más o menos el mismo que a los quince. A medida que su sistema nervioso central madura, su comportamiento motor se hace menos automático y está más bajo su control volitivo.

El niño de dos años todavía está orientado hacia la actividad motora gruesa. Da puntapiés a la pelota, y manipula instrumentos, primero con una mano y después con la otra. A los dos años empieza a ejercer cierto control sobre sus órganos de la locución, y los músculos de la mandíbula entran bajo su control volitivo. El mascado se hace más rotatorio y no le demanda demasiado

esfuerzo como a los dieciocho meses, a los dos años el niño completa su dentadura decidua. La jerga desaparece, solo para reaparecer en movimientos de tensión y hacen su aparición las frases de tres palabras. El niño monologa cuando está solo, verbalizando sus experiencias inmediatas, emplea el “yo”, “mi” y “tu”. Tiene un vocabulario de 50 y un par de centenares de palabras, la primera mitad del tercer año, es el periodo en el cual adquiere muchas palabras nuevas.

Entre los dos y los tres años, la actividad volitiva sigue en aumento, mientras la actividad refleja sigue disminuyendo, el reflejo de Landau ha desaparecido, la extensión defensiva de los brazos aumenta cada vez más. El reflejo de enderezamiento corporal permite que el 50% de los niños se incorpore en la forma de transición ya descrita mientras el 50% restante lo hace por medio del método primitivo. Los niños paráliticos cerebrales es probable que todavía se hallen bajo el dominio del comportamiento reflejo; los casos más graves siguen sometidos al reflejo cervical tónico asimétrico, que es más temprano y más primitivo. Este reflejo como señalamos, impide que se desarrolle el reflejo de enderezamiento cervical, que permitiría que el niño ruede hacia el decúbito lateral.

El niño de treinta meses (2 años 8 meses), se encuentra en un periodo de transición, en el cual, le resulta difícil modificar y controlar su comportamiento físico y psicológico al mismo tiempo. Esto parece obedecer a los poderes inhibidores del sistema nervioso central, que todavía no está desarrollado lo

suficiente. Físicamente, sus músculos flexores y extensores no están coordinados en un agonismo y antagonismo equilibrado, la presión es demasiado enérgica y la relajación de la presión intempestiva. Psicológicamente esta incapacidad para inhibir se pone de manifiesto con rabietas y modalidades de conducta extremas. La mayoría de niños de dos y tres años exhiben un gran incremento del vocabulario y comienzan a combinar dos frases cortas para formar oraciones complejas. Sin embargo en los momentos de tensión vuelven a utilizar la jerga. En este periodo el niño comienza a comprender que las palabras están constituidas por una serie de sonidos y desarrolla la habilidad de discriminar entre ellas. Como consecuencia logra corregir muchos de sus errores de articulación.

En el niño de tres años, sus finas coordinaciones motoras están desarrolladas, sabe desabotonarse la ropa, y dibujar con lápices de colores, dibujar una cruz con mayor precisión; emplea frases sencillas, con facilidad, y muchas más complejas. Escucha atentamente las palabras y las practica en sus dramáticos monólogos, usa pronombre. A esta edad el niño comienza a disociar la palabra hablada con respecto al gesto que antes la acompañaba.

Si el niño paralítico cerebral consigue iniciar el tratamiento foniátrico antes de que haya comenzado a hablar, es más probable que el desarrollo de su lenguaje sea paralelo al del niño normal. Aunque, mucho más lento. Si comienza el tratamiento cuando ya empezó a hablar, aunque de manera anormal, el terapeuta debe ser hábil para medir su desempeño comparándolo con el del niño

normal, para determinar que aptitudes anteriores o prerrequisitos para el lenguaje ha llegado o no a dominar.

1.1.2.11 Evaluación del lenguaje

La manera más eficaz de medir el desempeño del niño parálítico cerebral consistirá en hacer una detallada valoración de su lenguaje, cubriendo cuatro aspectos principales:

- a) Determinar su capacidad para mover las partes del cuerpo asociadas con los mecanismos del lenguaje, (cabeza, cuello, hombros).
- b) Valorar actividades vegetativas como: succión, deglución, mordedura y mascado, estas son prerrequisito para la locución y también la actividad respiratoria.
- c) Establecer su capacidad para mover y manejar los órganos de la locución, como la mandíbula, los labios y la lengua.
- d) Valorar su aptitud para vocalizar y hablar.

Al hacer la valoración del lenguaje es importante determinar que reacciones del paciente son normales, cuáles son patológicas y cuales son primitivas pero normales. Al ensayar cada reacción es necesario establecer que movimientos realiza voluntariamente con y sin estimulación emocional. Y que movimientos puede realizar solo de forma involuntaria o simplemente como movimiento reflejo respondiendo a un estímulo. Es necesario que esta valoración se realice de forma periódica como se avanza en el tratamiento para identificar algún cambio.

En la valoración del habla se indagan primero los movimientos más gruesos y primitivos, avanzando después a los más finos y maduros. Por lo general se realizan con el paciente tendido en una colchoneta o camilla, en la postura inhibidora de los reflejos a que se acostumbra durante el tratamiento fisioterapéutico. Esta posición puede ser el decúbito dorsal, pero con las piernas colgando por el borde de la camilla y los brazos extendidos a los costados, para romper la modalidad de extensión total. Una posición más fácil para el paciente más incapacitado, sería el decúbito lateral, sea con la cabeza flexionada hacia adelante o no, según cada paciente.

1.1.2.12 PRINCIPIOS DE FONIATRÍA

Segre y Naidich, en el libro principios de foniatría destacan que el esquema corporal vocal hace referencia a la apreciación consciente y constante de las sensibilidades internas de la fonación, que son desencadenadas por el esfuerzo de emisión vocal y perceptibles por casi todos los órganos que pone en funcionamiento las sensaciones se perciben con mayor o menor fuerza. Según la técnica empleada, desde el alveolo de los dientes superiores, zona palatina anterior, hasta la úvula y faringe, variando las mismas según que la vocal sea abierta o cerrada.

“En logopedia esto significa inhibir al comportamiento reflejo anormal o primitivo que obstaculiza el desarrollo del lenguaje del paciente, por ejemplo, el parálisis cerebral que tienen un grave trastorno del lenguaje, no consiguen

disociar al comportamiento motor de su aparato de la fonación con el comportamiento motor del resto del cuerpo. Siempre que habla o que intenta hablar, aumenta el tono muscular en todo su cuerpo, cosa que se manifiesta con posturas y movimientos más anormales todavía.”¹⁵ Cada caso será distinto según el nivel de desarrollo neuromuscular del paciente, nivel que se habrá determinado en la valoración inicial de su comportamiento motor. En Logopedia el terapeuta facilita el siguiente paso del desarrollo neuromuscular normal del lenguaje. Esto podría ser la facilitación del reflejo de mascado o de la vocalización, el balbuceo o la producción de palabras y oraciones reales, también según cada paciente en particular. La mira es permitir que el paciente adquiera todo el control posible sobre su aparato de la fonación (dentro de los límites de la lesión de su sistema nervioso central) para que pueda hablar con libertad y desenvoltura a voluntad.”

Desensibilización del mecanismo del lenguaje

Desensibilizando así el aparato de la fonación del paciente, se pasa a la siguiente etapa del tratamiento, que consiste en dar al paciente la experiencia de estar tendido e inmóvil en la camilla en una postura inhibidora de los reflejos a los que está bien adaptado con una cara relajada y serena libre de toda mueca.

¹⁵ Idem. pp. 28

En el paciente parálítico cerebral el primer paso hacia la adquisición del lenguaje normal, consiste en adquirir una cara normal cuando no se habla. Si el paciente no logra esto sin hablar es indudable que no podrá hacerlo cuando hable.

La boca abierta y la deglución anormal

Deglución anormal o atípica corresponde a movimiento inadecuado de la lengua y/o de otras estructuras que participan del acto de deglutir, durante la fase oral de la deglución, sin que haya ninguna alteración de forma en la cavidad oral. La Deglución Atípica consiste en la postura y uso inadecuados de la lengua en el acto de deglución. Se define como "la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcas dentarias" (Zambrana y Dalva, 1998). La lengua se posiciona entre los incisivos o se apoya contra su cara posterior al acabar la fase de masticación y realiza una presión contra ellos durante la fase de deglución. El control inadecuado de los músculos de la garganta, la boca y la lengua conduce a veces al problema de babeo.

Enseñanza de la posición correcta de la boca

“El terapeuta procura enseñarle a adquirir una posición de la boca lo más normal y relajada que se pueda, porque esto no solo es indispensable para la producción de un lenguaje normal, sino que también estimula al reflejo de la

deglución, contribuyendo así a reducir el babeo, que todos los pacientes paralíticos cerebrales suelen tener en mayor o menor medida.”¹⁶

Reflejos de succión, deglución, masticación y mascasón

Cuando un nuevo ser nace se enfrenta al reto de la respiración y de la alimentación y por eso, los reflejos de succión, deglución y el sentido del gusto, aprendidos en el vientre materno se afinan en el neonato.

Facilitación de los reflejos de succión y masticación

Favorecer este apartado es de suma importancia por los progresos que producirá en cuanto a la inhibición de los reflejos orales y, sobre todo, porque implica una serie de movimientos más amplios de la lengua y una gran coordinación a nivel buco lingual. Si no mastican a la edad adecuada, hay dos factores que deben tenerse en cuenta:

-El grado de afección motriz a nivel buco lingual. Esto, por ejemplo, puede causar una incapacidad para trasladar el bolo alimenticio con la lengua hacia los molares, o la reducción de la movilidad del maxilar inferior, debida además a una gran espasticidad.

-El grado de motivación para masticar. Por importante que sea el nivel de afectación, siempre se revelan como muy importantes las ganas que el niño tenga de hacerlo.

¹⁶ Idem. Pp.28

Inhibición de los reflejos de succión y masticación

Algunos pacientes no logran masticar, no pueden formar el bolo alimentario o no controlan la producción de saliva por debilidad o parálisis muscular. Tendrán dificultades para la alimentación sólida. Otros pacientes han perdido o tienen muy retrasado el reflejo deglutorio que hace que los alimentos pasen de la faringe al esófago. Tienen problemas con líquidos y sólidos.

Facilitación del reflejo de mascado

Este reflejo, junto con la succión y la deglución, es un prerrequisito para el lenguaje, porque solo cuando el niño emplea su mandíbula, labios y lengua para estas funciones básicas, estará en condiciones de desarrollar las velocidades mayores que se requieren para hablar. Para facilitar el desarrollo de este reflejo, el logopeda ofrece al niño algo agradable para mascar –chocolate, una confitura dura o lo que fuere y presiona lateralmente con eso sobre el paladar duro, obteniéndose así una buena estimulación por lo general.

También el mascado se practica con distintas posiciones del cuerpo y bajo una estimulación emocional cuidadosamente graduada. Sin embargo la mejor manera de establecer hábitos de mascado voluntario consiste en asegurar que se den al niño alimentos sólidos para mascar en su dieta cotidiana.

Movimientos de la mandíbula

“Depende de los hábitos que el niño haya adquirido en cuanto a la succión, la deglución, la masticación y el mascado. Si el terapeuta establece buenas posturas y movimientos bucales en estas actividades, se tendrán las modalidades correctas, de modo que, cuando el niño esté listo para emplear su mandíbula para hablar lo hará de manera normal.”¹⁷

Función básica de los órganos del lenguaje

En este sentido es interesante recordar que, en el lenguaje, el hombre está obligado a emplear órganos, músculos y grupos musculares cuya función es servir a otros fines, como la succión, deglución y mascado, cuyos movimientos son relativamente lentos y primitivos y en estos la lengua se mueve junto con la mandíbula, mientras que en el lenguaje tiene que moverse en forma independiente con respecto a esta.

Dificultades de la diferenciación lingual

La lengua es un poderoso órgano muscular, con gran inervación sensorial, sensitiva y motora que debe gozar de gran movilidad para poder realizar diversas funciones dentro de la cavidad oral, siendo un importante regulador del desarrollo del aparato masticatorio. La dificultad para mover la lengua es

¹⁷ Idem. pp. 97

causada con frecuencia por nervios dañados produce inconvenientes en el habla o para mover los alimentos durante los procesos de masticación y deglución.

Facilitación de los movimientos independientes de la lengua

Puede que en algunos casos leves de parálisis cerebral se obtengan tales movimientos linguales. Si el paralítico cerebral tiene potencial, el terapeuta debe facilitarle esos movimientos, y para eso el terapeuta le sostiene la mandíbula entreabierta, y lo induce a levantar la punta de la lengua y emitir uno de estos sonidos oprimiéndola contra la cresta dental. Por breves instantes, durante la locución, la mandíbula permanece inmóvil mientras la lengua y los labios se mueven en forma independiente, pero en estas ocasiones siempre debe estar suficientemente suelta como para movilizarse de nuevo al instante.

Producción de la voz

La voz humana es producida por la laringe, cuya parte esencial, la glotis, constituye el verdadero órgano de fonación humano. El aire procedente de los pulmones, es forzado durante la espiración a través de la glotis, haciendo vibrar los dos pares de cuerdas vocales, que se asemeja a dos lenguetas dobles membranosas. Las cavidades de la cabeza relacionadas con el sistema respiratorio y nasofaríngeo, actúan como resonadores. La voz comienza con la inspiración (toma de aire), el aire llena los pulmones y luego sale a través de la espiración. Cuando la espiración ocurre, el aire pasa de los pulmones a la

tráquea y de ésta a la laringe y ahí, pasa por en medio de las cuerdas vocales; dos músculos pequeños que se tensan para producir sonidos agudos y se relajan para los sonidos graves. De este modo la voz adquiere su tono.

El flujo de aire continúa su camino hacia la boca, en donde la lengua, mandíbula, paladar y labios se encargan de darle forma al sonido y se producen los fonemas (vocales y consonantes). Ahí es donde la voz adquiere su forma, lo que llamamos dicción o articulación.

Al mismo tiempo el sonido producido por la laringe y la boca adquiere su timbre característico al resonar dentro de las cajas de resonancia ubicados en los huesos, pecho, laringe, boca, nariz y cráneo. A través de este mecanismo, la voz también se amplifica naturalmente, los órganos que intervienen en la producción de la voz son tres: Aparato Respiratorio, Aparato Fonador y Aparato Resonador.

Respiración y voz

El mecanismo respiratorio, que en la mayoría del tiempo es inconsciente nos provee del oxígeno que nuestro cuerpo requiere para vivir. Sin este elemento vital nuestro organismo se puede ver seriamente comprometido.

En el parálisis cerebral la respiración se trabaja de forma global, muchas veces ligada a la fonación.

En la mayoría de los casos, si se intenta trabajar analíticamente la respiración, lo único que se consigue es su propio bloqueo o favorecer un patrón anormal de movimiento.

El objetivo es llegar a un trabajo automático y correcto de los músculos que intervienen en la respiración y en la emisión de voz.

Respiración anormal y fonación

Como anomalía frecuente en la P.C. infantil, vemos espiraciones rápidas y superficiales; no saben inspirar profundamente. Muchas veces hacen una inspiración en extensión y luego tienen dificultades para realizar una espiración sostenida y profunda. Muchas veces encontramos un diafragma bloqueado por unos abdominales que no realizan su función. Por otro lado, a nivel de fonación vemos que, en ciertos intervalos, sólo hay emisión de ruido y no emisión vocal: el habla se produce sin aire, en muchos casos se puede constatar la disfonía.

En ocasiones, el no poder respirar por la nariz repercute en la alimentación, pues ya conocemos la coordinación que se establece entre la succión, la deglución y la respiración.

Los espásticos, por ejemplo y debido a los espasmos de los extensores del tronco, en ocasiones no podrán emitir la voz, aunque luego la producirán de golpe.

Respiración Invertida

Esta condición se caracteriza por qué cuando el niño parálítico cerebral intenta hablar, inspira con el tórax, los músculos torácicos se contraen y los abdominales se relajan; durante la inspiración y la fonación, en cambio, sucede a la inversa.

Para modificar esta modalidad de respiración, el terapeuta de lenguaje debe impedir la contracción de los músculos torácicos durante la espiración y la fonación, y al mismo tiempo facilitar la contracción de los músculos abdominales. Para esto el terapeuta debe utilizar las dos manos, impidiendo con una y facilitando con la otra, cuando el paciente espire y vocalice, y tratará de establecer un ritmo de inspiración rápida, y de espiración y fonación más prolongada.

Cuando ya se ha logrado corregir la modalidad, el terapeuta comienza a facilitar la relajación de estos músculos durante la espiración, junto con la contracción de los músculos abdominales. Se debe observar al paciente por que podría tener una regresión al tipo de respiración inadecuado y será necesario repetir el entrenamiento.

Timbre de la voz

El terapeuta debe escuchar con atención el tono de timbre del paciente, en muchas ocasiones según Goldschmidt la voz ronca se acompaña de espasticidad flexora. Este tono se mejora inhibiendo esta espasticidad. El timbre

de voz de los parálíticos cerebrales es muy influido por la posición de los hombros, cuello, cabeza y mandíbula. Si el niño procura fonar estando en esta postura habitual, lo hará con movimientos concomitantes del resto del cuerpo, y el timbre de la voz, en caso de que logre emitirla, será anormal. Las características de este tipo de voz son: muy débil y soplante, o forzada y raspante, iniciada quizá por un espasmo de la glotis. Si el niño está adaptado muy bien a una postura inhibidora de los reflejos, y de esta forma se encuentran en una posición correcta los hombros, cuello, cabeza, etc. El paciente podrá vocalizar sin esfuerzo y su timbre de voz será normal. No se le debe permitir al paciente una fonación anormal.

Nasalidad

Debido a la espasticidad de los músculos del paladar blando, que causa un cierre velofaríngeo inadecuado, el aire se escapa por la nariz del paciente, cuando éste habla y produce nasalidad en la voz. Para mejorar la calidad de la voz del paciente es necesario inhibir la espasticidad asegurándose que los hombros, la cabeza, el cuello y la mandíbula se encuentren en la posición correcta.

Consiga mover la lengua junto con el maxilar inferior como en el mascado, y aunque nunca llegue a moverla independientemente. En los casos más leves puede ser que el paciente sea capaz de mover la lengua de forma independiente, como en el lenguaje oral normal, en estos casos no es necesario

mover su mandíbula solo en caso de que la mandíbula este inmóvil el terapeuta deberá facilitar movimientos y pequeños y rápidos. Hasta que el niño empiece a realizarlo solo, habiendo aprendido esto en determinada posición el paciente debe practicarlo en todas las posiciones posibles y bajo una creciente presión emocional.

Estimulación Emocional

A medida que el paciente desarrolla la habilidad de emitir voz a voluntad en diferentes posturas inhibitoras de los reflejos, el terapeuta se concentra en enseñarle a hacerlo en condiciones de creciente estimulación emocional. Cuando un paciente es capaz de hablar y comunicarse es necesario enseñarle a hacer frente a las tensiones cotidianas.

Por lo tanto es necesario emplear el método de sensibilización psicológica de forma sistemática y constante en la vocalización. “La capacidad para vocalizar en condiciones de tensión es la clave del habla, y sin ella el lenguaje no resulta mayormente útil para el niño”.¹⁸ El terapeuta debe elevar el nivel de tolerancia del niño frente a las influencias externas perturbadoras, introduciéndolas poco a poco en la situación terapéutica.

¹⁸ Idem. pp. 118

Sonidos Vocales

En este periodo la fonación se centra en los fonemas vocálicos, como en el desarrollo del lenguaje normal es importante iniciar por los fonemas más fáciles /a/, /o/, /u/ /e/, /i/, por medio de modelado de la postura de los labios y la lengua para emitirlos, los sonidos de diptongos se deben enseñar más adelante del proceso.

Fonación y Relajación Mandibular

Es necesario que el terapeuta preste atención a que cuando el paciente vocalice mantenga suelta la mandíbula. El mover el maxilar inferior con agilidad es de mucha importancia para la correcta articulación. Para adiestrar al paciente el terapeuta realiza los ejercicios que anteriormente el paciente había practicado pero ahora lo hará mientras vocaliza, es probable que en cuanto empiece a vocalizar se le olvide realizar el movimiento de la mandíbula, y esta permanezca rígida en una postura anormal, por lo general desviada hacia el lado de mayor espasticidad, el terapeuta dedicará tiempo en enseñar al paciente a combinar los movimientos de la mandíbula que había aprendido antes, con su nueva habilidad de la fonación voluntaria. Para ello se cree que el método de mascado vocalizado de Froeschel sería de utilidad en los casos severos. Para los casos leves sería perjudicial pues ellos podrían perfectamente aprender a mover la lengua independientemente del maxilar inferior como se requiere en el lenguaje normal.

Si este paciente no mueve la mandíbula mientras vocaliza el terapeuta tendrá que facilitar los movimientos pequeños y rápidos, siguiendo el mismo procedimiento dejar de hacerlo hasta que el niño realice el ejercicio solo. Luego debe practicar el ejercicio en todas las modalidades posturales posibles.

Nota Sostenida

Cuando el niño vaya adquiriendo confianza en emitir su voz es necesario motivarlo para que emita sonidos extensos y sostenidos, y después para que pase de un sonido vocal a otro, en una misma espiración. Esto servirá para cuando emita frases y oraciones. Si el paciente se bloquea de pronto cuando espira y vocaliza, el terapeuta podrá liberarlo modificando su propio tono emocional, manifestando un tono más alegre o desaprensivo. O aplicando un poco de vibración en el sitio donde parece haberse bloqueado o donde se observa una súbita fijación del movimiento. Cuando el paciente opera la transición de un fonema a otro con muy poca ayuda del terapeuta, este puede introducir algunas inflexiones ascendentes y descendentes en sonido.

“u-i” “ah-u” “oh-u” “u-ha”

La meta será que el paciente pueda introducir todos los cambios vocales que pueda en una sola espiración (variando las inflexiones) manteniendo una nota lo más sostenida posible.

Modalidades Rítmicas de Vocalización

Una vez que el paciente ha adquirido la habilidad de producir una nota sostenida en una sola espiración, hay que enseñarle a interrumpir esta emisión momentáneamente y reanudarla en seguida. Haciendo vibrar el diafragma o la laringe en forma rítmica de vocalización y pausas, como por ejemplo: “ha-ha-ha” y “ho-ho”, el niño puede experimentar esta sensación. Al principio será complicado, pero mientras vaya adquiriendo confianza en su habilidad y tenga más control sobre sus mecanismos de fonación podrá realizarlo por sí solo, si le cuesta mucho será mejor detenerse y repetir los últimos ejercicios donde tuvo éxito, y más adelante intentarlo de nuevo.

Aprender a Escuchar

Cuando un paciente es capaz de vocalizar y de hacer variaciones con todas las vocales está listo para iniciar la siguiente fase, la fase de escuchar. Es tanta la emoción por haber aprendido a fonar que la mayoría de pacientes, en especial los que no emitían voz, centran su atención en la “emisión” más que en la “recepción”. El niño sencillamente no es receptivo por que tiene la mente ocupada en lo que va a decir. Es necesario que en el procedimiento se hagan pausas para explicar con la mayor sencillez posible la importancia de escuchar. El paciente debe comprender que el éxito de su emisión depende de su habilidad para recibir.

Varios autores como Van Riper e Irwin señalan que las primeras etapas del aprendizaje del lenguaje, la retroalimentación auditiva ejerce el papel preponderante que determina la corrección o no de una palabra o sonido, y describen el proceso por el cual el niño aprende a decir una palabra del siguiente modo:

- a. Compara el sonido de sus propias emisiones con el sonido de palabras que emiten sus padres.
- b. Si concuerdan y hallan aprobación los mensajes cinestésicos o táctiles provienen de la posición de su lengua y en ese momento tienden a adquirir relieve e importancia.
- c. Al poco tiempo la retroalimentación cinestésica o táctil se estabiliza lo suficiente como para que sirva de control predominante de la palabra, y la retroalimentación auditiva, aunque siempre se mantiene, pasa a adquirir un papel secundario.

En esta etapa el terapeuta se enfoca solo en la retroalimentación auditiva por que el niño aún no utiliza los labios y la lengua para emitir fonemas consonánticos. En la siguiente etapa el terapeuta comienza a facilitar el balbuceo y las palabras reales, se insistirá en la importancia de la retroalimentación cinestésica o táctil.

Problemas de articulación, lenguaje y fluidez

Según Hipps, “Los niños normales aprenden básicamente por imitación, tanteos, esfuerzos reiterados y a veces la razón y el conocimiento. A pesar de su lesión cerebral los niños paráliticos cerebrales también aprenden en esencia de la misma manera”¹⁹ para rehabilitar el lenguaje de estos niños es necesario tener en cuenta estos principios básicos del aprendizaje y aplicarlos.

En el enfoque Bobath el terapeuta facilita los movimientos del niño, después de haber inhibido el comportamiento inmaduro, y el movimiento que se ha de facilitar debe concordar con la siguiente etapa del desarrollo neuromuscular normal.

Para poder llevar a cabo el tratamiento de logopedia el niño debe de haber alcanzado las siguientes habilidades:

- ✓ Emitir una voz normal, a voluntad, sin esfuerzo y en el caso de los atetósicos en particular, sin movimientos asociados del cuerpo.
- ✓ Realizar lo anterior en diversas posiciones del cuerpo.
- ✓ Vocalizar aunque esté sometido a cierta presión emocional.
- ✓ Ejercer cierto control sobre la intensidad y tono de la voz.

Al haber alcanzado las anteriores habilidades el terapeuta debe de iniciar a facilitar el balbuceo.

¹⁹ Idem. pp. 123

Baluceo Facilitado

Por sus diferentes condiciones el paciente parálítico cerebral se ve privado puede aprender de otra manera, el terapeuta le mueve los labios y la lengua, el niño siente el movimiento y escucha el sonido resultante y recibe en el acto el estímulo para seguir produciéndolo. A medida que adquiera mayor control y confianza en sí mismo, los irá realizándolos más por su cuenta.

Sonido o Sílabas

Depende de cada niño en particular si se le debe facilitar un sonido o una sílaba, si el niño todavía no comenzó a hablar se debe facilitar la emisión de la sílaba y no de un sonido aislado, porque esto concuerda con el desarrollo del lenguaje normal. En cambio el niño parálítico cerebral que ya empezó a hablar, es probable que este niño haya adquirido la costumbre de emplear un sonido erróneo. En estos casos el terapeuta debe facilitar los sonidos aislados y ayudar a crear conciencia en el por separado. Van Riper dice que el dominio de un nuevo sonido ocurre en 4 niveles sucesivos.

- a. El nivel del sonido aislado.
- b. El sonido en la sílaba.
- c. El sonido en la palabra.
- d. El sonido en la oración que tiene significado.

Es importante identificar cuales sonidos le resultan más fáciles al niño emitir para organizar su aprendizaje sin embargo los sonidos consonantes sonoros son más fáciles para el niño que los consonantes mudos equivalentes.

Facilitación de los Sonidos Labiales

Antes de de tratar de facilitar cualquier sonido lingual anterior como /t/, /d/ o //, el terapeuta debe hacer que el niño adquiera conciencia del ápice de la lengua. Esto se logra tocándola suavemente con el dedo o con un bajalengua, haciéndole lamer un chupete o un cono de helado o bien introduciéndole un caramelo blando y adhiriéndolo a la cresta dentaria, de modo que, manteniendo los dientes un poco separados, trate de lamerlo con la punta de la lengua.

Apenas el niño adquiera cierta noción de la punta de la lengua, el terapeuta tratará de facilitar los sonidos /d/ y /t/. para esto ayudará al niño acomodarse en una postura en la que la cabeza este flexionada hacia adelante. Si el terapeuta empuja debajo del mentón del niño mientras este vocaliza y emite el sonido /d/ es probable que consiga que el niño lo produzca. Para estos fonemas se pueden utilizar las siguientes posturas.

- a) Sentado: con las piernas colgadas por el borde de la camilla, el cuerpo sostenido con los brazos y la cabeza flexionada hacia adelante.
- b) Decúbito dorsal: con las piernas flexionadas por el extremo de la camilla y la cabeza flexionada pasivamente hacia delante.

c) Decúbito ventral: con el tronco sostenido sobre los codos flexionados y la cabeza flexionada hacia adelante o alineada con el cuerpo.

La facilitación de sonidos como: /f/, /v/, /th/ y /l/ es muy fácil, por que requieren posiciones bien definidas de la boca para pronunciarlos. Se puede demostrar a este qué posición bucal se requiere, y después se le facilita la posición del sonido, de modo que la sienta el mismo.

Introducción de Variantes

Una vez que el balbuceo del niño se establece bastante bien, el terapeuta introduce una variante colocando el sonido consonante en el centro de la vocal, comenzando con lo que al niño le resulta más fácil. Ejemplo: /aga/, /aga/, /aga/. Luego se practica la colocación del fonema al final, ejemplo: /ag/, /ag/, /ag/. Apenas el niño tenga un poco de éxito en esto, se introduce en el balbuceo de palabras que tengan la misma distribución de sonidos vocales y consonantes. Al principio conviene practicar este balbuceo sin otorgarle demasiado significado. El niño normal emite el balbuceo antes de relacionarlo a determinada persona. Cuando el niño parálítico cerebral llega a dominar la técnica para decir ciertas palabras, se lo induce a emplearlas con significado.

Facilitación de las Sibilantes

La adquisición de los sonidos consonantes restantes, como las sibilantes y los sonidos /r/, son más difíciles de facilitar por que exigen una posición de la

boca no tan definible y también coordinaciones más sutiles. A veces es muy útil recurrir a las pajitas para facilitar sonidos sibilantes como /s/, /sh/ y /ch/. si se coloca la pajita

Delante de los dientes cerrados del niño y se lo induce a soplar en ella mientras el terapeuta lo estimula produciendo el sonido requerido, muy a menudo el niño consigue el sonido /s/ con rapidez. La ventaja de la pajita es que el niño mismo escucha la salida de su aire por ella, y esto pone de relieve el hecho de que, para obtener este sonido, el aire debe descender por el centro de la lengua y salir entre los dos incisivos mediales.

Desarrollo del Lenguaje

En el desarrollo de lenguaje normal debemos recordar que el niño produce sus primeras palabras, comienza a ponerlas en orden y las emplea para comunicarse, todo esto antes de pronunciar correctamente todos los fonemas, llegan a dominarlas por completo alrededor de los seis o siete años. En cuanto a los niños afectados de parálisis cerebral apenas adquiere el control de su aparato fonoarticulador mediante la práctica del balbuceo facilitado y espontáneo, el foniatra debe concentrar su atención en el desarrollo del lenguaje.

En los parálíticos cerebrales el lenguaje se desarrolla en la misma secuencia que en el niño normal solo que con más lentitud, en el cuadro siguiente se hace una comparación entre el desarrollo del lenguaje de un niño

normal y un niño afectado de parálisis cerebral, estos resultados fueron obtenidos de varios estudios realizados por los siguientes autores: Denhoff, Holden y Byrne.

Habilidad	Niño normal	Niño afectado con Parálisis cerebral	Diferencia
Palabras aisladas	12 meses	27 meses	15 meses (1 año 3 meses)
Frases de dos palabras	24 meses	37 meses	13 meses (1 año 1 mes)
Frases de tres palabras	30 meses	78 meses	48 meses (4 años)

En estos estudios también se comprobó que existen diferencias entre los paralíticos cerebrales espásticos y atetósicos, Se comprobó que los espásticos desarrollan palabras y frases antes que los atetósicos.

Existe una variedad de teorías sobre el desarrollo del lenguaje las más fundamentales son expuestas en brevedad a continuación.

Establecimiento De Modalidades De Fluidez

La fluidez del lenguaje es el resultado inevitable del incremento del vocabulario que ocurre entre los dos y los cuatro años. Esto concuerda con su

interés en el mundo que lo rodea. Necesita palabras para rotular los múltiples interesantes objetos que descubre y describir sus nuevas experiencias. Esto sucede en especial en el niño que tiene la suerte de que sus padres lo comprendan, y le provean un modelo conversando en breves frases de dos y tres palabras que él pueda copiar.

El niño parálítico cerebral como no puede explorar su mundo con la misma libertad que el niño normal, es poco probable que la percepción se opere con tanta rapidez en él. El problema al que se enfrenta el terapeuta y los padres, entonces, consiste en ayudar al niño parálítico cerebral a adquirir esta experiencia, porque sin ella no podrá hablar. Apenas el niño parálítico cerebral obtiene cierto control sobre su aparato de la fonación, el terapeuta y los progenitores deben iniciar un sistemático programa de adiestramiento perceptivo, o sea tendiente al reconocimiento y rotulado de objetos y actividades. Hasta que el niño posea alrededor de un centenar de palabras en su vocabulario, palabras que pueda reconocer, reproducir, y emplear con significado. Cuando el niño llegue a este nivel del desarrollo del lenguaje, se le ayuda a armar una o dos palabras.

1.2. DELIMITACIÓN

El trabajo de campo se realizó en el Centro Universitario Metropolitano CUM, en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala ubicado en la 9na. Calle 9-45 zona 11. Con la aplicación de 25 entrevistas a las estudiantes de terapia de lenguaje de 4to. 5to. y 6to semestre,

terapistas del lenguaje recién graduadas y con pensum cerrado, durante los meses de febrero y marzo del año 2013. Con dichas entrevistas se logró recopilar información acerca de los métodos y técnicas que utilizan actualmente en la terapia con niños afectados con parálisis cerebral e identificar los conocimientos que poseen sobre el método Bobath.

Después de la elaboración del Manual de Terapia de Lenguaje y la guía de evaluación se realizó un taller con la participación de las y los estudiantes de Terapia de lenguaje y terapistas de lenguaje profesionales anteriormente entrevistados, en el cual se dieron a conocer las generalidades del método, se presentaron los instrumentos diseñados en esta investigación, sus lineamientos y técnicas de aplicación.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

Para llevar a cabo el proyecto de tesis se asistió a varias clínicas de terapia de lenguaje y al salón de clases de las estudiantes del 4to. 5to. y 6to. semestre de la carrera técnica de terapia de lenguaje, a los cuales se aplicó una entrevista para recopilar información, con el fin de obtener el punto de vista de 20 estudiantes y 5 terapeutas de lenguaje profesionales. La muestra fue seleccionada de forma no aleatoria, de tipo intencional, la cual es elegida según un criterio determinado. Las características de la muestra son: 20 estudiantes de 4to. 5to. o 6to. semestre de la carrera técnica de terapia de lenguaje, inscritos en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2013. Y 5 Terapeutas de lenguaje profesionales o con pensum cerrado actualmente laborando como tales. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística inferencial con análisis cualitativo, con presentación de los resultados por medio de gráficas de barras y también a través de un cuadro comparativo de las opiniones de los expertos.

2.2 Instrumentos

Los instrumentos a utilizar para la recolección de los datos fueron los siguientes:

- **OBSERVACIÓN:** Proceso que detecta y asimila los rasgos de un elemento utilizando los sentidos como instrumentos principales. La observación, como técnica de investigación fue utilizada para obtener los siguientes indicadores:
1 Identificar si las terapeutas del lenguaje cuentan con el espacio y materiales necesarios en la atención a niños con parálisis cerebral. 2 Identificar técnicas y métodos que utilizan las terapeutas de lenguaje con niños con parálisis cerebral.
- **ENCUESTA:** Estudio de las poblaciones grandes o pequeñas, seleccionando o analizando muestras elegidas de la población para descubrir la incidencia

relativa, la distribución y la interrelación de variables sociológicas y psicológicas. Las encuestas se aplicaron para obtener los siguientes indicadores: 1 Determinar si la población de niños afectados con parálisis cerebral que acuden a la clínica de terapia de lenguaje es significativa o no. 2 Determinar si los estudiantes de terapia de lenguaje poseen suficientes conocimientos o no sobre parálisis cerebral. 3 Identificar si los estudiantes de terapia de lenguaje conocen de métodos específicos para trabajar con niños con parálisis cerebral. 4 Determinar si los métodos que actualmente utilizan los estudiantes de terapia de lenguaje en la práctica son eficientes o no. 5 Identificar si los estudiantes de terapia de lenguaje poseen conocimientos sobre el método Bobath. Y 6 Identificar si los estudiantes de terapia de lenguaje tienen interés en adquirir conocimientos sobre nuevas herramientas para trabajar con niños afectados de parálisis cerebral.

- **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:** Es la técnica que proporciona mayor abundancia en los datos. Se observa el comportamiento del entrevistado en forma directa y también permite preguntar, se requiere de mayor tiempo para aplicarla. Este instrumento fue aplicado a las/os terapistas de lenguaje profesionales para recolectar información de los siguientes indicadores: 1 Identificar la prevalencia de niños afectados con parálisis cerebral en la clínica de terapia de lenguaje. 2 Identificar instrumentos o herramientas utilizadas específicamente en la evaluación y tratamiento de niños con parálisis cerebral. 3 Identificar la metodología y procedimientos que utilizan los terapistas de lenguaje en la atención de niños con parálisis cerebral. 4 Determinar cuáles son las áreas que se trabajan en la rehabilitación del lenguaje de los niños con parálisis cerebral. 5 Determinar los conocimientos que poseen los terapistas del lenguaje en el método Bobath y su utilización en la terapia con niños con parálisis cerebral.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

La presente investigación dio inicio con la realización de una entrevista a estudiantes de 4to. 5to. y 6to. Semestre de la carrera técnica de terapia de lenguaje. Pertenecientes a la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ubicada en la zona 11 en el Centro Universitario metropolitano CUM. Este centro universitario cuenta con cuatro edificios, tres de ellos de 4 niveles, un edificio administrativo, un área de recreación y una cafetería. En este centro se ubica la facultad de medicina y la escuela de Ciencias Psicológicas.

La Escuela de ciencias psicológicas imparte las carreras: Licenciatura en psicología, Técnico en Educación Especial, Orientador Vocacional, Maestro de enseñanza media y Terapeuta de lenguaje. El currículum sufrió modificaciones recientes cambiando el año de estudio a semestre, la duración de las carreras técnicas es de 6 semestres y es necesario cursar paralelamente al técnico los 6 primeros semestres de la Licenciatura en Psicología.

3.1.2 Características de la población

La mayoría de la población de estudiantes inscritos en la escuela de Ciencias Psicológicas, específicamente en la carrera técnica de terapia de lenguaje es de sexo femenino entre las edades de 20 a 30 años, provenientes del área metropolitana y municipios del departamento de Guatemala.

3.2 Análisis e interpretación de resultados

El trabajo de campo dio inicio con la selección de la muestra entrevistando a estudiantes de 4to. 5to. y 6to. Semestre de la carrera técnica de terapia de lenguaje recolectando un total de 20 entrevistas y entrevistando a 5 terapeutas de lenguaje profesionales.

TABLA DE CLASIFICACIÓN DE INFORMACIÓN A EXPERTOS

	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO 5
1	¿Trabaja usted con niños con parálisis cerebral?	NO	SI	Si los atendería pero nunca han buscado el servicio.	SI
2	¿Cree usted ser capaz de ofrecerle beneficios a un niño con parálisis cerebral en su terapia del lenguaje?	SI	SI	SI	SI
3	¿Conoce algún tipo de evaluación especializada para pacientes con parálisis cerebral?	NO	NO	SI	NO
4	¿Cuál es la metodología a utilizar para	Se adapta al Dx. médico, en función de adiestrar a la familia	Ce centra en la orientación logopedica, consiste en	Los métodos son basados en postura inhibitoria que	De sensibilización del mecanismo del habla y contar con
				Los métodos para retraso de lenguaje como el NSST y otros	Se debe evaluar y dar tratamiento siguiendo los lineamientos de un

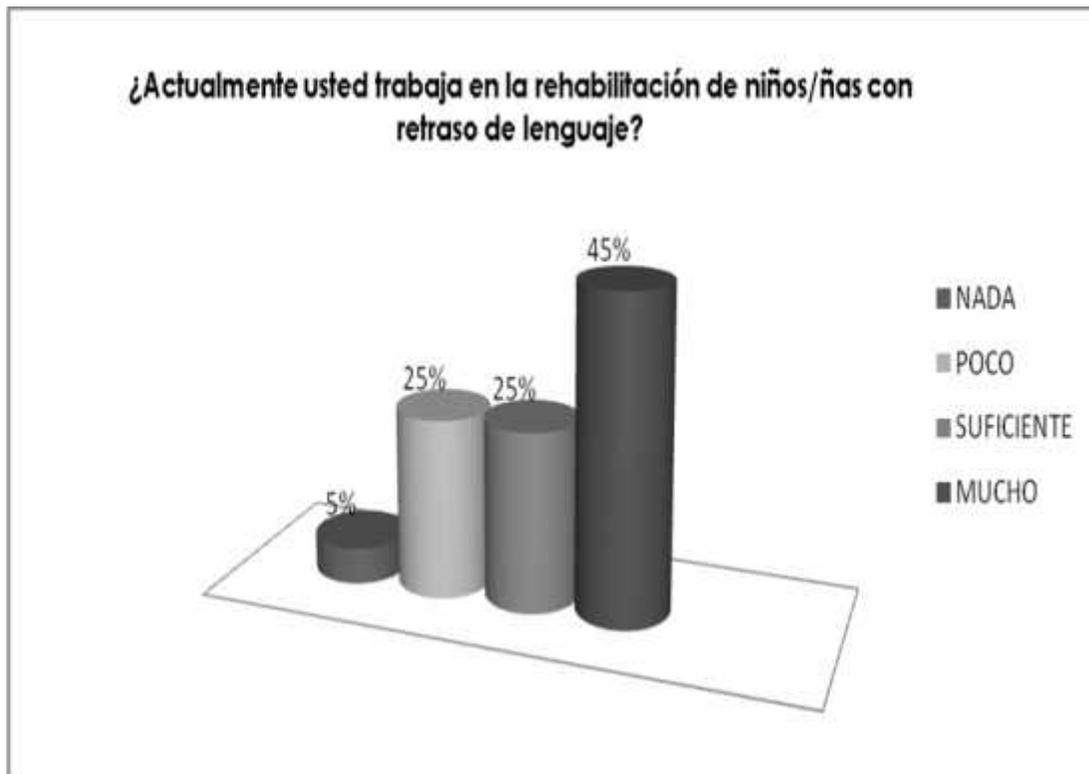
	trabajar con niños con este tipo de afección?	en la estimulación constante	fundamentar, orientar, explicar las actividades que puede hacer la familia con el propósito de desarrollar habilidades preparatorias básicas para la estimulación del lenguaje.	favorezcan la producción del habla.	las recomendaciones del fisioterapeuta.	retraso del lenguaje orgánico.
5	¿Quiénes forman el equipo disciplinario para trabajar con niños con parálisis cerebral?	Fisioterapista, neurólogo, terapeuta del lenguaje.	Fisioterapista, neurólogo, médico, terapeuta del lenguaje.	Terapeuta del lenguaje, fisioterapistas, educadores especiales, terapeutas ocupacionales, psicólogos.	Terapeutas del lenguaje, fisioterapista terapeuta ocupacional, neurólogo, fisiatra, educador especial.	Médico neurólogo, fisioterapista, terapeuta ocupacional, educador especial y terapeuta del lenguaje.
6	¿Cuáles son las áreas a trabajar en la rehabilitación del lenguaje en niños con parálisis cerebral?	Ejercicios específicos de retraso lingüístico, Praxias, respiración/soplo, vocalización etc. Y masajes faciales.	Respiración soplo, vocalización, masajes faciales, Praxias, estimulación lingüo.especulativa, lenguaje comprensivo y expresivo.	Posturas inhibitorias, relajación, respiración, esquema corporal, articulación, voz, ritmo, áreas semánticas y pragmática.	El desarrollo del lenguaje de acuerdo a su edad cronológica.	Respiración, Praxias faciales, labiales, linguales y palatales, lenguaje expresivo, lenguaje comprensivo y vocabulario.
7	¿Cree usted que es importante iniciar	Desde el momento en que se conoce el Dx.	En edad temprana para que el pronóstico	Lo más temprano posible 1ra. Infancia.	Lo más temprano posible.	Mientras más temprano sea mejor,

						será su pronóstico.
8	el tratamiento de rehabilitación de lenguaje a una edad específica? ¿Cuál sería esta edad?	Médico.	sea.			
	¿Qué conocimientos debe tener un terapeuta de lenguaje para trabajar con niños con parálisis cerebral?	Neurología	De neurología	Neurológicos, motrices psicopedagógicos y del lenguaje.	El desarrollo normal del lenguaje y sus limitaciones, intervención del S.N.C y periférico en la adquisición del lenguaje.	Conocimientos del desarrollo normal del lenguaje, del área psicomotora, etc.
9	¿Tiene conocimientos acerca de algún método para trabajar terapia de lenguaje con pacientes con parálisis cerebral? ¿Cuál?	Bobath	Si Bobath	Si el método Doman	Estimulación del lenguaje con técnicas sensoriales.	NO
10	¿Conoce usted acerca del método	SI	SI	SI	Si un poco.	Si solo generalidades.

11	Bobath?	Escriba un comentario o duda acerca del tema de terapia del lenguaje para pacientes con parálisis cerebral.	Me gustaría conocer la evaluación especializada para pacientes con parálisis cerebral, en terapia del lenguaje, usada en Guatemala.	Se necesita más información sobre este trastorno del lenguaje, sobre técnicas y métodos logopédico para su tratamiento.	Para el terapeuta del lenguaje la situación se complica si el paciente presenta discapacidad intelectual.	Me gustaría conocer bien el método para aplicarlo adecuadamente y beneficiar a niños y terapeutas que quieran aprenderlo.	He observado que el número de pacientes con parálisis cerebral es grande pero la mayoría de los profesionales que los atienden se centran en los problemas motores que ellos presentan por ser los más notorios y descuidan otras áreas. Me gustaría conocer más métodos y técnicas para trabajar con esta población.
----	----------------	---	---	---	---	---	---

A continuación se presenta por medio de gráficas de barras los resultados obtenidos en las entrevistas aplicadas a estudiantes de 4to. 5to. y 6to. semestre, según cada una de las preguntas.

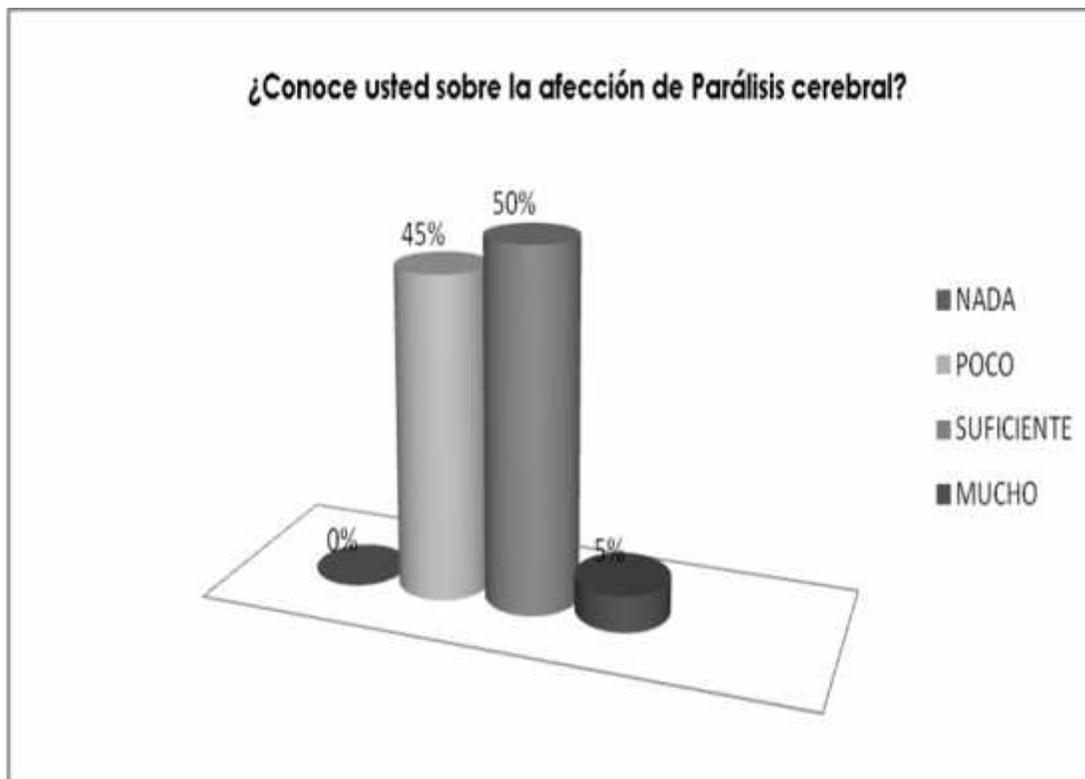
TABLA No. 1



Fuente: Entrevista realizada a 20 estudiantes de la carrera técnica de terapia de Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Tabla No. 1: En la gráfica anterior observamos que la mayoría de las estudiantes respondió que existe un número alto de pacientes en el servicio de terapia de lenguaje diagnosticados con retraso de lenguaje orgánico, dentro de esta categoría se clasifican niños afectados con parálisis cerebral en diferente grado y tipo de afección. Si la afluencia de personas afectados de parálisis cerebral es significativa es necesario contar con la metodología y herramientas necesarias.

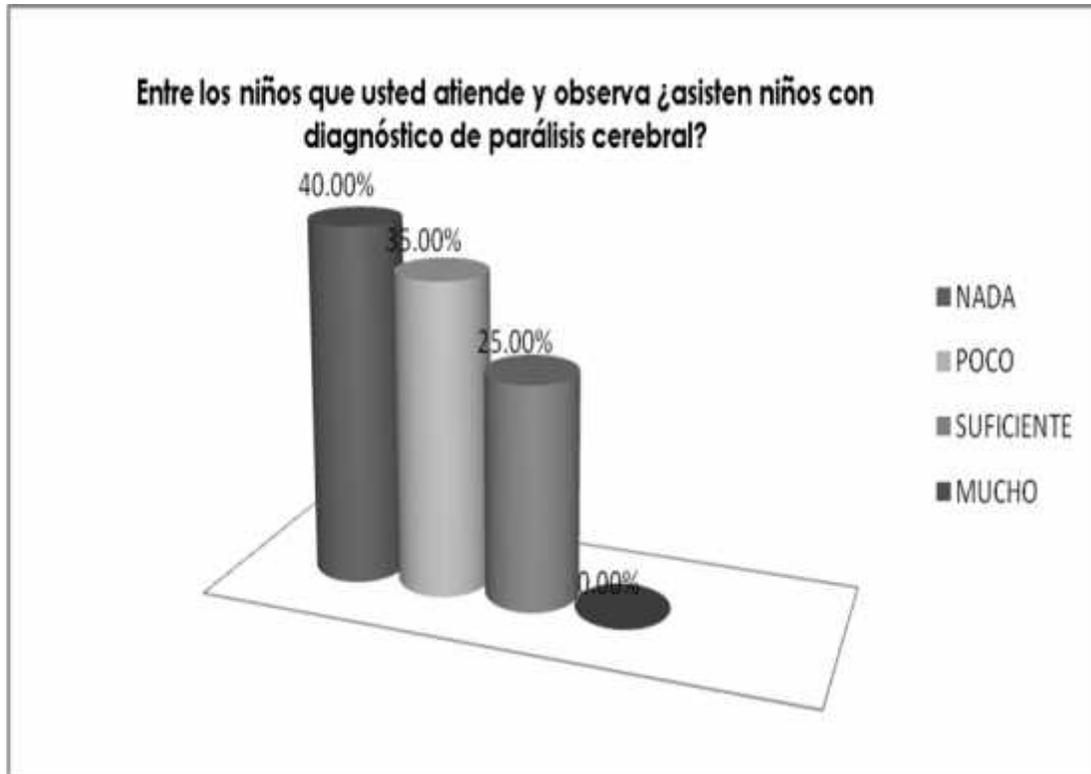
TABLA No. 2



Fuente: Entrevista realizada a 20 estudiantes de la carrera técnica de terapia de Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Tabla No.2: La gráfica anterior nos muestra que aproximadamente la mitad de las estudiantes de la carrera técnica de terapia de lenguaje posee suficientes conocimientos sobre parálisis cerebral mientras que la otra mitad posee poco o ningún conocimiento sobre esta afección. Esto indica la importancia de proveer a las estudiantes más información sobre las diferentes condiciones de sus pacientes para ofrecerles una adecuada atención.

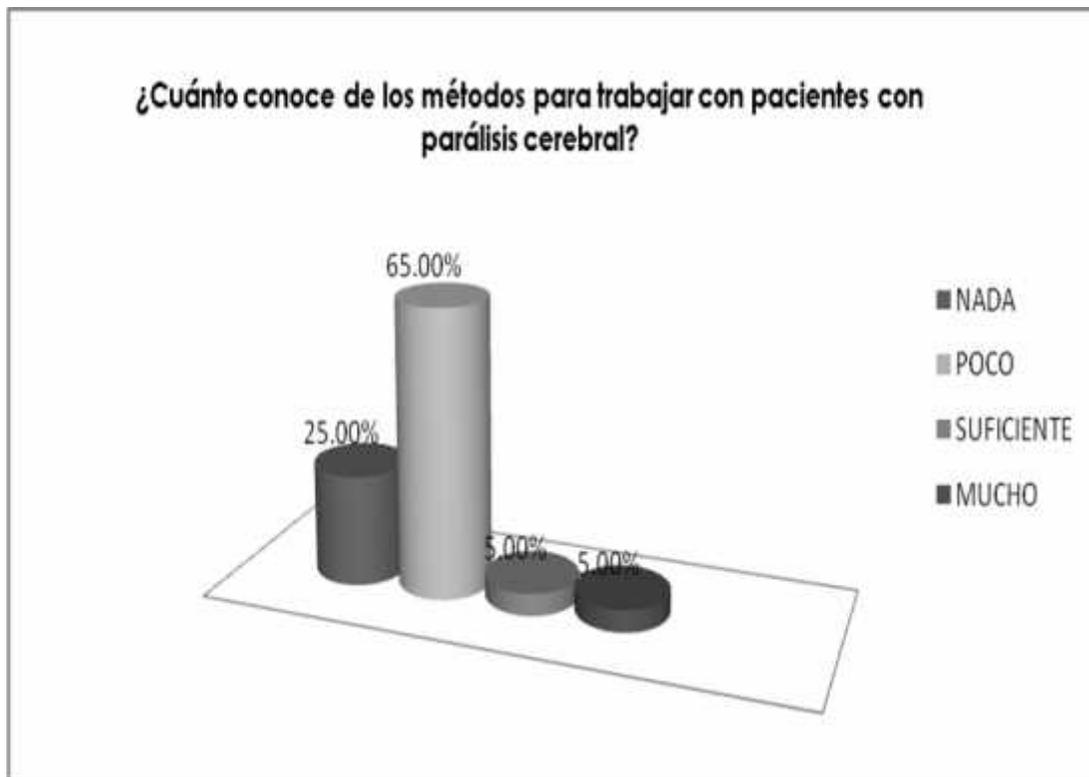
TABLA No. 3



Fuente: Entrevista realizada a 20 estudiantes de la carrera técnica de terapia de Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Tabla No. 3: La gráfica anterior nos muestra que por lo menos el 60% de las estudiantes ha observado o trabajado con niños afectados de parálisis cerebral en sus centros de práctica, esto nos demuestra la importancia de aportar a las estudiantes y terapistas de lenguaje métodos y técnicas específicos para tender a esta población y garantizar el éxito en la terapia.

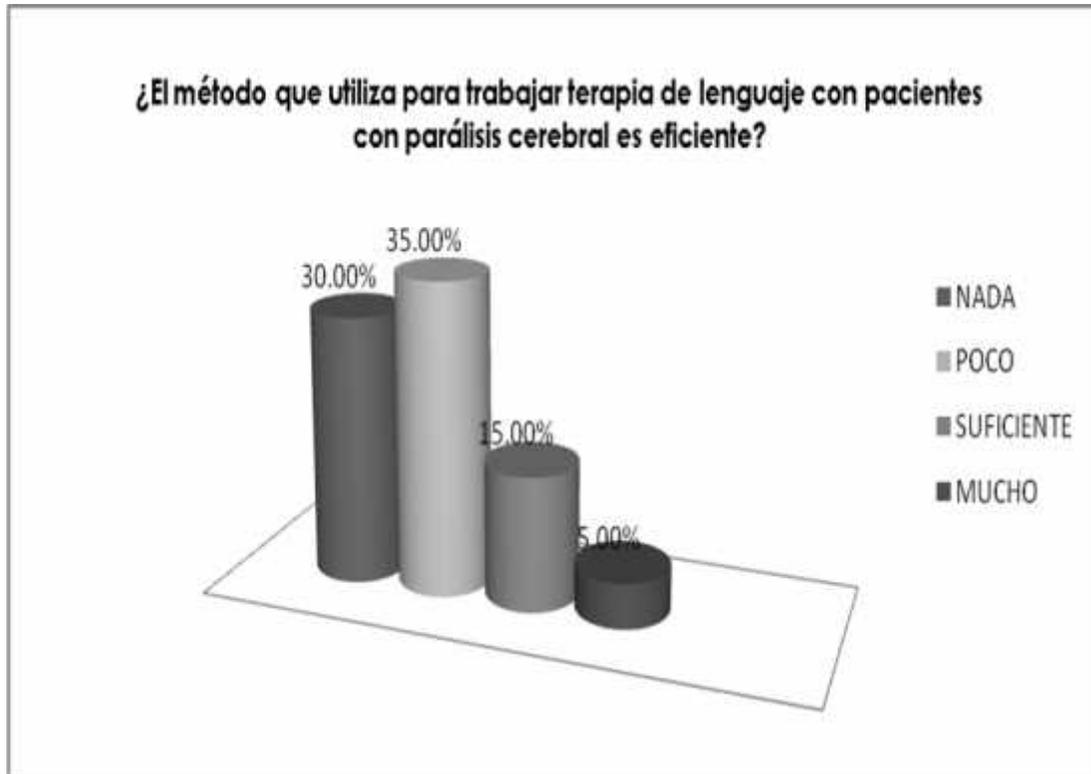
TABLA No. 4



Fuente: Entrevista realizada a 20 estudiantes de la carrera técnica de terapia de Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Tabla No. 4: La gráfica anterior nos muestra que la mayoría de las y los estudiantes el 90% posee poco o nada de conocimientos sobre métodos para trabajar con niños con parálisis cerebral. Esto demuestra la escasez de recursos que poseen los estudiantes de terapia de lenguaje en la rehabilitación del lenguaje del niño paralítico cerebral y la importancia del surgimiento de nuevas técnicas.

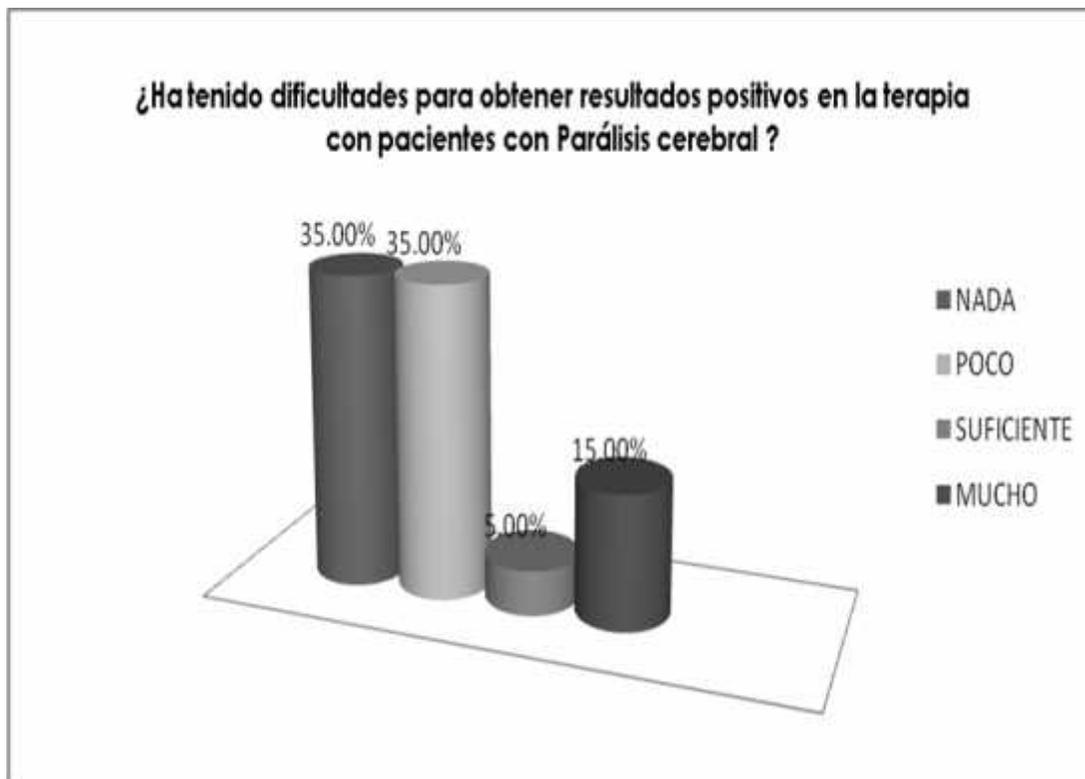
TABLA No. 5



Fuente: Entrevista realizada a 20 estudiantes de la carrera técnica de terapia de Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Tabla No. 5: La gráfica anterior muestra que el 65% de las y los estudiantes considera que los métodos que emplean para trabajar con niños afectados de parálisis cerebral no son suficientemente eficientes. Demostrándose así la importancia de poseer herramientas y técnicas específicas diseñadas tomando en cuenta las características del niño paralítico cerebral.

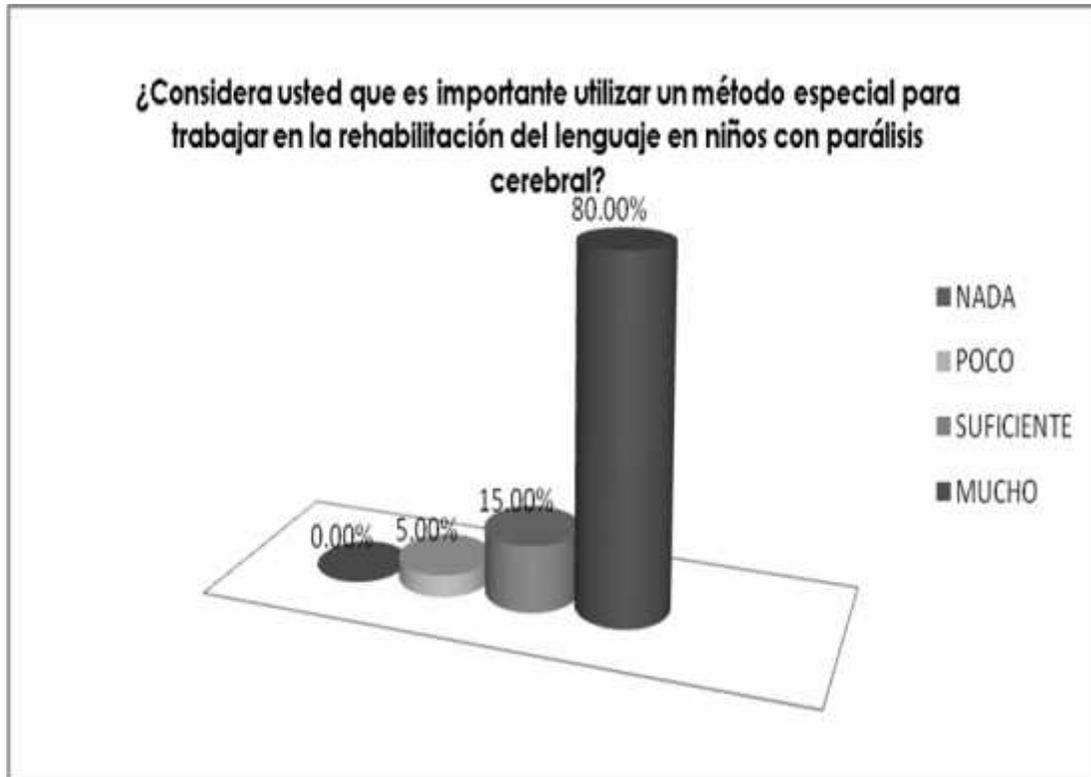
TABLA No. 6



Fuente: Entrevista realizada a 20 estudiantes de la carrera técnica de terapia de Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Tabla No. 6: La gráfica anterior muestra que la mayoría de los y las estudiantes el 65% consideran que tienen pocos resultados positivos en la terapia con niños con parálisis cerebral. El no contar con los conocimientos, herramientas, métodos y técnicas específicas para trabajar con niños afectados con parálisis cerebral provoca que el tratamiento sea ineficiente y provoque el fracaso de la terapia.

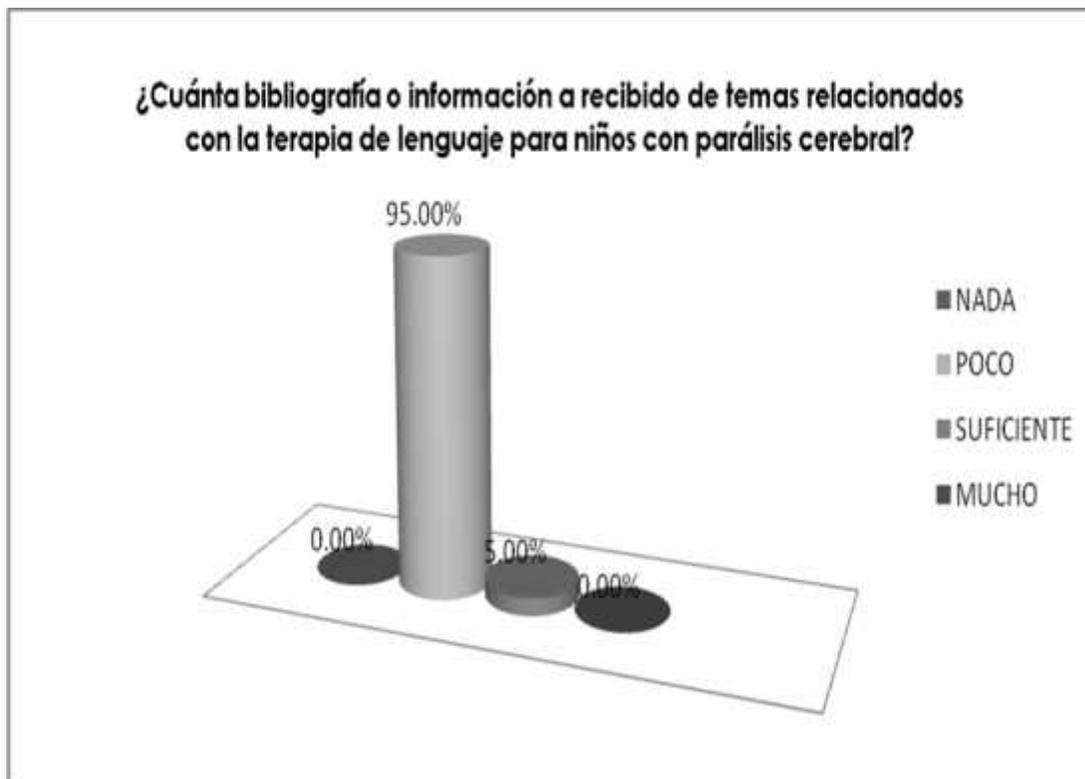
TABLA No. 7



Fuente: Entrevista realizada a 20 estudiantes de la carrera técnica de terapia de Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Tabla No. 7: La gráfica anterior nos muestra que el 80% de los y las estudiantes opinan que es necesario utilizar un método específico para trabajar terapia de lenguaje con niños afectados de parálisis cerebral. Las características de las personas afectadas de parálisis cerebral son muy particulares, esto dificulta el éxito en la rehabilitación del lenguaje al utilizar un método generalizado utilizado en la terapia con otra población. Un método diseñado específicamente para orientar el tratamiento de los niños con parálisis cerebral sería de mucha utilidad.

TABLA No. 8



Fuente: Entrevista realizada a 20 estudiantes de la carrera técnica de terapia de Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Tabla No. 8: El 95% de los estudiantes consideran que hasta el momento son pocos los conocimientos que han obtenido sobre terapia de lenguaje en la afección cerebral. Existe muy poca información acerca de métodos para trabajar con niños afectados de parálisis cerebral, esto dificulta el proceso de rehabilitación del lenguaje en esta población.

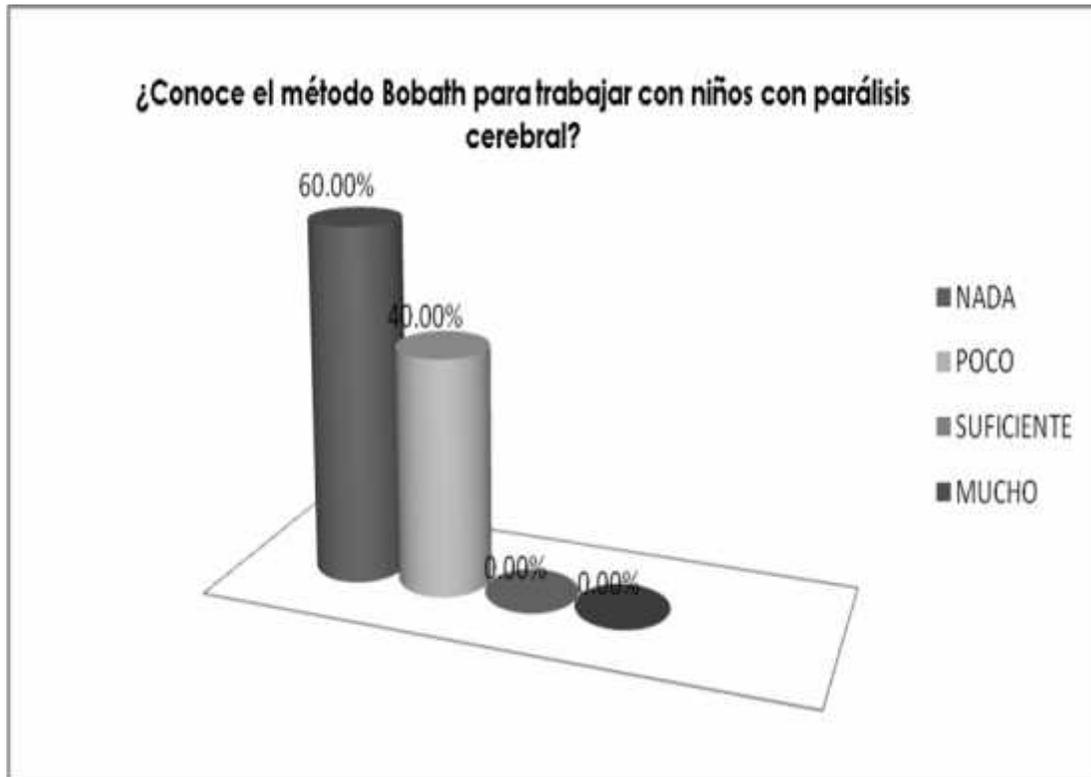
TABLA No. 9



Fuente: Entrevista realizada a 20 estudiantes de la carrera técnica de terapia de Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Tabla No. 9: En la gráfica podemos observar que la mayoría de los estudiantes el 85% tienen interés por adquirir más conocimientos sobre métodos para trabajar terapia de lenguaje con niños con parálisis cerebral. Las y los estudiantes de terapia de lenguaje muestran motivación por conocer nuevas técnicas y herramientas para trabajar con niños con parálisis cerebral demostrando así el valor que tendrá el método diseñado en la presente investigación para las y los futuros terapeutas de lenguaje.

TABLA No. 10



Fuente: Entrevista realizada a 20 estudiantes de la carrera técnica de terapia de Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Tabla No. 10: La gráfica nos muestra que, el 100% de los estudiantes posee poco o ningún conocimiento acerca del método Bobath para trabajar con niños afectados de Parálisis cerebral. La presente investigación será de gran ayuda para enriquecer los conocimientos de las y los estudiantes de terapia de lenguaje en la atención de niños con parálisis cerebral.

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA DE INFORMACIÓN DE LOS EXPERTOS

Los resultados de las entrevistas nos dan a conocer que la mayoría de profesionales trabajan con niños afectados con parálisis cerebral y todos dijeron que son capaces de ofrecerles beneficios en su terapia de lenguaje sin embargo, pocos profesionales conocen evaluaciones o pruebas especializadas que pueden utilizar en la terapia del lenguaje para esta afección. En cuanto a la metodología que utilizan los profesionales, cada uno utiliza una diferente por ejemplo adiestramiento a familiares para la estimulación constante en los niños, orientación logopédica, métodos basados en posturas inhibitorias, desensibilización del mecanismo del habla entre otras.

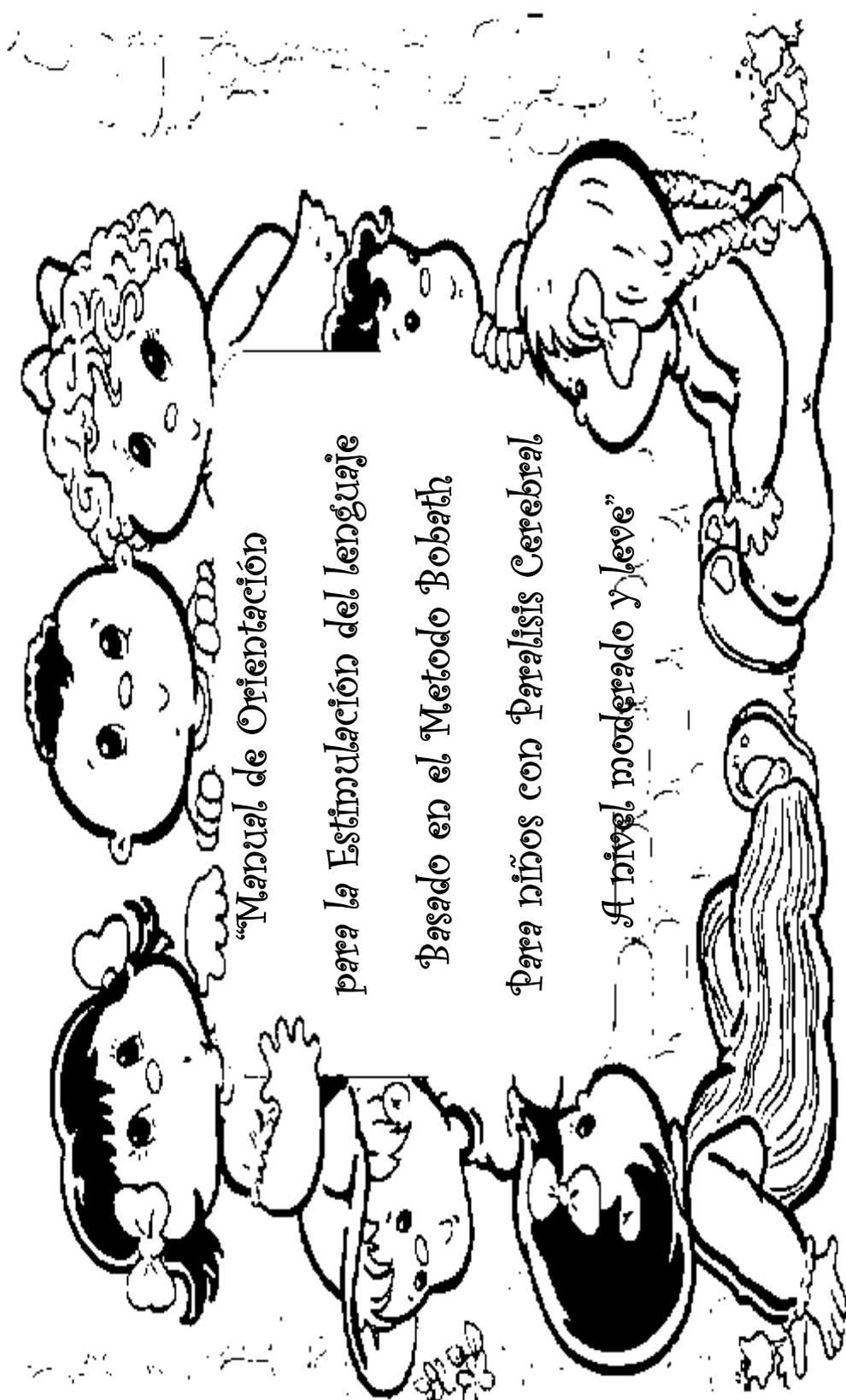
Todos los entrevistados concordaron que para trabajar en el tratamiento de los niños afectados de parálisis cerebral, había que trabajar con un equipo multidisciplinario como el fisioterapeuta, el neurólogo, educadores especiales, psicólogos, médicos y terapeutas ocupacionales. En lo que se refiere a rehabilitación los profesionales conocen ejercicios específicos para trabajar la afección de parálisis cerebral, aportando que es muy importante empezar la rehabilitación y el tratamiento desde una edad muy temprana para mejores resultados, mencionaron que un terapeuta del lenguaje debe poseer conocimientos de neurología para trabajar en la terapia del lenguaje. La mayoría de entrevistadas dijo que conocían el método Bobath, algunos mencionaron algunas técnicas y el método Doman para trabajar la terapia del lenguaje.

Los entrevistados se mostraron interesados en su mayoría, en conocer más acerca del método Bobath para aplicarlo adecuadamente, desean conocer sobre técnicas y evaluaciones para trabajar con pacientes con parálisis cerebral.

Los resultados de las entrevistas aplicadas muestran que los estudiantes de la carrera técnica de terapia de lenguaje y terapeutas de lenguaje profesionales atienden con frecuencia a niños/as y adolescentes diagnosticados con algún tipo de parálisis cerebral en diferente grado de afección. De acuerdo a los estudios bibliográficos realizados hemos encontrado que el 65% de los casos de niños afectados con parálisis cerebral presentan cierto grado de dificultades en el lenguaje, que varían desde errores mínimos de articulación hasta la imposibilidad para pronunciar palabras de forma inteligible. En general los niños paralíticos cerebrales van a presentar alteraciones tanto en la adquisición como en el desarrollo del lenguaje y problemas motores de expresión que afectan al habla y la voz

La mayoría de los y las estudiantes entrevistadas poseen limitados conocimientos acerca de esta afección y no cuentan con herramientas específicas para aplicar en estos casos que garanticen el éxito en la terapia y rehabilitación del lenguaje.

Según el criterio de los Bobath, cuando se trabaja con paralíticos cerebrales, es menester encarar el problema en su totalidad y no aislado, es necesario encarar el comportamiento verbal en relación con la conducta motora anormal del resto del cuerpo. Para poder garantizar el éxito en el tratamiento de niños y niñas afectados con parálisis cerebral es necesario utilizar un método específico tomando en cuenta las características de los diferentes tipos de parálisis las cuales son de vital importancia para guiar el tratamiento



*“Manual de Orientación
para la Estimulación del lenguaje
Basado en el Metodo Bobath
Para niños con Parálisis Cerebral
A nivel moderado y leve”*

“Manual de Orientación para la estimulación del lenguaje basado en el método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve”
Por: Liliana Albizurez y Kéren Nuñez

INDICE

Introducción.....	4
Presentación del manual.....	6
Objetivos.....	7
Recursos.....	7
Evaluación.....	8
1. EJERCICIOS DE NORMALIZACIÓN DEL TONO MUSCULAR BUSCANDO POSTURAS.....	9
• Ejercicios para la facilitación de posturas.....	10
○ Reflejos de mordida, deglución y masticación.....	10
○ Deglución atípica.....	11
○ Control de babeo.....	14
○ Movimientos faciales.....	16
○ Deglución y babeo.....	17
• Posición correcta de la boca.....	19
○ Sución masticación y masticación.....	21
○ Ejercicios de mandíbula.....	22
○ Ejercicios Linguales - Praxias.....	23



2. EJERCICIOS DE FONACIÓN Y VOZ.....	25
☞ Respiración y voz.....	26
☞ Fonación y voz.....	29
☞ Disminución de la nasalidad.....	30
☞ Ejercicios de sonidos vocales.....	32
☞ Modalidades rítmicas de vocalización.....	35
☞ Aprender a escuchar.....	36
3. EJERCICIOS DE ARTICULACIÓN LENGUAJE Y FLUIDEZ.....	39
☞ Ejercicios de articulación.....	40
☞ Articulación de fonemas.....	41
☞ Articulación de los sífonos.....	65
☞ Automatización de fonemas.....	66

INTRODUCCIÓN

Este manual es un estudio sobre el método Bobath, y como la terapia de lenguaje aspira a mejorar, por lo menos en cierta medida, los efectos de la lesión encefálica, esto puede dar al niño parálisis cerebral, en el cual no se acepta la locución normal acompañada de movimientos del cuerpo, y se enseña al niño a disociar poco a poco los movimientos de su mecanismo de fonación con respecto a los de su cuerpo. El niño con parálisis cerebral debe ser alentado a utilizar todos estos aspectos de la comunicación, junto con la vocalización y el lenguaje en toda su extensión. Es importante evitar la privación de las necesidades del niño y las preferencias tanto como sea posible, y permitir que el niño pueda expresarse mediante el uso de la vocalización, mirando o señalando.

Mediante el estudio sistemático y profundo de este método se tomó como base el mismo, y siguiendo sus principios y lineamientos se diseñó un programa de terapia de lenguaje que permitirá desarrollar en el niño parálisis cerebral un lenguaje inteligible, que le permita la inclusión en la sociedad. Consideramos necesario contar con un método y herramientas diseñadas especialmente, tomado en cuenta, las características específicas de los niños y jóvenes con parálisis cerebral y lograr así facilitar el trabajo del terapeuta de lenguaje y lograr la rehabilitación de las afectaciones del lenguaje, ayudando a reducir la frustración de los parálisis cerebrales, de no ser comprendido o escuchado, y acelerar el desarrollo del habla y la comprensión del lenguaje, utilizando alternativas como movimientos del ojo, el uso de la firma o apuntando a los símbolos e imágenes.

La técnica de Bobath desarrolla la reducción del habla a tres niveles:

- a) Reducción de los trastornos de los órganos de la alimentación (deglución: darle líquidos con una cuchara de bebé de la lengua, triturarle los alimentos; masticación: darle a masticar cosas duras y guiar su mandíbula; babiloo: enseñarle a tragar y a aprresar la mandíbula inferior sobre la superior)
- b) Reducción de los trastornos motores del habla (respiración: aprender a soplar, a aspirar, con o sin objetos; voz: movimientos bucoarticulares, lengua, labios, mejillas, velo del paladar)
- c) Reducción del léxico y la semántica: Asociación objeto-palabra, utilización del objeto, conversación acerca del objeto, ampliar el vocabulario, favorecer la expresión oral.

Para iniciar la terapia de lenguaje bajo los lineamientos del método Bobath existen una serie de prerrequisitos a considerar. Desde el punto de vista del componente motor del paciente, el tratamiento no se debe iniciar hasta que no se haya inhibido la actividad refleja anormal y el niño esté en condiciones de mover las partes de su cuerpo relacionadas con la emisión del lenguaje. El primer prerrequisito es que el paciente deba haber alcanzado un nivel de desarrollo mental, que indique que está en condiciones de aprender a hablar.

PRESENTACIÓN

El Manual de Orientación para la estimulación del Lenguaje Basado en el Método Bobath para Niños con Parálisis Cerebral a Nivel Moderado y Leve que presentamos es de carácter práctico y, ante todo, autoinstruccional. Es decir, aporta los elementos teóricos y prácticos necesarios para realizar el trabajo para el cual fue desarrollado.

El Manual está organizado de manera que el diseño e implementación ayude a la estimulación del lenguaje oral y a la adquisición y desarrollo de un sistema Alternativo/Aumentativo de comunicación, el desarrollo y optimización de la formación de lenguaje, habla y comunicación, mediante actividades, juegos, dinámicas, etc. Por medio del método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve.

La idea es en primer lugar evaluar las áreas más afectadas, para recorrer los pasos desde el principio conocido los puntos más débiles y los que debemos de reforzar para un mejor resultado.

Para poder aplicar este manual el niño (a) con parálisis cerebral debe estar evaluado, diagnosticado y en tratamiento por un terapeuta del lenguaje, que se dedique a trabajar con niños afectados con P. C para que pueda hacer uso adecuado del método.

"Manual de Orientación para la estimulación del lenguaje basado en el método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve"
Por: Liliana Albizurez y Kéren Nuñez

OBJETIVOS

- ✓ Crear técnicas de tratamientos para niños afectados por parálisis cerebral a nivel moderado y leve dirigido a terapeutas del lenguaje.
- ✓ Potenciación de los mecanismos básicos del lenguaje: audición, voz y articulación para los parálisis cerebrales.
- ✓ Favorecer el desarrollo de los procesos de comprensión y producción lingüística a través del método Bobath.
- ✓ Favorecer, mediante ejercicios diversos, los diferentes usos del lenguaje, de manera que se vayan desarrollando las principales habilidades y funciones lingüísticas de los parálisis cerebrales.
- ✓ Crear y estimular el desarrollo de situaciones de comunicación mediante ejercicios relacionados con el método Bobath.

RECURSOS:

- * Expresión corporal y teatro.
- * Material para la evaluación (hojas de evaluación y lápices)
- * Material para trabajar la respiración y el sopleo (pañitas, globos, silbatos...).
- * Material para trabajar las praxias y la discriminación auditiva (lotos fonéticos, lotos de acciones...).
- * Distintos juegos educativos (puzzles, dominós, de imágenes...).

* Material elaborado según los distintos cuentos (murales, láminas con la etiqueta y el personaje, papeles de periódico, globos...).

EVALUACIÓN

Es necesario realizar una detallada valoración del lenguaje del niño paralingüístico cerebral, esta valoración debe ser realizada específicamente por un terapeuta de lenguaje y si es posible con la participación de un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional. Como un requisito previo para realizar la valoración; el niño debe ser diagnosticado con algún tipo de parálisis cerebral en diferente grado por un médico especialista.

Esta evaluación es necesaria para determinar las áreas a trabajar en el plan de rehabilitación, está diseñada según los lineamientos del método Bobath y cubre cuatro aspectos principales a valorar, que son:

- A. Estructura y función de las partes del cuerpo que intervienen con los mecanismos del lenguaje (cabeza, cuello, hombros)
- B. Actividades vegetativas (succión, deglución, masticación y masaje)
- C. Función de los órganos fono articulares (mandíbula, labios, lengua y órganos que intervienen en la respiración).
- D. Aptitud para vocalizar y hablar.

EJERCICIOS DE NORMALIZACIÓN DEL TONO MUSCULAR

BUSCANDO POSTURAS



1) EJERCICIOS DE NORMALIZACIÓN DEL TONO MUSCULAR BUSCANDO POSTURAS

EJERCICIOS PARA LA FACILITACIÓN DE POSTURA

Objetivo: Se busca conseguir una postura lo más parecida a la posición normal, de manera que favorezca la emisión vocal en el niño con parálisis cerebral.



REFLEJOS: Mordida, nausea, deglución, masticación.

Objetivo: Fomentar los reflejos inhibidos o aumentados según sea la necesidad del niño.

☞ **Desensibilizando la boca:**

El terapeuta desensibiliza la boca del niño con ayuda de un depresor, tocando primero la punta de la lengua y pasando poco a poco sobre la zona media muy suavemente, para volver a la zona exterior y aplicarlo después alrededor de los labios.

☞ **Tocado la boca con cuchara:**

El terapeuta hace que el niño toque su boca con una cuchara con su ayuda frotándole los labios, y las encías, luego presionara la lengua y pasara por la mejilla y el borde de los dientes.

☞ **Haciendo presión:**

El terapeuta da a comer al niño una galleta, y si mientras lo está haciendo se desmenuzaba el reflejo de mordida, no se le debe intentar sacar la cuchara, dado que el reflejo se incrementará. Lograremos la inhibición del reflejo haciendo presión sobre la mandíbula del niño.

☞ **Favorecer la correcta deglución:**

El terapeuta inclina la cabeza del niño hacia adelante y coloca un pedazo de pastel sobre la punta de su lengua, se observa si es capaz de llevarse lo hacia los molares, moviendo la lengua y mastícarlo.

☞ **Juego e iniciación de tragar:**

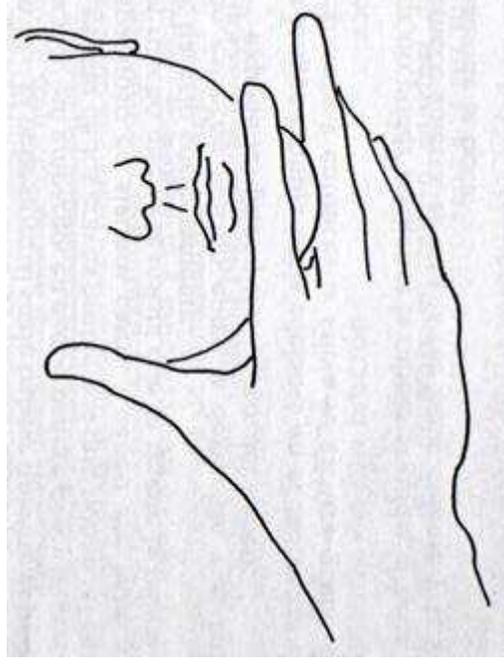
El terapeuta da al niño una tira de jorjón serrado del tamaño de un dedo, de tal manera que se introduzca una parte en la boca del niño y la otra parte sea sujeta por el terapeuta, ayudándole a controlar la mandíbula, se potencia que el niño mastique y extienda su jugo ensañándole a tragar.

PROFUSIÓN LINGUAL

Objetivos: Reducir la protrusión de la lengua, aumentando el tono muscular de la boca y de la cara, la sensibilidad oral, afinando los movimientos de los labios y mejorando los movimientos de la mandíbula y la lengua.

☞ **Realizando gestos:**

El terapeuta debe realizar gestos o presiones en el niño accionando sus manos, sus brazos, sus hombros, el cuerpo y el



“Manual de Orientación para la estimulación del lenguaje basado en el método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve”
Por: Liliana Albizurez y Kéren Nuñez

cuello con un pañito algodón rugoso (tipo toalla).

☞ **A frotar:**

Al igual que en el ejercicio anterior el terapeuta con esos mismos movimientos firmes y ese mismo paño, empezará a frotar suavemente ambos lados de la cara, la frente, la mejilla, e irá avanzando gradualmente hacia el centro de la cara del niño.

☞ **Practicando el beso:**

El terapeuta debe practicar el movimiento del beso pasando suavemente de la posición de sonrisa a la de beso.

☞ **Masaje:**

El terapeuta aplicará un masaje a las mejillas con movimientos circulares, en especial alrededor de la lengua del niño.

☞ **Labio cerrado.**

Con los dedos, el terapeuta mantendrá cerrados el labio superior e inferior del niño mediante una presión firme manteniéndolo así durante un par de minutos y luego lo soltará.

☞ **Tirando hacia abajo:**

Con el pulgar y el índice, el terapeuta tirará hacia abajo del labio superior del niño, empezando por debajo de la nariz y siguiendo hacia el borde del labio superior pero sin llegar a tocarlo. Se hará lo mismo con el labio inferior desde la barbilla hasta el labio. Si es preciso, se sostendrá la mandíbula.

☞ **Presionando la mandíbula**

El terapeuta presionará los labios del niño manteniéndolos juntos, apretando un dedo debajo de la nariz y el otro por debajo del labio inferior; hará girar los dedos hacia los labios.

DEGLUSIÓN ANTÍPICA

Objetivo: Facilitar la deglución con maniobras adecuadas a la capacidad individual de masticar y deglutir.

☞ **Tomando un pequeño sorbo de agua:**

El terapeuta dará a tomar un pequeño sorbo de agua al niño y debe controlar cuidadosamente cuando tragó si junta los dientes, si mueven los labios y dónde está la punta de la lengua.

☞ **Controlando cuando tragó**

El terapeuta observará en el niño cuando tragó agua si contacta la punta de los labios juntos, los dientes posteriores en contacto, la punta de la lengua contra el paladar, por detrás de los incisivos superiores si la lengua no se mueve hacia adelante, si los músculos masticatorios están trabajados.

☞ **Manteniendo la galleta:**

El terapeuta colocará un trozo de galleta sobre la punta de la lengua, y lo llevará hacia el paladar detrás de los incisivos del niño tratará de mantener la galleta en ese punto, juntando los dientes de atrás y los labios en contacto, por último se tomará el tiempo en un reloj.

☞ **Disolviendo una pastilla de dulce:**

El terapeuta colocará una pequeña pastilla sobre la punta de la lengua del niño y lo llevará al paladar detrás de los incisivos superiores y hará presión, lo mantendrá ahí hasta que se disuelva.

☞ **Pronunciado la T en el espejo:**

El terapeuta colocará al niño delante de un espejo, le pedirá que pronuncie la T y observará la acción de la lengua cuando se pronuncia la T, cinco veces. Tratará de que la lengua no toque los dientes superiores y se coloque detrás

de estos. Se hará lo mismo con la K. Se debe notar cómo la lengua se mueve hacia arriba en la T y cómo en la K la punta no debe tocar los incisivos superiores.

☞ **Practicando los sonidos:**

El niño debe practicar el sonido /tsk, tsk...pop/ con ayuda del terapeuta practicado como si fuera un ejercicio musculare, haciendo un sonido explosivo cuando baja la lengua. Recordando que debe tocar por detrás de los incisivos superiores.

☞ **Cha cha cha- chu chu chu:**

El niño debe juntar los dientes posteriores diciendo /cha...cha...cha...cha/. Tragar decir /chu...chu...chu/, tragar y así sucesivamente con ayuda del terapeuta.

☞ **Entrenando los músculos de la masticación:**

El terapeuta debe poner las manos delante de los oídos para sentir los músculos de la masticación cuando muerde una galleta sentirá si muerde fuerte con los molares y si se sienten los movimientos de los músculos trabajando al tragar.

CONTROL DE BABEO

Objetivo: Reducir el babeo en sus tres formas como el babeo por olas o con gran volumen de saliva, el babeo como hilo continuado y el babeo en pequeñas gotas.

El movimiento circular:

El terapeuta realizará un movimiento circular con el dedo pulgar en el niño, haciendo masaje en la zona entre el labio inferior y la barbilla.

"Manual de Orientación para la estimulación del lenguaje basado en el método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve"
Por: Liliana Albizurez y Kéren Nuñez

☼ **Presiona y suelta:**

El terapeuta debe presionar y soltar con el dedo en las zonas entre la boca y la nariz y debajo del labio inferior del niño, repetidas veces.

☼ **Pelizco:**

El terapeuta debe pelizcar la cara suavemente con ambas manos al niño.

☼ **Inferior y superior:**

El terapeuta debe apretar la mandíbula inferior contra la superior del niño.

☼ **Masajes suaves con el pulgar:**

El terapeuta dará masajes al niño, en el cuello con un movimiento de arriba a abajo suavemente con el pulgar.

☼ **Presionando la lengua:**

El terapeuta debe dar pequeñas presiones en la punta de la lengua del niño.

☼ **Movimientos circulares:**

El terapeuta debe dar movimientos circulares al niño, alrededor de los labios, varias veces seguidas en cada dirección.

☼ **Gota a gota:**

El terapeuta debe darle al niño agua gota a gota con una espátula detrás y delante de los dientes, cerrarle la boca y darle masajes en el cuello.

MOVIMIENTOS FACIALES

Objetivos: Favorecer la fortaleza de la movilidad de los músculos faciales. Conservar una postura lo más parecida a la posición normal, de manera que se favorezca la emisión vocal, haciendo que el tono muscular se regule.

☉ Guiñando los ojos

El terapeuta guñará el ojo, y luego le propondrá al niño que guñe el ojo con el fin de imitar la movilidad facial del terapeuta.

☉ Cerrando y abriendo los ojos

El terapeuta le propondrá al niño que abra y cierre los ojos unas veces más lento y otras veces más rápido.

☉ Frustrando la frente

El terapeuta le dirá al niño que frunza la frente, con la sensación por ejemplo de estar asustado, o enojado o sorprendido.

☉ Haciendo muecas

El terapeuta le pedirá al niño que haga muecas como por ejemplo: boca malhumorada, boca cometa, carrillos hinchados, entre otras.

☉ Siguiendo al dibujo

El terapeuta mostrará un dibujo o un objeto y le pedirá al niño que lo siga con la vista sin mover la cabeza.

☉ Diciendo (o)

El terapeuta colocará las manos a cada lado de la boca del paciente con la boca a vista, sin cerrar la el paciente deberá expandir los labios hacia el costado y hacia el centro formando un círculo y diciendo o . .

☼ **Formando un círculo**

El terapeuta colocará los puños contra las mejillas a cada lado de la boca del paciente, le pedirá que abra la boca para empezar a realizar movimientos circulares, el paciente no deberá cerrar la boca sin cerrarla. Tratará de expandir los labios hacia el costado y volver al medio formando un círculo con los labios.

Materia: espejo, objeto, dibujo

DEGLUCIÓN Y BABEO

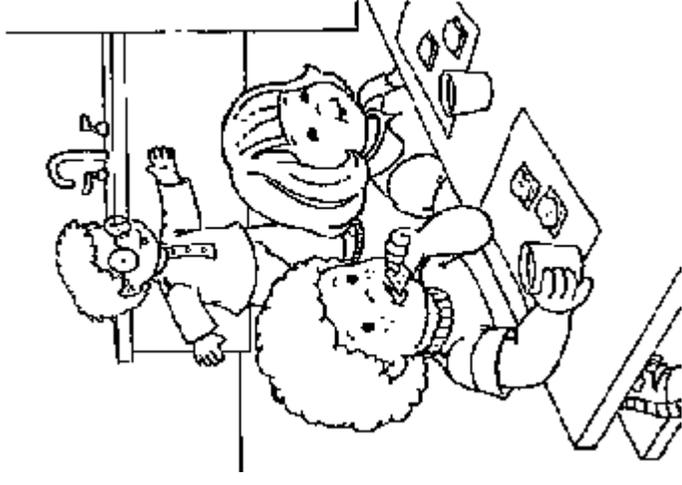
Objetivos: Disminuir el babeo y aumentar el control en la deglución y babeo.

☼ **Deglución refleja:**

Con una jeringueta el terapeuta debe tirar un chorrito de agua en el velo del paladar del paciente para estimular una deglución involuntaria.

☼ **Chorritos:**

El paciente debe colocarse con la cabeza mirando al cielo, y el terapeuta debe tirar agua con la jeringa en la parte posterior de la boca para que el paciente haga degluciones voluntarias.



☞ **Líquido por medio de una cucharita**

El terapeuta deberá darle líquidos por medio de una cucharita al paciente que deberá estar en posición vertical. El líquido se pone debajo de la lengua y luego se le inclina la cabeza adelante para que el niño mueva los labios y la lengua a fin de tragarlo.

☞ **Agua en el centro de la lengua**

El terapeuta sítia agua en el centro de la lengua del paciente. Este posiciona su parte anterior en los pliegues palatinos y con la boca abierta, aprieta contra el paladar haciendo movimientos linguales adelante y atrás para llevar el agua hacia la faringe.

☞ **Saca poco a poco**

El terapeuta introducirá una cucharita en la boca del paciente con alimentos , lo cual se saca poco a poco hacia afuera , hasta conseguir que el paciente mueva los labios y la lengua para agarrar el alimento y tragarlo.

☞ **Deglución con bajalengua:**

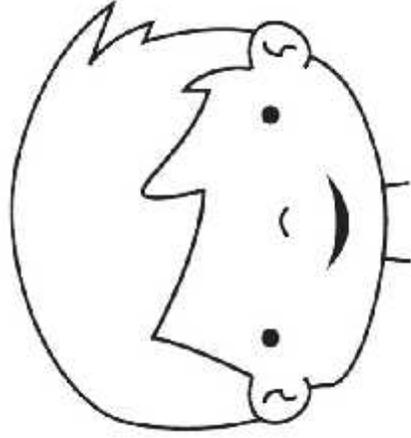
Poner el bajalengua entre los dientes del niño para que pueda deglutir la saliva.

☞ **Practicar estornudos.** Observar dónde va la punta de la lengua y si no avanza por delante de los dientes. * Juntar los dientes posteriores. Decir /cha....cha....cha/. Tragar. Decir /chu...chu...chu/. Tragar.

☞ **Reteniendo**

El paciente deberá retener por un rato agua entre la lengua y el paladar y posteriormente deglutirla.

Materiales: agua, paletas, bajalengua, bombones, cucharita, papilla, pastel, jeringa, entre otros.



POSICIÓN CORRECTA DE LA BOCA

Objetivo: Lograr mantener en una posición adecuada la mandíbula, nariz, labios y lengua.

La boca desempeña un papel de primordial importancia en la articulación de las palabras de la voz hablada y cantada. Por medio de un hábil empleo de los órganos bucales, principales transformadores del sonido, se logra también modificar el color y la sonoridad de la voz. La libertad y la facilidad en la articulación dependen en gran parte de la Posición y de la postura de la boca. Estos reciben el sonido a su salida de la laringe y tienen la temible misión de realizar al máximo sus posibilidades, dirigiéndolo hacia los resonadores y proporcionándole la poderosa ayuda de una buena articulación.

POSICIONES CORRECTAS QUE SE DEBEN DESARROLLAR

- ☞ **La Mandíbula inferior** debe estar libre de toda contracción pudiendo descender y ascender con soltura, sin alterar el sonido. Debe poner su adaptabilidad a entera disposición de la voz, para los ascensos y descensos, así como para la articulación.
- ☞ **La Lengua** blanda y pasiva en los sonidos mantenidos, firmes y vivaces para la articulación, debe volver siempre rápidamente a su lugar habitual, que es el fondo de la mandíbula inferior con la punta apoyada contra los incisivos inferiores. Esto es lo que se produce automáticamente en el habla, pero si observáramos mejor el mecanismo de la

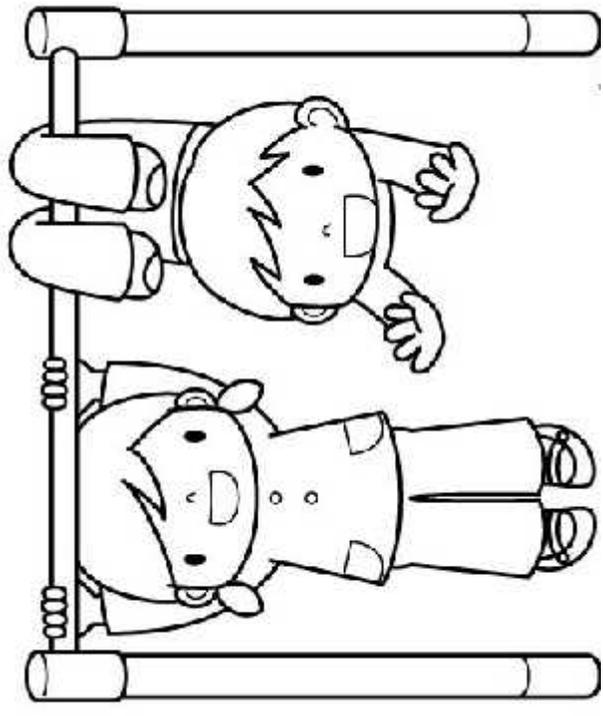
"Manual de Orientación para la estimulación del lenguaje basado en el método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve"
Por: Liliana Albizurez y Kéren Nuñez

palabra, nos parecería mucho más sencillo cantar. Como bien sabemos la lengua en uno de sus extremos es delgado y libre y en el otro es una gruesa masa de carne. Nosotros tenemos en el fondo de la garganta un grueso trozo de lengua, dispuesto en cualquier momento a atajar el sonido y a impedir el ascenso del aire hacia los resonadores.

Efectuando ejercicios con la lengua fuera de la boca, se libera el paso del aire y los sonidos pueden entonarse, sin obstáculo alguno, encontrando el camino de los resonadores.

☞ **El paladar Blando o Velo del Paladar** Tiene una misión muy importante en la producción de la voz: al elevarse obtura las fosas nasales, libera el fondo de la garganta y asegura de este modo un sonido "redondo" opuesto al sonido estridente y áspero. Para que te des cuenta del mecanismo del paladar blando, basta mirarse el fondo de la garganta en un espejo y bostezar. El desconocimiento del empleo del paladar blando es el principal causante de las voces chatas y aplastadas.

☞ **Los Labios** deben tener toda la soltura y la firmeza requeridas por la pronunciación. El sonido no depende en absoluto de *contracciones* de los músculos faciales, es decir que no hay que ayudarse de ninguna *muñeca* para lograr el sonido: labios pegados a los dientes, boca en forma de corneta, etc.,.....



SUCCION, MASTICACIÓN Y MASCASIÓN

Objetivo: Mejorar el control de la succión y la masticación y favorecer la masticación por medio de ejercicios.

SUCCIÓN:

☼ Colocado un bombón

El terapeuta inclinará la cabeza del paciente hacia adelante y le colocará un bombón en la punta de la lengua, se observará si es capaz de llevarlo a los molares moviendo la lengua y masticarlo.

☼ Succionado un caramelo

El terapeuta le dará al paciente una barra de caramelo de paletas grandes o chupetes de caramelo mientras y el paciente intentará succionar cada uno de ellos los caramelos serán de diferentes sabores.

☼ Succionado fresco

El terapeuta realizará un ejercicio de succión de fresco por medio de una jeringa.

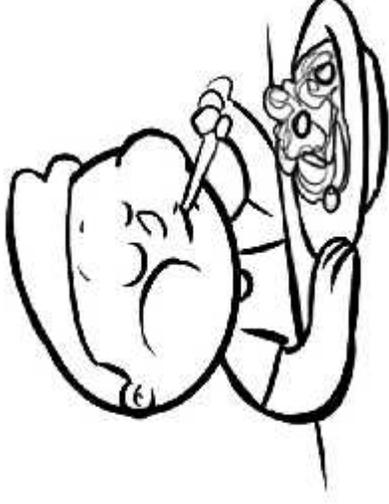
☼ Transportando papelititos

El paciente tratará de transportar papelititos de un lado a otro por medio de la succión con una pajilla.

MASTICACIÓN:

☼ Mordiendo

Se realizarán distintos ejercicios utilizando mordedores de distinta rugosidad y dureza con ayuda del terapeuta por ejemplo bññ lenguas,



bombones, y de plástico.

☞ **Apretando las mandíbulas.**

El terapeuta deberá ayudar al niño a cerrar la boca apretándole las mandíbulas para ayudarlo a comer con la boca cerrada utilizando cortezas de pan y galletas.

☞ **La corteza de pan**

El terapeuta debe estimular la masticación del niño colocando una corteza de pan entre sus dientes de la cual tirara ligeramente y también puede mover la corteza de pan contra los bordes de sus dientes para estimular la masticación.

MASCASÓN:

- ☞ Masticar un chicle, alternando el lado izquierdo y el derecho, con los labios cerrados.
- ☞ Masticar con los labios juntos un chicle-
- ☞ Sostener un depresor con los molares.

EJERCICIOS DE MANDÍBULA

Objetivo: Mejorar el movimiento de la mandíbula sin que se desvíe hacia los lados.

☞ **Masaje digital**

El terapeuta ejercerá un masaje digital energético sobre los músculos externos de la mandíbula para que pueda abrir y cerrar la boca a voluntad, luego el terapeuta ejercerá el mismo masaje energético pero a modo de vibraciones.

☘ Lento y rápido

El terapeuta motivará al niño a abrir y cerrar la boca lentamente luego a que la abra y cierre la boca rápidamente..

☘ Cantando opera

El terapeuta ayudará al niño a abrir y cerrar la boca exageradamente como imitando a un cantante de ópera.

☘ Muecas de payasos

El terapeuta moverá la mandíbula del niño de derecha a izquierda, haciendo como payasos, luego el niño intentará hacerlo solo.

☘ Masticando chicle

El terapeuta dará al niño un chicle para que lo mastique, ira alternando el lado izquierdo y el derecho, con los labios cerrados masticando el chicle.

☘ Suavemente restregar la mandíbula lo más posible.

EXERCICIOS LINGUALES – PRAXIAS

Objetivo: Mejorar la tonicidad. Conseguir una correcta posición de la lengua tanto en reposo como en deglución.

☘ Ritmos de la lengua:

El niño debe sacar y meter lengua de la boca a distintos ritmos con ayuda del terapeuta primero lentamente y luego poco a poco más rápido.



☞ **Tocado los labios verticalmente**

El terapeuta colocará azúcar sobre el labio superior del niño, y el debe tocar los labios con la lengua mediante movimientos verticales hacia arriba.

☞ **Girando la lengua**

El niño intentará realizar movimientos giratorios de la lengua en el inferior de la boca.

☞ **Vibrando la lengua**

El niño deberá imitar al terapeuta y deberá intentar vibrar la lengua entre los labios.

☞ **La gómita**

El terapeuta introducirá en la punta de la lengua de la lengua del niño una gómita la cual deberá retenerla con la boca abierta sin que toquen los dientes ni los labios y sin levantarla, entonces la lengua se ensanchará y la gómita se retirará sola.

☞ **Intentando degustar un caramelo**

El terapeuta se situará a diferentes distancias y posiciones (izquierda, derecha, arriba, abajo, respecto a la boca del niño) y el niño intentará alcanzar el caramelo con la boca para comérselo.

☞ **Juntando migas de pan**

El terapeuta colocará migas de pan sobre un plato y el niño intentará juntarlas únicamente con la lengua.

☞ **Pasando la lengua.** Se le pedirá al niño que pase su lengua entre los dientes y los labios de izquierda a derecha y de inferior a superior.



EJERCICIOS DE MOVIMIENTO Y FONACIÓN



“Manual de Orientación para la estimulación del lenguaje basado en el método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve”
Por: Liliana Albizurez y Kéren Nuñez

RESPIRACIÓN Y VOZ

Ejercicios de Respiración

Objetivo: Facilitar el control de la respiración, inhibir patrones anormales de respiración, automatizar el proceso y uso correcto de los músculos que intervienen en la respiración y en la emisión de la voz.

🌀 Ángeles

Colocar al niño(a) acostado(a) boca arriba sobre la colchoneta, pedir que realice una inspiración nasal profunda y una espiración bucal lenta subiendo y bajando los brazos, asociando estos movimientos al proceso de respiración.

🌀 Presionando y relajando

Colocar al niño(a) en decúbito supino con las piernas flexionadas. Si la cabeza está en extensión, se colocará aldo bajo la nuca. Con una mano colocada sobre la parte superior del tronco y la otra sobre el diafragma, se acompañarán los movimientos de la respiración ejerciendo presión y relajando.

🌀 Flexionando las piernas

Colocar al niño(a) en posición decúbito dorsal, con flexión de piernas y los pies contra la pared: inspiración nasal lenta y profunda y espiración bucal. Inspiración nasal lenta y profunda y espiración bucal, al mismo tiempo que se flexionan ambas piernas sobre el tronco.

🌀 Incando la pared

Colocar al niño en posición sentada e inclinada suavemente hacia la pared: inspiración nasal lenta y profunda y espiración bucal. Inspiración nasal lenta y profunda apoyando el cuerpo contra la pared, y espiración bucal, al mismo tiempo que se dirige el cuerpo hacia delante hasta la posición vertical del tronco.

Respirando a gatas

Esta actividad está indicada para niños que tengan el tono muscular algo bajo. Hacer que respiren en posición de gáto, eventualmente se puede aplicar tapping sobre los abdominales (pequeños golpes con los dedos). Inspirar el aire con la cabeza en extensión, y expirar al volverla a la posición horizontal. De esta manera fortalecemos los músculos del tronco y mejoramos su respiración.

La pelota

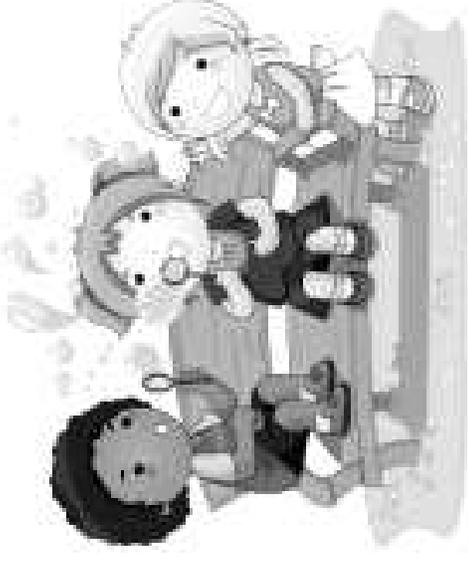
Colocar al niño(a) en la posición decúbito ventral (prona) extendiendo bien la columna y los brazos a lo largo de la cabeza, se coloca una pelota de hule de tamaño mediano sobre la espalda del niño(a), se le pide que realice una inspiración nasal profunda y observe como la pelota se mueve hacia arriba, luego pedir al niño(a) que realice una respiración bucal, ayudar a realizar presiónado sobre los omóplatos con la pelota.

Brazos arriba y abajo

Colocar al niño(a) en posición decúbito supino con las piernas estiradas mover sus brazos hacia arriba durante la inspiración nasal profunda y hacia abajo acompañando la respiración bucal lenta y constante.

La pluma

Colocar al niño(a) en posición decúbito supino con las piernas estiradas pedir al niño(a) que realice una inspiración nasal profunda y luego una respiración bucal acompañada de la fonación de los fonemas /f/ o /s/ frente a una pluma, observando el movimiento de la misma.



La esfera

En posición decúbito supino con las piernas flexionadas, colocar una esfera de durport colgando de una lapa sobre el rostro del niño, luego pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y una espiración bucal lenta y regular soplando la esfera para moverla.

Presionando y relajando

En posición decúbito supino con las piernas flexionadas, El terapeuta colocara una mano a cada lado a nivel de las costillas del niño(a) y se acompañara la respiración presionando y relajando. El niño(a) deberá realizar una inspiración nasal profunda y una espiración bucal regular lenta.

La vela

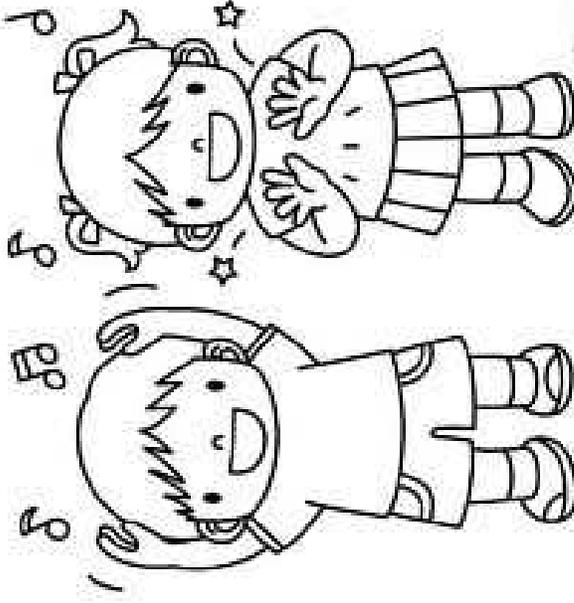
Colocar al niño(a) en posición decúbito lateral a derecha y a izquierda, pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y una inspiración bucal regular lenta moviendo con el aire que espira la llama de la vela colocada al frente.

Dibujar círculos

Sobre una silla, para evitar el bloqueo, estirar los brazos y rotar a los lados realizando la inspiración nasal profunda hasta llegar al centro para realizar una espiración bucal lenta y regular.

El gorgorito

Colocar al niño(a) sentado(a) sobre los talones, extendiendo la columna y los brazos y flexionando la cadera, pedir al niño(a) que realice una inspiración nasal profunda y una espiración bucal lenta y regular haciendo sonar el gorgorito.



❖ A E I O U

Colocar al niño(a) de pie apoyado(a) en una pared, controlando que la cabeza tenga una posición correcta y el peso del cuerpo se apoye bien, realizar una inspiración nasal profunda y espirar por la boca de forma lenta emitiendo fonemas vocales, verificar que la respiración sea regular y coordinada con la voz.

❖ EJERCICIOS DE FONACIÓN Y VOZ

Objetivo: Facilitar la resonancia correcta, conseguir un inicio vocal adecuado, facilitar las variaciones de tono y las inflexiones de la voz y conseguir un tono vocal apropiado.

❖ La mosca

Pedir al niño(a) que emita un sonido, con la boca cerrada, como si fuera una mosca. Los labios están suavemente en contacto, los dientes no y debe notar la vibración en la parte de arriba del paladar y no en la laringe.

❖ Rodando la pelota

Combinar emisiones mantenidas de voz y proyección. Todo ello asociado con palabras de dos y tres sílabas, en secuencias más o menos largas: pap, bam, boom, bim, bimbom, bimbum, etc. Acompañando la emisión rodando una pelota hacia el terapeuta.

☞ Series automáticas

Combinando diferentes estilos de entonación según el niño(a) se le pide que emita series automáticas: números, días de la semana, etc.

☞ Subiendo y bajando el volumen

Hacer emisiones de sonidos sencillos (sílabas y palabras) en volumen creciente y decreciente.

☞ Fuerte y bajo

El terapeuta emitirá siempre el sonido fuerte y el niño(a) el suave. Emisión de sílabas. Por ejemplo: el terapeuta dice fuerte MA MA MA y el niño emite suave ma ma ma

DISMINUCIÓN DE LA NASALIDAD

Objetivo: Mejorar la calidad de la voz del paciente por medio del relajamiento de los músculos del paladar blando.

☞ Cabeza hacia atrás

Para relajar los músculos del paladar colocar al niño(a) en posición decúbito supino con las piernas flexionadas y columna extendida, El terapeuta debe sujetar la cabeza del paciente hacia atrás, y el paciente debe realizar una inspiración profunda por la nariz y una espiración lenta y regular por la boca, acompañar el ejercicio con música relajante.

☞ Masticando

Colocar al niño(a) en posición decúbito supino con las piernas flexionadas, luego consiga mover la lengua junto con el maxilar inferior como en el masajeo. Asegurándose que los hombros, la cabeza, el cuello y la mandíbula se encuentren en posición correcta.

☞ Mascando chicle

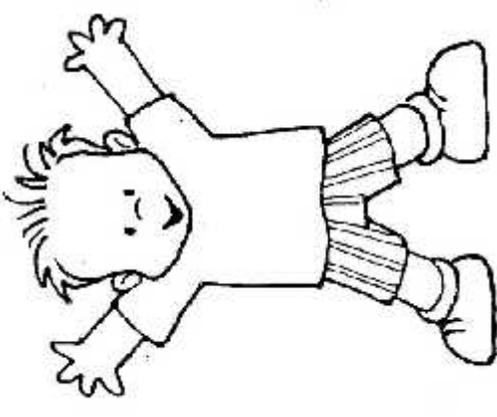
Colocar al niño(a) en posición decúbito lateral a derecha y a izquierda, pedir al niño que imagine que come una goma de mascar y realice el movimiento de masticado moviendo la lengua junto al maxilar inferior.

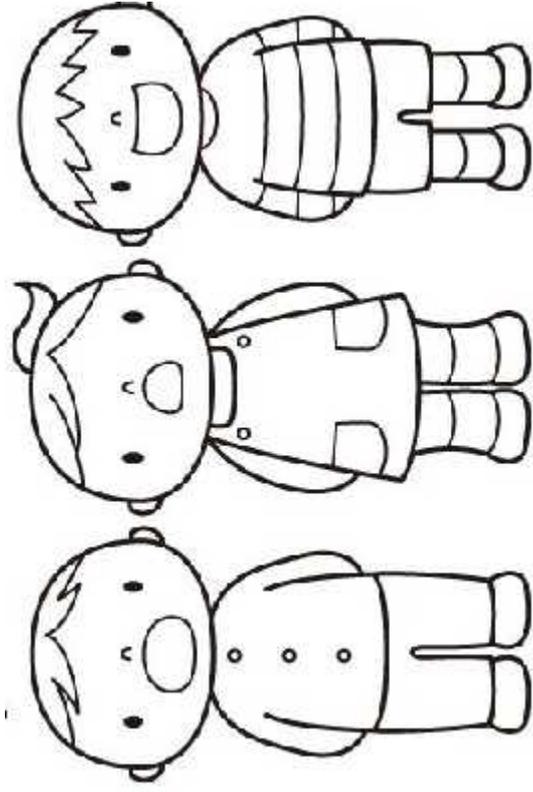
☞ Mascando y vocalizando

Colocar al niño sentado frente a un espejo asegurándose de que los hombros, la cabeza, el cuello y la mandíbula se encuentren en posición correcta, pedir al niño que imite mastegar un alimento y al mismo tiempo intente emitir el fonema /a/.

☞ Bostezar

Colocar al niño(a) en posición sentada, pedir al niño que imite un bostezo, apretando las manos mientras bosteza y aflojando las manos cuando el bostezo termina.





EJERCICIOS DE SONIDOS VOCALES

Objetivo: Desarrollar en los niños la capacidad para emitir vocalizaciones dissociando los movimientos de los músculos faciales y corporales.

El globo

Colocar al niño en la posición decúbito ventral (prona) se extiende bien la columna y los brazos a lo largo de la cabeza, realizar una inspiración nasal profunda y una espiración bucal emitiendo una vocal (/a/, /o/, /u/) hasta que se aprecie esfuerzo por emitir la misma, la terapeuta infla un globo, cuando el paciente empieza a emitir el fonema la terapeuta deja escapar aire del globo haciendo coincidir con el tiempo que dura el niño emitiendo el fonema.

Rodando la pelota

Colocar al niño en la posición decúbito ventral (prona) se extiende bien la columna y los brazos a lo largo de la cabeza, se le muestra al niño una pelota y se le pedirá que realice una inspiración nasal profunda y una espiración bucal emitiendo una vocal (/a/, /o/, /u/) de forma sostenida hasta que la pelota llegue rodando hasta él.

La paleta

Decúbito supino con las piernas estiradas, colocar una paleta de tamaño mediano sobre los pies del niño, pedir al niño(a) que realice una inspiración nasal profunda y luego una espiración bucal emitiendo los fonemas (/a/, /o/, /u/)

un fonema por ejercicio, el terapeuta debe mover la palata de forma lenta de los pies a la cabeza del niño(a), al llegar a la cabeza el niño(a) deberá detenerse.

☞ Subiendo el volumen

Colocar al niño en la posición decúbito ventral (prona) se extiende bien la columna y los brazos a lo largo de la cabeza, colocar una grabadora a un costado del niño(a) con la música favorita de él a poco volumen. Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y una espiración bucal emitiendo la vocal /a/ y aumentar el volumen según aumente el volumen de la grabadora.

☞ Trinando el glóbulo

En posición decúbito supino con las piernas estiradas, el terapeuta colocara en lo alto un glóbulo a la vista del niño y le pedirá que realice una inspiración nasal profunda y una espiración bucal lenta y regular emitiendo los fonemas /a/, /o/, /u/ (una vocal por ejercicio) al observar que el glóbulo empieza a descender y se detendrá hasta que toque su nariz.

☞ La pandereta

En posición decúbito supino con las piernas flexionadas, pedir al niño(a) que coloque los brazos estirados sobre su cabeza, colocar una pandereta en el piso a los costados de su cadera, luego pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y al momento de realizar la espiración mover sus brazos hacia delante emitiendo un fonema vocal de forma lenta hasta que sus manos hagan sonar la pandereta.

☞ Práctico el volumen

En posición decúbito lateral a derecha y a izquierda, colocar a un costado del niño(a) una grabadora con volumen alto, pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y una espiración bucal lenta emitiendo el fonema /a/, /o/, /u/, (un fonema por ejercicio) iniciando con un volumen alto y bajarlo conforme la música.

☞ Haciendo espirales

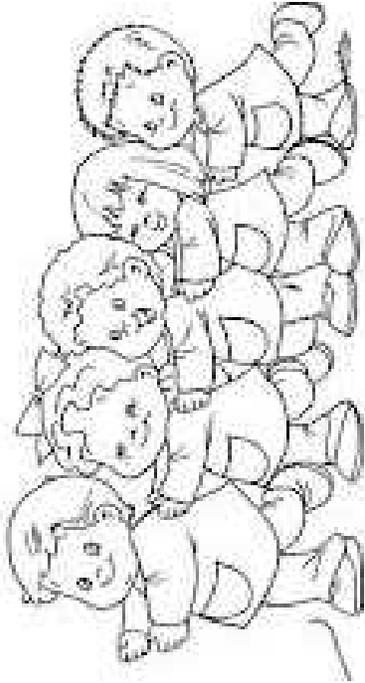
Sentar al niño(a) en una silla, el terapeuta se colocara frente a él con un cartel dibujado, luego le pedirá al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego espire de forma lenta emitiendo los fonema /e/, /i/, de forma ascendente mientras el terapeuta repasa el espiral de dentro hacia fuera, y de forma descendente si el terapeuta repasa el espiral de afuera hacia adentro.

☞ Dibujando picos

Sentado(a) el niño(a) en una silla, el terapeuta se colocara frente al niño con un cartel con trazos en forma de picos, el terapeuta le pedirá al niño que realice una inspiración nasal profunda y una espiración bucal lenta y regular acompañada de la fonación de cada una de las vocales, cambiando de vocal e intensidad según el terapeuta cambie la dirección del trazo.

☞ Cascabeles

Colocar al niño(a) de pie apoyado en una pared con los brazos estirados hacia arriba, conrolado que la cabeza tenga una posición correcta y el peso del cuerpo se apoye bien, colocar en las muñecas del niño(a) un listón con cascabeles, luego pedir al niño(a) que realice una inspiración nasal profunda y espire por la boca de forma lenta emitiendo los fonemas /a/, /o/, /u/, /e/, /i/ pasando por cada uno hasta golpear con los cascabeles sus muslos.



🌀 En marcha

Caminado de forma coordinada inspirar por la nariz y espirar por la boca emitiendo los fonemas /a/, /o/, /u/, /e/, /i/ uno a uno hasta llegar a la meta.

NOTA: En los ejercicios anteriores es necesario que el terapeuta preste atención a que cuando el niño(a) vocalice mantenga suelta la mandíbula, el mover el maxilar inferior con velocidad al cambiar de fonema es de importancia para la correcta articulación.

MODALIDADES RÍTMICAS DE VOCALIZACIÓN

Objetivo: Que el niño(a) adquiera la capacidad de iniciar e interrumpir la actividad fonatoria y adquirir la inflexión.

🌀 Juego de pelota

Colocar al niño(a) sentado en una silla frente al terapeuta, el cual deberá tener una pelota pequeña en sus manos, pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego junto a la espiración bucal lenta emita los fonemas en el siguiente ritmo, ha-ha-ha, ho, ho, al compás de la pelota que el terapeuta pasará de una mano a otra.

🌀 Palmas

Colocar al niño(a) sentado en una silla frente al terapeuta, luego pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y acompañe la espiración emitiendo los fonemas /e/, /i/ en el siguiente ritmo he,he,hi - he,he,hi... el terapeuta acompañará la fonación con palmas.

"Manual de Orientación para la estimulación del lenguaje basado en el método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve"
Por: Liliana Albizurez y Kéren Nuñez

☞ Rebotando la pelota

Colocar al niño sentado frente al terapeuta, el cual le pedirá al niño que realice una inspiración nasal profunda y emita junto a la espiración los fonemas /a/, /u/ en el ritmo siguiente ha, hu, ha- ha, hu, ha-... el terapeuta acompañará el ejercicio rebotando la pelota.

☞ La pañadetereta

Colocar al niño sentado frente al terapeuta, el cual le pedirá al niño que realice una inspiración nasal profunda y emita junto a la espiración los fonemas /o/, /e/, /i/ en el ritmo siguiente hooooooooo, heeee, hi- hoooooooo, heeee, hi-... El terapeuta acompañará el ejercicio con la pañadetereta.

☞ Caminando

El terapeuta le pedirá al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego emita los fonemas /u/, /e/, /a/ en el ritmo siguiente hu,he,ha-hu,he,ha... acompañando cada fonema con una paso.

APRENDER A ESCUCCHAR

Objetivo: Aumentar en los niños la capacidad de percibir, mantener la atención y aumentar la memoria de estímulos auditivos para adquirir la autocorrección del lenguaje expresivo y mejorar el lenguaje comprensivo.

☞ Cuenta cuentos

El terapeuta contará al niño la historia de los 3 cochinitos, para que el niño disfrute la historia y preste más atención a los estímulos auditivos la historia debe ser corta, repitiendo frases, sonidos y argumentos en cada escena, proporcionar material de apoyo como disfraces de cerdito, de lobo, sonidos de construcción de sople, etc.

"Manual de Orientación para la estimulación del lenguaje basado en el método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve"
Por: Liliana Albizurez y Kéren Nuñez

Los instrumentos musicales

El terapeuta deberá colocar en una caja un tambor, una panderoeta, unos chinchines y un gorgorito. Luego frente al niño hará sonar cada uno de los instrumentos y los propiciará al niño(a) para que los haga sonar luego colocará al niño de espaldas y sonará nuevamente un instrumento, el niño debe adivinar cuál de todos fue el que sonó.

Canciones

Cantar con el niño la canción de “Pimpón” el terapeuta debe realizar frente al niño ademanes según la historia de la canción, narrarles y narrar al niño de payaso y cantar la canción varias veces. La canción también se puede acompañar coloreando un dibujo de Pimpón.

Sonidos de la grama

Colorear y decorar una lámina o cartel de la grama, luego hacer sonar un CD. Con sonidos de los animales de la grama, estimular al niño para que preste atención a todo lo que escucha, después de escuchar la grabación varias veces pedir al niño que señale a quien pertenece cada sonido. La actividad se puede complementar con juguetes de animales de la grama o peluches.

Sonidos del ambiente

Colocar al niño(a) acostado sobre una colchoneta en el aula de trabajo, pedirle que se quede en silencio, inspire profundamente por la nariz y espire lentamente por la boca y que escuche con atención su propia respiración, luego pedir al niño(a) que preste atención a todos los sonidos de su alrededor, sonidos fuertes, suaves, etc.

Fuerte y suave

Con los instrumentos musicales, hacer sonar cada uno frente al niño(a) a diferente intensidad nombrado al niño(a) a que intensidad están sonando luego pedir al niño los haga sonar a la intensidad que se le solicita.

La selva

Observar un video de animales de la selva, luego proporcionar al niño una lámina para colorear, escuchar una grabación con sonidos de animales salvajes y pedir al niño que coloree el dibujo del animal que escuche en la grabación.

Poemas y versos

Leer al niño(a) historias, rimas o versos cortos acompañados de imágenes.

Las frutas

Proporcionarle al niño(a) una pandereta o cascabeles, y pedirle que suene la pandereta cada vez que escuche manzana, el terapeuta nombrará frutas de forma un poco lenta para dar tiempo de reaccionar al niño(a), el niño(a) deberá sonar la pandereta cada vez que escuche manzana o la fruta que solicite el terapeuta, el ejercicio se realizará con diferentes frutas.

Pictogramas

Contar historias cortas al niño(a) acompañadas de dibujos de las escenas de la misma, las historias deben de ser máximo de 2 escenas, el terapeuta deberá repetir las historias para ayudar a la memorización.



EJERCICIOS DE ARTICULACIÓN

LENGUAJE Y FLUIDEZ



EJERCICIOS DE ARTICULACIÓN, LENGUAJE Y FLUIDEZ

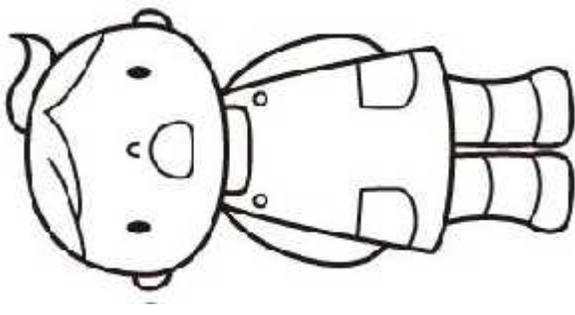
Objetivo: Desarrollar en el niño(a) la capacidad de emitir de forma correcta, con una voz normal, sin esfuerzo y sin movimientos asociados del cuerpo todos los fonemas del lenguaje en sílabas, palabras, frases y oraciones.

Nota: La evolución de estos ejercicios estará en función de la exploración fonética y de los diferentes sonidos que el niño es capaz de emitir, depende de cada niño en particular si se le debe facilitar un sonido o una sílaba, si el niño todavía no sabe hablar se debe facilitar una sílaba, en cambio un niño que ya empezó a hablar y adquirir la emisión de un sonido de forma errónea el terapeuta debe facilitar los sonidos de forma aislada y ayudar a crear conciencia de sus errores de articulación.

El dominio de un nuevo sonido se realizará en 4 niveles.

- 🎯 Sonido aislado
- 🎯 Sonidos en la sílaba
- 🎯 Sonido en la palabra
- 🎯 Sonido en la oración con significado

En todos los ejercicios el terapeuta deberá poner el ejemplo del movimiento o actividad que desee que realice el niño(a) para garantizar la imitación.



ARTICULACIÓN DE FONEMAS

Objetivo: Propiciar la correcta articulación de cada uno de los fonemas.

ARTICULACIÓN DEL FONEMA "A"

Posición tipo:

- * Los labios están separados mucho más que en la emisión de otras vocales.
- * La lengua extiéndase en el piso y la punta tocando levemente más baja que los incisivos inferiores, los bordes de ella tocan los molares inferiores.
- * El velo del paladar está levantado.
- * Se coloca la mano del niño en el pecho del terapeuta para que sienta la vibración y se observa a través de la manzana de Adán que la laringe no se eleva.

ACTIVIDADES

Intentando un huevo

Colocar al niño(a) frente al terapeuta y utilizado un espejo de tamaño mediano, para lograr la postura adecuada de los labios se le indicará al niño(a) que debe bajar la mandíbula y abrir la boca de forma ovalo, imaginando que sostiene con los labios un huevo.

Palmas

El terapeuta colocado en frente del niño y apoyándose con el espejo, le pedirá al niño(a) que diga con fuerza y abriendo mucho la boca el sonido "pa" acompañado por una palmada, si el niño tiene dificultad para emitir la sílaba y dar la palmada el terapeuta puede dar por él la palmada. Por lo menos 10 veces.

ARTICULACIÓN DEL FONEMA "O"

Posición tipo:

- * Los labios se contraen ligeramente, formando un círculo hacia delante.
- * La punta de la lengua toca la protuberancia alveolar de los incisivos inferiores, y el dorso de ella se eleva hasta el velo del paladar, que se levanta.
- * El cartilago tiroideos baja de la posición de la /a/.

ACTIVIDADES

El cartucho

Cortar un trozo de aproximadamente 4 centímetros de grosor de un rollo de cartón de papel de baño, luego colocarlo entre los labios de niño(a) sujetándolo, luego pedir al niño(a) que emita el fonema /a/ y luego el fonema /o/, en varias ocasiones, hacer conciencia en el niño que sus labios se abren y se cierran al cambiar de fonema, quitar en algunas ocasiones el rollo de cartón para identificar si lo puede realizar por sí mismo.

La palata

Para ayudar al niño(a) a realizar correctamente el movimiento de lengua, empujar con una palata la lengua hacia la parte posterior de la boca, comenzando al niño de este movimiento.

El Istón

Pedir al niño(a) que realice una inspiración nasal profunda y una espiración bucal lenta emitiendo el fonema /u/ de forma sostenida, el terapeuta colocara un istón entre sus dedos y lo empezará a hacer, el niño debe intentar emitir el fonema /u/ hasta que el terapeuta termine de pasar entre sus dedos el istón.

La galletita

Con una galletita de peluche o un títere se le pedirá al niño(a) que imite el sonido de una galletita.
“oooooooooooo, ooooooooooooo, ooooooooooooo”

Sorprendido

Jugar con el niño a imitar un niño sorprendido repitiendo:
iooooooooohhhh, ooooooooohhhh, ooooooooohhhh!

ARTICULACIÓN DEL FONEMA “T”

Posición tipo:

- * La abertura de los labios es alargada, con las comisuras de los labios un poco retiradas hacia atrás.
- * La lengua se arquea fuertemente y toca con el dorso el paladar óseo.

ACTIVIDADES

La sonrisa

ARTICULACIÓN DEL FONEMA “P”

Posición tipo:

- * Los labios están juntos y un poco fruncidos.
- * La punta de la lengua se coloca detrás de los incisivos inferiores y el resto de ella extendida en el piso de la boca.

ACTIVIDADES

Pinzar la nariz

Para la articulación de la /p/, podemos pinzar la nariz del niño(a) solicitando que sierre con fuerza los labios y que infle los cachetes, después se le pide que explote los labios emitiendo así con facilidad el fonema /p/.

La vela

Colocar al niño frente a una vela pequeña, luego pedirle que trate de emitir el fonema /p/ frente a ella, el niño(a) deberá prestar atención para observar como oscila la misma.

Pompones

Pedir al niño que inspire profundamente, luego deje escapar el aire por la boca emitiendo el sonido “p” soplando pompones de lana de varios tamaños.

Huellitas

Pedir al niño que decore una hoja de trabajo de una pera, coloree la pera con pinturas de dedos haciendo huellitas y repitiendo al mismo tiempo la sílaba /pe/.

ARTICULACIÓN DEL FONEMA "M"

Posición tipo:

- * Los labios están simplemente unidos, sin llegar a contraerse como en la /p/.
- * La tensión muscular labial es media.
- * Los dientes están casi juntos, y los incisivos inferiores, detrás de los superiores en distinto plano vertical.
- * La punta de la lengua se coloca detrás de los incisivos inferiores y el resto de ella extendido en el paladar.
- * El velo del paladar desciende dejando libre la entrada del aire a la cavidad nasal.

ACTIVIDADES

☞ El espejo

Pedir al niño(a) que realice una inspiración nasal profunda, luego cierre con fuerza sus labios y emita el fonema /m/ colocando un espejo pequeño entre el labio superior y las fosas nasales. Para observar cómo se empuja el espejo por la salida del aire, colocar también la mano del niño(a) sobre las mejillas para que sienta la vibración.

☞ La mosca

Pedir al niño(a) que imite el sonido de una mosca, uniendo los labios de forma suave y los dientes separados, pedir al niño que preste atención a la vibración que se produce en el paladar.

☞ Sosteniendo trozos de lana

Pedir al niño(a) que sostenga un trozo de lana con los labios, luego pedirle que emita la sílaba /ma/ cuando el terapeuta hala de la lana.

ARTICULACIÓN DEL FONEMA "F-V"

Posición tipo:

- * El labio inferior se sitúa bajo los dientes superiores.
- * La punta de la lengua detrás de los incisivos inferiores

ACTIVIDADES

Soplado con pajilla

Pedir al niño(a) que realice una inspiración nasal lenta y profunda. Retención del aire. Espiración nasal lenta y continua. Inspiración nasal lenta y profunda. Retención del aire. Espiración bucal lenta y continua soplando una bolita de algodón con una pajilla. Inspiración lenta y profunda. Retención del aire. Espiración bucal rápida y continua. Inspiración nasal dilatando las alas nasales. Retención del aire. Espiración bucal lenta soplando con una pajilla una bolita de algodón.

Juego

El juego consiste en mantener el labio inferior levemente sujeto por los dientes superiores, de forma que si se descoloca se pierda el juego.

Soplar

Pedir al niño(a) que sople haciendo sonido, y de esta forma indirecta se obtendrá fácilmente el sonido de la /f/.
Prosiguiendo el juego con la emisión seguida de las vocales.

"F"

Vamos a respirar profundamente inspirado el aire por la nariz y espirándolo por la boca emitiendo de forma prolongada el fonema /F/. "FF"

🌀 Campanas

Imitar el sonido de las campanas: Ding, dong, ding, dong, ding.

ARTICULACIÓN DEL FONEMA “T”

Posición tipo:

- * Los labios están entreabiertos.
- * La punta de la lengua se apoya en los incisivos superiores.

ACTIVIDADES

🌀 Explosión de aire

Pedir al niño que asome ligeramente entre los dientes el borde de la lengua y sin mencionar el sonido el sonido que buscamos, se pedirá que desde esa postura haga explosar el aire de la espiración, haciéndole notar la fuerza de salida del mismo sobre el dorso de la mano o frente a la llama de una vela.

🌀 Picando

Pedir al niño(a) que respire profundamente inspirando el aire por la nariz y sacándolo de forma intermitente mientras pronunciamos /t/, proporcione al niño(a) un dibujo sobre una hoja de fomy y un punzón, al mismo tiempo que emite el fonema pedir al niño que pefore el contorno del dibujo.

🌀 El reloj

Pedir al niño que realice una inspiración profunda por la nariz y luego espire por la boca imitando el sonido de un reloj de cuerda: "tic-tac, tic-tac, tic-tac".

ARTICULACIÓN DEL FONEMA "S"

Posición tipo:

- * Los labios están entreabiertos, permitiendo ver los dientes.
- * La lengua se halla arqueada, y la punta se coloca en los alveolos superiores formando una pequeña apertura por la que pasa la corriente de aire.

ACTIVIDADES

🌀 Convirtiendo la "P" en "S"

Se pedirá al niño la articulación del fonema /P/ y mientras lo realiza indicándole que siga emitiendo el sonido se tira del labio inferior hacia abajo, quedando de esta forma los incisivos y la lengua en la forma adecuada transformando fácilmente la /P/ en /S/.

🌀 Sílabas invertidas

Solicitar al niño que emita la sílaba "sa, sa, sa..." de forma continua y rápida para convertir automáticamente la sílaba "sa" en "as".

La palata

Mostrarle al niño(a) frente a la boca la posición correcta de emitir el fonema, con una palata sostener la lengua del niño(a) para colocarla tocando el paladar y emitir el fonema.

ARTICULACIÓN DEL FONEMA "L"

Posición tipo:

- * Los labios y los dientes están entreabiertos.
- * La punta de la lengua se levanta apoyándose en la protuberancia alveolar de los incisivos superiores.

ACTIVIDADES

Derecha- izquierda

Pedir al niño(a) que realice una inspiración nasal lenta y completa. Retención del aire. Espiración bucal lenta y continua. Inspiración nasal lenta y completa dilatando las alas nasales. Retención del aire. Espiración bucal rápida y continua. Inspiración nasal lenta y completa por el orificio nasal derecho. Retención del aire. Espiración bucal rápida y continua. Inspiración nasal lenta y completa por el orificio nasal izquierdo. Retención del aire. Espiración bucal rápida y continua.

Tocado el techo

Algunas con el niño a que nuestra boca es la casa de la lengua, luego pedírele que coloque la punta de la lengua en el techo de la casa (protuberancia alveolar superior) luego realizar una inspiración nasal profunda y una espiración bucal emitiendo el fonema /l/.

ARTICULACIÓN DEL FONEMA "Ñ"

Posición tipo:

- * Los labios están entreabiertos pero menos separados que cuando articula la /n/.
- * El dorso de la lengua se aplica ampliamente contra el paladar óseo.

ACTIVIDADES

☞ Niño-niño

Pedir al niño que realice una inspiración profunda por la nariz y luego repita las sílabas siguientes:
"na, nio, nu, ña, ño, ñu".

Luego se le pedirá al niño que repita cada una de las sílabas anteriores con rapidez.

☞ De un plato a otro

Pedir al niño(a) que respire profundamente inspirando el aire por la nariz y sacándolo de forma intermitente mientras pronunciamos /ñ/. al mismo tiempo pedir al niño(a) que pase de un plato a otro semillas de maíz.

☞ Un niño remediando

Pedir al niño que inspire profundamente por la nariz y luego imite a un niño remediando a otro diciendo:
"ñññññññ, ñññññññ, ñññññññññ."

ARTICULACIÓN DEL FONEMA "CH"

Posición tipo:

- * Dientes juntos.

"Manual de Orientación para la estimulación del lenguaje basado en el método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve"
Por: Liliana Albizurez y Kéren Nuñez

- * Lengua en el piso y se mueve lentamente hacia delante.

ACTIVIDADES

🌀 Espiración en 3 o 4 tiempos

Pedir al niño(a) que realice una inspiración nasal lenta y profunda. Retención del aire por 2 o 3 segundos. Espiración bucal rápida. Inspiración nasal lenta y profunda. Retención del aire. Espiración bucal lenta en 3 o 4 tiempos. Inspiración nasal lenta y profunda dilatando las alas nasales. Retención del aire. Espiración bucal rápida.

ARTICULACIÓN DEL FONEMA “y”

Posición tipo:

- * Los labios están entreabiertos y en las arcadas dentales existe una pequeña separación.
- * La punta de la lengua se coloca detrás de los incisivos inferiores, apoyándose contra su cara interna y el dorso toca el paladar a ambos lados.

ACTIVIDADES

🌀 Convirtiendo la i en y

Pedir al niño(a) que realice una inspiración nasal profunda y una inspiración bucal emitiendo frente al espejo el fonema /i/ y siguiendo la emisión de éste, ir estrechando el canal de salida del aire hasta lograr la /y/.

Praderetá

Pedir al niño(a) que respire profundamente inspirado por la nariz y espirado por la boca emitiendo de forma rápida las sílabas “i-a-i-a-i-a-i-a-i-a-i-a” que fácilmente se convertirá en “ya” al irse estrechando el canal de salida de aire.

Atragando la primera vocal

Pedir al niño(a) que realice una respiración profunda inspirado por la nariz y espirado por la boca emitiendo las sílabas siguientes atragando el sonido de la primera vocal. “aaya, aayu, aaye, aayi”

Atragando la segunda vocal

Pedir al niño(a) que realice una respiración profunda inspirado por la nariz y espirado por la boca emitiendo las sílabas siguientes atragando el sonido de la segunda vocal. “ayaa, ayoo, ayuu, ayee, ayii”.

ARTICULACIÓN DEL FONEMA “L”

Posición tipo:

- * La punta de la lengua se coloca detrás de los incisivos superiores y el dorso se aplica en amplitud contra el paladar.
- * Los labios están entreabiertos.

ACTIVIDADES

Cha, cha, cha

Se pedirá al niño(a) que frente al espejo repita varias veces “cha, cha, cha” y de pronto que pare, dejando la boca en la misma postura para poder continuar.

“Manual de Orientación para la estimulación del lenguaje basado en el método Bobath para niños con parálisis cerebral a nivel moderado y leve”
Por: Liliana Albizurez y Kéren Nuñez

Huellitas

Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y una expiración intermitente emitiendo el fonema /ll/, al mismo tiempo pedir al niño que coloree el dibujo de la llave con huellitas.

ARTICULACIÓN DEL FONEMA “J”

Posición tipo:

- * Los labios separados permiten ver los dientes y la lengua.
- * La punta de la lengua se coloca detrás de los incisivos inferiores, pero alejada de ellos y más abajo que el nivel de sus bordes libres.

ACTIVIDADES

Plumas

Pedir al niño(a) que realice una inspiración nasal lenta y profunda. Retención del aire. Expiración bucal lenta y continua haciendo mover unas plumas sobre la mesa. Inspiración nasal y profunda. Retención del aire. Expiración bucal rápida y continua moviendo las plumas sobre la mesa. Inspiración nasal lenta y profunda dilatando las alas nasales. Retención del aire. Expiración bucal lenta y continua.

Susurrando la “g”

El terapeuta pedirá al niño(a) que respire profundamente inspirando el aire por la nariz y expirando por la boca emitiendo el fonema “g”. Luego se le pedirá que baje poco a poco la voz hasta hacerla de forma susurrada, con lo cual irá perdiendo sonoridad y se convertirá en “j”.

☞ El tren

alugar con un trenecito hecho de legos o cubos, luego jugar a imitar el sonido del tren.
“cho-co-cho, cho-co-cho, cho-co-cho”

ARTICULACIÓN DEL FONEMA “G”

Posición tipo:

- * Los labios se encuentran naturalmente separados.
- * La punta de la lengua se coloca detrás de los incisivos inferiores y se apoya en la protuberancia alveolar inferior.

ACTIVIDADES

☞ Trozos de papel de china

Pedir al niño(a) que realice una inspiración nasal lenta. Retención del aire y realizará una espiración bucal también lenta. Inspiración nasal dilatando las nasales. Retención del aire. Espiración bucal lenta moviendo lentamente los trozos de papel de china. Inspiración nasal rápida. Retención del aire. Espiración bucal lenta moviendo los trozos de papel de china.

☞ Gurguras

alugar con el niño(a) a realizar gurguras, si puede ser posible hacerlas con refresco para matar al niño(a) con el sabor.

☞ Bostezos

Imitar frente al espejo el bostezo, repetir el ejercicio 10 veces.

El masaje

Aplicar crema en la garganta del niño(a) pedir al niño que intente imitar el fonema /g/ mientras el terapeuta proporcione un masaje a la garganta del niño(a) con una mano de arriba hacia abajo.

Gérgaras sin agua

Jugar con el niño(a) a realizar gérgaras sin agua, colocar la mano del niño(a) en la garganta para que perciba las vibraciones. Luego pedir al niño que emita una vocal y luego una gérgara para emitir la /g/, así sucesivamente con todas las vocales.

El perro

Preparar al niño una hoja de trabajo del dibujo de un perro, pedir al niño que lo decore con material de desecho luego jugar con el niño(a) a imitar los ladridos del perro.

“Gua, gua, gua”

ARTICULACIÓN DE LOS SÍLFONES “PL, BL, FL, PR, BR, FR”

Posición tipo:

- * En este apartado se encuentran los sílfones cuya articulación intervienen órganos diferentes.
- * Separación o unión de los labios y/o dientes y movimiento de la lengua.

ACTIVIDADES

Percecitos

El terapeuta se sentará junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para el grupo /bl/, la /l/, sin mover la lengua de la posición de este fonema, se le hará besar los labios a la posición de la /b/, tratado de que pronuncie

los fonemas casi al mismo tiempo y de forma continuada: l-b-l-b-lb-lb... de este modo se conseguirá fácilmente el síntón propuesto y los demás de este apartado.

ARTICULACIÓN DE LOS SINFONES "TR, DR, GR, CR, TL, GL, CL"

Posición tipo:

- * Este apartado constituye aquellos grupos en que es el mismo órgano, la lengua, la que entra en actividad, variando sólo su posición para uno u otro fonema y por ello presentará una dificultad mayor que los anteriores.

ACTIVIDADES

Agregando una vocal

Pedir al niño(a) que realice una respiración profunda inspirado por la nariz y espirado por la boca emitiendo la sílaba /tra/ se comenzará haciendo repetir con rapidez *traa, taar, taar...*, haciendo que ponga la fuerza articuladora en la segunda sílaba y articulando la primera vocal *átora* y muy breve. De esta forma se acabará convirtiéndolo en *traa*. Igualmente se procederá con los demás sífonas.

AUTOMATIZACIÓN DE FONEMAS

Objetivo: Automatizar la postura correcta de los órganos fonosilabadores y la adecuada articulación de los fonemas. La automatización del fonema debe realizarse después de haber logrado emitir el fonema aislado de forma correcta para poder demostrar el proceso de automatización de cada fonema tomaremos como ejemplo el fonema /s/.

- ☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una espiración emitiendo el fonema “S”.
S-----
- ☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una espiración emitiendo el fonema “S”, de forma entrecortada.
S-----, S-----, S-----, S-----, etc.
- ☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una espiración emitiendo el fonema “S” y “A” de forma entrecortada.
S-----, A-----, S-----, A-----, S-----, A-----, etc.
- ☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una espiración emitiendo la sílaba “Sa”,
Sa-Sa-Sa-Sa-Sa-Sa-Sa-Sa-Sa-Sa-Sa-Sa-Sa-Sa-Sa-Sa, etc.
- ☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una espiración emitiendo el fonema “S”.
S-----
- ☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una espiración emitiendo el fonema “S”, de forma entrecortada.
S-----, S-----, S-----, S-----, S-----, S-----, etc.
- ☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una espiración emitiendo el fonema “S” y “A” de forma entrecortada.
S-----, o-----, S-----, o-----, S-----, o-----, etc.
- ☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una espiración emitiendo la sílaba “Sa”,

☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una expiración emitiendo las sílabas “sasosu”.

sasosu-sasosu-sasosu-sasosu-sasosu-sasosu-sasosu, etc.

sosusa-sosusa-sosusa-sosusa-sosusa-sosusa-sosusa, etc.

susaso-susaso-susaso-susaso-susaso-susaso-susaso, etc.

☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una expiración emitiendo el fonema “s”.

s-----

☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una expiración emitiendo el fonema “s”, de forma entrecortada.

s-----, s-----, s-----, s-----, etc.

☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una expiración emitiendo el fonema “s” y “t” de forma entrecortada.

s-----, e-----, s-----, e-----, s-----, e-----, etc.

☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una expiración emitiendo la sílaba “su”, de forma entrecortada

se-se-se-se-se-se-se-se-se-se-se-se-se-se-se-se, etc.

☞ Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego una expiración emitiendo las sílabas “sasosuse”.

sasosuse-sasosuse-sasosuse-sasosuse-sasosuse-sasosuse, etc.

sosusesa-sosusesa-sosusesa-sosusesa-sosusesa-sosusesa, etc.

☞ Repetir palabras monosílabas, bisílabas, trisílabas, etc. Que comiencen el fonema “s” en diferentes posiciones al inicio, medio y final de las palabras.

sol	son	sín	las	los	mis	más	mes	sapo	solo
sala	suma	sopa	sopa	sara	sabe	sale	sa	sa	sa
Silla	salí	sudeter	sucio	pasa	posa	casa	masa	tose	
pose	lazo	poso	cosa	mosa	fo	base	base	suerte	
saliva	sílabas	sombrero	sabana	sacude	sílabas				
siempre	serenos	amóforo	etc.						

☞ Repetir frases, oraciones versos y canciones que comiencen el fonema.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- En la investigación se comprobó que actualmente no existe ningún método específico que oriente el tratamiento y la evaluación en terapia de lenguaje de los niños afectados con parálisis cerebral.
- Se identificó que existen pocas herramientas: métodos y técnicas para trabajar en la estimulación del lenguaje en niños afectados con parálisis cerebral.
- Se comprobó la necesidad de utilizar un método específico en la rehabilitación del lenguaje en niños con parálisis cerebral.
- Según los datos obtenidos en las entrevistas las y los estudiantes de terapia de lenguaje poseen limitados conocimientos acerca de la parálisis cerebral así como de métodos o técnicas para tratar a niños y niñas que la presentan.
- Se comprobó el interés de las y los estudiantes de terapia de lenguaje en adquirir más conocimientos y aplicar nuevos y modernos métodos en la rehabilitación del lenguaje.
- La utilización de un manual de terapia de lenguaje diseñado específicamente para niños afectados de parálisis cerebral es necesario para garantizar el éxito en la terapia.
- El diseñar manuales de trabajo para la estimulación del lenguaje es un aporte significativo para el desempeño exitoso de los/las estudiantes y terapistas de lenguaje profesionales.
- Para la rehabilitación de niños afectados con parálisis cerebral se debe trabajar con un equipo multidisciplinario que incluya médico, fisioterapeuta, neurólogo, educador especial, psicólogo y terapeuta del lenguaje.
- La atención lo más tempranamente posible a los niños afectados con parálisis cerebral es necesaria para obtener mejores resultados

4.2 RECOMENDACIONES

- Iniciar la rehabilitación del lenguaje lo más temprano posible en niños afectados con parálisis cerebral.
- Utilizar métodos específicos para la rehabilitación del lenguaje tomando en cuenta las características de la población a trabajar.
- Motivar a los estudiantes de terapia de lenguaje y a terapeutas de lenguaje profesionales a actualizar y reforzar sus conocimientos y técnicas de trabajo en la terapia.
- Promover el trabajo multidisciplinario en la atención de los niños afectados con parálisis cerebral.
- Motivar a estudiantes y terapeutas de lenguaje para diseñar nuevos y modernos programas para la estimulación del lenguaje acordes a las características específicas de los niños que atienden.
- Diseñar nuevas estrategias de evaluación del lenguaje y de los órganos que intervienen en la emisión del mismo.
- Trabajar conjuntamente con familiares del niño afectado con parálisis cerebral para que el niño posea una estimulación constante y existan mejores resultados.

BIBLIOGRAFIA

- Johnson Wendell, Problemas del habla infantil, Editorial KAPELUSZ, quinta impresión, Buenos Aires Argentina 1,973, Pag. 236.
- Garcia Zelaya Beatrz, Problemas de Aprendizaje, primera Edición, Editorial Piedra Santa, Guatemala 2002. Pag. 170
- Marie C. Crickmay, Logopedia y el enfoque Bobath en parálisis cerebral, 3ra. Reimpresión Editorial Médica Panamericana S. A. Buenos Aires Argentina 1987. pag. 147
- Zambrana Toledo González Nidia, y Dalva López, Logopedia y Ortopedia Maxilar en la rehabilitación Orofacial. Primera Edición, Editorial Masson.
- Margarita Nieto, ¿Por qué hay niños que no aprenden?, Segunda Edición, editorial La prensa Medica Mexicana S.A México D.F. 1.998, Pag. 316
- Arturo Graña Cid, Bases Psicopedagógicas de la educación Especial. Editorial Pearson, S. A. 4ta. Edición, Madrid 2003, 664 pp.
- Papalia, Diane E. Wedkos Olds, Sally y Duskin Feldman, Ruth. Psicología del Desarrollo. Novena edición Editorial McGraw-Hill Interamericana, México 2005. 515pp.

ANEXOS

INDICE

- Glosario
- Fotografías del taller realizado en el CUM
- Entrevistas a profesionales de terapia de lenguaje
- Entrevistas a estudiantes de la carrera de terapia de lenguaje
- Programa de taller
- Diploma de taller
- Guía de observación del lenguaje en niños con parálisis cerebral
- protocolo de observación del lenguaje para calificar la actividad del niño

GLOSARIO

1. Abducción

Un tipo de movimiento de una parte del cuerpo respecto a otra, en dirección transversal, proviene del latín abductio (separación).

2. Aducción

Movimiento por el que una parte del cuerpo se aproxima al plano de simetría medial o coronal de éste (hacia la línea media.)

3. Afecto

Es la acción a través de la cual un ser humano le profesa su amor a otro ser humano

4. Anoxia prenatal

Es una falta de respiración en el momento del tránsito a la respiración. Las causas pueden ser una obstrucción de las vías respiratorias o que el cordón umbilical se enrolle en el cuello y no le permita respirar, esto provoca una falta de oxígeno en el cerebro que es un elemento necesario para la supervivencia de las neuronas.

5. Articulación

Pronunciación clara de las palabras. Posición y movimiento de los órganos del aparato fonador para pronunciar un sonido.

6. Ataxia pura

Es muy rara en PC, Se refiere a ciertos trastornos del movimiento, caracterizado por un déficit en la coordinación.

7. Atetosis

Movimientos involuntarios, lentos y sinuosos, sin solución de continuidad. La presencia de estos movimientos dificulta la coordinación y realización correcta de actos voluntarios.

8. Atragantamiento

Es la obstrucción accidental de las vías respiratorias altas o medias, generalmente al fallar la deglución de alimentos, y que puede llegar a provocar la asfixia del sujeto afectado. A menudo se produce con alimentos de consistencia pastosa como chicles o pastillas de goma en niños o trozos de carne mal masticados en adultos.

9. Bipedestación

Se denomina Bipedestación o bipedismo a la capacidad para andar sobre las dos extremidades inferiores a diferencia de los cuadrúpedos.

10. Bronco aspiración

Consiste en la aspiración accidental de líquidos o alimentos por las vías respiratorias. Puede ocurrir también en una persona inconsciente o en un bebé, cuando sobreviene un vómito o regurgitación, la comida queda acumulada en la boca y es llevada hacia los bronquios al momento de aspirar, lo que obstruye las vías respiratorias.

11. Cadenas fónicas

Un signo lingüístico permite relacionar un sentido a la mente, perceptible por los oídos o la vista, el cual tiene una interrelación entre significado y significante, pero la semántica estudia la significación y la fonología y la fonética estudian el significante, como cadena fónica, ej. Llama se pronuncia yama.

4. Cociente intelectual

También conocido como cociente intelectual, es un número que resulta de la realización de una evaluación estandarizada que permite medir las habilidades cognitivas de una persona en relación con su grupo de edad. Este resultado se abrevia como CI o IQ, por el concepto inglés de intelligence quotient.

5. Control volitivo

La Real Academia Española (RAE) afirma que volitivo es aquello relacionado con los actos y fenómenos de la voluntad. La voluntad, por su parte, es la facultad de

decidir y ordenar la propia conducta. Por lo tanto, aparece vinculada al libre albedrío y a la libre determinación.

6. Coordinación oculomanual

Por coordinación óculo manual debe entenderse el trabajo asociado de la visión y las manos

7. Deglución

Acto reflejo y en parte voluntario con el que se da paso a las sustancias sólidas, líquidas o gaseosas que se encuentran en la boca hacia la faringe, el esófago y finalmente hacia el estómago. El acto voluntario sólo se produce cuando la lengua empuja el bolo alimenticio hacia la faringe. El cierre de las vías respiratorias por parte de la epiglotis, la contracción de los músculos del esófago y los movimientos peristálticos del esófago son el conjunto de actos reflejos.

8. Desarrollo intelectual

La capacidad cognitiva del ser humano es una virtud que se ha transformado en facultad cognitiva que le sirve al ser humano como una herramienta que le permite explorar, identificar, interpretar, comprender y explicar a través del lenguaje los procesos de los fenómenos naturales, sociales y del hombre mismo.

9. Desarrollo neuromotor

El niño, hasta los cinco años, se encuentra en un período evolutivo básicamente perceptivomotor, que organiza su mundo a través de sus percepciones subjetivas, siendo su propio cuerpo el canal más fácil para la adquisición del conocimiento.

10. Desarrollo psico afectivo

Comprende los aspectos que intervienen en la estructuración de su personalidad y parten desde el mismo momento de la concepción.

11. Diplejía

Parálisis bilateral que afecta simétricamente a regiones del cuerpo más o menos extensas.

12. Egocentrismo

El egocentrismo es la idea de que todo se mueve alrededor de uno mismo, por tal motivo los niños se sienten el centro del universo, el niño no es capaz de ponerse en los zapatos de los demás. Según Jean Piaget, psicólogo suizo, el egocentrismo es una conducta pasajera.

13. Espasmo

Contracción involuntaria de los músculos, causada generalmente por un mecanismo reflejo.

14. Espasticidad

Es una enfermedad que refleja un trastorno motor del sistema nervioso en el que algunos músculos se mantienen permanentemente contraídos. Dicha contracción provoca la rigidez y acortamiento de los músculos e interfiere sus distintos movimientos y funciones: de ambulación, manipulación, equilibrio, habla, deglución, etc.

15. Estimulación

Es la actividad que se le otorga a los seres vivos para un buen desarrollo o funcionamiento, ya sea por cuestión laboral, afectiva o física. La estimulación se contempla por medio de recompensas o también llamados estímulos. La mayor parte es por dinero, por afecto o por ciertos métodos de ejercicios, por lo cual se incita a realizar acciones mejor elaboradas.

16. Etapa heurística

De acuerdo con su etimología, la palabra heurística proviene del vocablo griego "*heurisko*", que significa "encontrar", "descubrir". Heurística es, según esto último, estar en posesión de un saber que nos ayuda a encontrar o descubrir algo. De acuerdo con esto, podemos llamar heurística o razonamiento heurístico, a cualquier forma de indagación intelectual que sirva para descubrir.

17. Factor RH

Los antígenos A y B son los más conocidos, pero no son los únicos que existen en la sangre humana; hay otro, denominado factor Rh, que se encuentra en los

glóbulos rojos de más del 85% de la población de todo el mundo. Este componente resulta importante cuando una mujer con Rh negativo (sin antígeno Rh) concibe un hijo de un hombre que es Rh positivo (con antígeno Rh en su sangre), porque esa circunstancia puede representar un peligro para el feto o el recién nacido.

18. Fática

Incide sobre el canal de comunicación, o sea el conducto físico por donde circula el mensaje y se manifiesta en interrogaciones, repeticiones o frases hechas y su función es abrir, cerrar o mantener el mensaje.

19. Hemiplejía

Es un trastorno del cuerpo del paciente en el que la mitad lateral de su cuerpo está paralizada. Es normalmente el resultado de un accidente cerebrovascular, aunque también pueden provocarla patologías que afecten la espina dorsal o los hemisferios cerebrales.

20. Hipertonía

Tensión exagerada, especialmente en el tono muscular, con aumento de la resistencia al estiramiento pasivo. Estado de un líquido cuya concentración molecular es mayor que la del suero de la sangre.

21. Hipotonía

La hipotonía aparece cuando se seccionan las raíces ventrales que van hacia el músculo o las raíces dorsales que vienen del músculo relacionadas con el músculo hipotónico. También puede ocurrir en enfermedades que afectan ciertas partes del cerebro, principalmente al cerebelo. Se define como la pérdida o disminución del tono muscular, en este caso ocurrirá una reducción en la resistencia a la movilización pasiva de las extremidades.

22. Hipoxia perinatal

Es una agresión al feto o al recién nacido (neonato) debido a la falta de oxígeno general o en diversos órganos.

23. Inhibición

Perturbación del curso normal de las actividades corporales o psíquicas (pensamiento, conducta, movimiento, etc.) por diversas causas, como miedo, sentimiento de culpabilidad, de inferioridad, etc. Efecto que produce sobre el funcionamiento de un órgano, tejido o principio activo cualquier agente físico, químico, nervioso, etc., y que se manifiesta en una detención total o parcial de dicha función.

24. Invalidez

Incapacidad de una persona para realizar un trabajo habitual. Incapacidad absoluta para cualquier tipo de trabajo.

25. Lesión encefálica

Es una expresión muy amplia que se utiliza para describir toda una serie de lesiones que se producen en el cuero cabelludo, el cráneo, el encéfalo, los tejidos subyacentes y los vasos sanguíneos de la cabeza del niño. Este tipo de heridas también pueden recibir otros nombres como por ejemplo, lesión encefálica o traumatismo encefálico (su sigla en inglés es TBI), según la gravedad del daño que se produce en la cabeza.

26. Lúdica

Proviene del latín *ludus*, Lúdica/co dicese de lo perteneciente o relativo al juego.

27. Mascado

Partir y triturar con los dientes, generalmente un alimento masticar.

28. Nasalidad

Resonancia nasal en la articulación de una vocal o consonante.

29. Posición decúbito dorsal

Es una posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por:

- Posición corporal acostado boca arriba.
- Cuello en posición neutra, con mirada dirigida al cénit.

- Miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia arriba.
- Extremidades inferiores también extendidas con pies en flexión neutra y punta de los dedos gordos hacia arriba.

30. Posición decúbito ventral

Dícese de la posición anatómica en la que el paciente yace tendido boca abajo. El cuello permanece en posición neutra y los brazos se encuentran pegados al tronco.

31. Praxias

Movimientos organizados, de mayor o menor dificultad, que se hacen para alcanzar un objetivo (en este caso, pronunciar correctamente los diferentes fonemas).

32. Razonamiento

Es la facultad humana que permite resolver problemas. Se llama también razonamiento al resultado de la actividad mental de razonar, es decir, un conjunto de proposiciones enlazadas entre sí que dan apoyo o justifican una idea.

33. Rechazo

Retroceso de un cuerpo en su curso o movimiento debido a la resistencia ejercida por otro. Enfrentamiento u oposición a una idea, acción o situación. Reacción inmunológica por la cual un organismo puede reconocer como extraños una sustancia, un tejido o un órgano, y que consiste en la producción de anticuerpos que los atacan e intentan expulsarlos

34. Reflejo de enderezamiento laberintico

Es un reflejo anormal que no aparece en los niños sanos y se caracteriza por espasticidad o espasmos intermitentes al provocarle cambios en la posición de la cabeza.

35. Reflejo de landau

Si el niño se encuentra en suspensión ventral, la cabeza, la columna y las piernas se extienden: si la cabeza se flexiona pasivamente, la cadera, la rodilla y los codos

se flexionan. Esta reacción se produce normalmente desde la edad de 3 meses, se da en la mayoría de los bebés hasta los 6 meses y se vuelve cada vez más difícil de producir cuando tienen 1 año. Se observa la ausencia de este reflejo en niños de más de 3 meses con debilidad motora, parálisis cerebral y deficiencia mental.

36. Reflejo flexor

Consiste en que un estímulo nociceptivo en una extremidad produce flexión de la extremidad, para apartarla de un posible daño. En un animal espinal este reflejo está hiperactivo, y puede producirse por estímulos táctiles no nociceptivos.

37. Resonadores

Es cualquier dispositivo o sistema que es capaz de entrar en resonancia o que tiene la capacidad de comportarse de manera resonante, lo cual quiere decir que oscila a unas determinadas frecuencias con una amplitud más grande que a las otras.

38. Sonidos guturales

Hace referencia a los sonidos graves y desgarradores, similares a los producidos por algunos animales. Se refiere a un sonido que se articula tocando el dorso de la lengua con la parte posterior del velo del paladar o acercándose a él formando una estrechez por la que pasa el aire espirado.

39. Trastorno neuromuscular

Las enfermedades neuromusculares constituyen un amplio grupo de enfermedades que afectan cualquiera de los componentes de la unidad motora, incluyendo: el cuerpo de la motoneurona del asta anterior de la médula espinal, su axón (nervio periférico) todas las fibras musculares inervadas por esta motoneurona.

40. Trastorno sensorio motor

Trastornos sensoriales estamos haciendo referencia a los diferentes déficits que se pueden presentar en el sistema sensorial del ser humano.

41. Trastornos motoricos

El trastorno motor consiste en arrebatos verbales o movimientos rápidos e incontrolables del cuerpo. Las actividades motoras se organizan jerárquicamente en el sistema nervioso central. La médula espinal, el cerebro medio, el cerebelo, el ganglio basal y la corteza cerebral, cada uno posee funciones motoras características. Cada nivel contribuye a una calidad específica de organización y respuesta motora a la actividad motora total. La disfunción de cada nivel contribuye sus propias características a la anormalidad de la función que se observa clínicamente.

42. Vocalización

Articulación correcta y clara de los sonidos de una lengua: una buena vocalización es importante en actores y cantantes.

FOTOGRAFIAS DEL TALLER









ENTREVISTA dirigida a profesionales

Estudio para graduación titulada “Manual de Orientación para la estimulación del Lenguaje Basado en el Método Bobath para Niños con Parálisis Cerebral a Nivel Moderado y Leve”

Fecha: _____

Instrucciones: Responda en los espacios en blanco la respuesta que considera más oportuna.

- 1) ¿Trabaja usted con niños con parálisis cerebral en su clínica de terapia de lenguaje? _____

- 2) ¿Cree usted ser capaz de ofrecerle beneficios a un niño con parálisis cerebral en su terapia de lenguaje? _____

- 3) ¿Conoce de algún tipo de evaluación especializada para pacientes con parálisis cerebral en cuanto a terapia de lenguaje? ¿Cuál y en que consiste? _____

- 4) ¿Cuál es la metodología a utilizar para trabajar con niños con este tipo de afección? _____

- 5) ¿Quiénes forman el equipo disciplinario para trabajar con niños con parálisis cerebral? _____

- 6) ¿Cuáles son las áreas a trabajar en la rehabilitación del lenguaje en niños con parálisis cerebral? _____

- 7) ¿Cree usted que es importante iniciar el tratamiento de rehabilitación de lenguaje a una edad específica? ¿Cuál sería esa edad? _____

8) ¿Qué conocimientos debe poseer un terapeuta de lenguaje para trabajar con niños con parálisis cerebral? _____

9) ¿Tiene conocimientos acerca de algún método para trabajar terapia de lenguaje con pacientes con parálisis cerebral? ¿Cuál?

10) ¿Conoce usted acerca del método Bobath? _____

11) Escriba un comentario o duda acerca del tema de terapia de lenguaje para pacientes con parálisis cerebral. _____

ENTREVISTA

Dirigida a estudiantes de terapia del lenguaje del sexto semestre del año 2012

Estudio para graduación titulada "Manual de Orientación para la estimulación del Lenguaje Basado en el Método Bobath para Niños con Parálisis Cerebral a Nivel Moderado y Leve"

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Por favor lea detenidamente el siguiente cuestionario y luego conteste las preguntas haciendo un círculo en la inicial que corresponda según la clave siguiente.

N: nada

P: poco

S: suficiente

M: mucho

1. ¿Actualmente usted trabaja en la rehabilitación de niños/as con retraso de lenguaje?
N P S M
Explique: _____

 2. ¿Conoce usted sobre la afección de Parálisis Cerebral?
N P S M
Explique: _____

 3. Entre los niños que usted atiende y observa ¿Asisten niños con diagnóstico de parálisis cerebral?
N P S M
Explique: _____

 4. ¿Cuánto conoce de los métodos para trabajar con pacientes con parálisis cerebral?
N P S M
Explique: _____

 5. ¿El método que utiliza para trabajar terapia de Lenguaje con pacientes con parálisis cerebral Es eficiente?
N P S M
Explique: _____

 6. ¿Ha tenido dificultades para obtener resultados Positivos en la terapia con pacientes con Parálisis cerebral?
N P S M
Explique: _____

 7. ¿Considera usted que es importante utilizar un Método especial para trabajar en la rehabilitación Del lenguaje en niños con parálisis cerebral?
N P S M
Explique: _____
-

8. ¿Cuánta bibliografía o información a recibido de Temas relacionados con la terapia de lenguaje Para niños con parálisis cerebral?

N P S M

Explique:_____

9. ¿Está usted interesado/a en adquirir conocimientos Sobre uno de los métodos más eficientes en la Rehabilitación del lenguaje en pacientes con Parálisis cerebral?

N P S M

Explique:_____

10. ¿Conoce el método Bobath para trabajar con niños Con parálisis cerebral?

N P S M

Explique:_____

**GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL LENGUAJE EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL
MANUAL DE APLICACIÓN ADAPTADA DEL METODO BOBATH.
(Aplicación de esta guía antes de iniciar el tratamiento)**

LA GUÍA DE OBSERVACIÓN CONSTA DE PROTOCOLO, MANUAL DE APLICACIÓN Y CAJA DE MATERIALES.

INSTRUCCIONES:

- Es necesario realizar la evaluación en un lugar amplio apto para colocar al niño(a) en una camilla o colchoneta, debe poseer suficiente iluminación y ambiente sonoro apropiado.
- Esta evaluación debe ser realizada por un terapeuta del lenguaje y si es posible con el apoyo de un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional.
- Debe iniciarse la valoración del habla primero por los movimientos más gruesos y primitivos, avanzando después a los más finos y maduros.
- Ubicar al paciente en una colchoneta o camilla en una postura inhibidora de los reflejos a que se ha acostumbrado durante el tratamiento fisioterapéutico. (esta podría ser la posición en decúbito dorsal, con las piernas colgando por el borde de la camilla y los brazos extendidos a los costados, para romper la modalidad de extensión total. (esta postura está ilustrada al final de este documento).
- El tiempo de la evaluación es de aproximadamente una hora, si el niño es pequeño y se fatiga con facilidad puede realizarse en dos sesiones de media hora.
- Para registrar y valorar cada ítem se colocará una cruz (+) si el niño/a posee la conducta, dos cruces si posee conductas más elevadas (++) y un signo menos (-) si no la posee.
- En la casilla de observación se debe anotar las características específicas de lo observado, en la mayoría de las casillas se encuentra una serie de características para subrayar la que consideramos que presenta.
- Cada ítem positivo se valora con 2 puntos, haciendo un total de 100 puntos.
- Después de obtener el punteo total es necesario ubicarlo en un rango utilizando la tabla al final del protocolo.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR EN CADA ITEM

Esta es una lista de cotejo diseñada para identificar las características específicas de la conducta motora y del lenguaje en niños con parálisis cerebral, está adaptada según los lineamientos y principios del método Bobath y es necesaria para guiar el tratamiento logopédico (con estos niños).

	CABEZA, HOMBROS Y CUELLO	MATERIALES
1	Desplazar de forma pasiva el hombro derecho del niño hacia arriba, luego el hombro izquierdo y observar el movimiento de ambos.	<ul style="list-style-type: none"> • Camilla o colchoneta.
2	Pedir al niño que desplace hacia arriba el hombro derecho y luego el izquierdo, observar el movimiento de ambos.	<ul style="list-style-type: none"> • Camilla o colchoneta.
3	Mover de forma pasiva la cabeza a la derecha y después a la izquierda, observar si los hombros o el cuerpo ruedan a esa posición.	<ul style="list-style-type: none"> • Camilla o colchoneta.
4	Pedir al niño que gire su cabeza hacia la derecha y hacia la izquierda, observar los movimientos del resto del cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> • Camilla o colchoneta.
	RISA, LLANTO Y TOS	
5	En alguna situación de juego observar si ríe de forma espontánea y normal o si presenta algún movimiento involuntario de alguna parte de su cuerpo, en caso de no poder observarlo consultar con los padres.	<ul style="list-style-type: none"> • Diversos juguetes.
6	Observar su llanto, su capacidad respiratoria durante el mismo y su reacción corporal. En caso de no tener la oportunidad de observarlo consultar con los padres.	
7	Observar su forma de toser. En caso de no tener la oportunidad de observarlo durante la evaluación consultar con los padres.	
	SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN	
8	Consultar si puede beber de un biberón.	<ul style="list-style-type: none"> • Biberón
9	Consultar si sabe succionar voluntariamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Biberón
10	Si bebe de un biberón observar si es capaz de detener la actividad de succión aunque tenga en la boca todavía el biberón.	<ul style="list-style-type: none"> • Biberón
11	Darle al niño de beber de un vaso con agua, observar si deglute con facilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Vaso con agua.
12	Durante la actividad anterior observar si posee el reflejo de atragantarse. Si no es posible observarlo consultar con los padres.	<ul style="list-style-type: none"> • Vaso con agua.

MORDEDURA Y MASCADO		
13	Dar de comer con una cuchara, observar si muerde la cuchara cuando se le introduce dentro de la boca.	<ul style="list-style-type: none"> • Cucharita. • Papilla, etc.
14	Con la actividad anterior observar si masca voluntariamente. En caso de no ser posible observarlo en la situación de evaluación consultar con los padres.	<ul style="list-style-type: none"> • Papilla o algún alimento.
15	Observar con la actividad del inciso 13 si emplea mandíbula, labios y lengua con madurez y coordinación.	<ul style="list-style-type: none"> • Papilla o algún alimento.
MOVIMIENTOS DE MANDÍBULA Y DIENTES		
16	Observar la posición de la mandíbula inferior.	
17	Observar la posición de la mandíbula mientras habla de forma espontánea.	
18	Pedir al niño que realice movimientos de mandíbula frente a un espejo (el terapeuta deberá poner el ejemplo) observar si el niño mueve la mandíbula con facilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo
19	Pedir al niño que frente al espejo articule los fonemas /a/, /o/, /u/, observar la capacidad y facilidad para mover la mandíbula.	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo.
20	Observar la dentadura del niño para determinar el estado de la misma.	<ul style="list-style-type: none"> • Linterna pequeña.
21	Pedir al niño que muerda una manzana, observar los dientes que emplea en esta acción y sus conductas motoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Manzana
PALADAR BLANDO, LABIOS Y LENGUA		
22	Iniciar con el niño una conversación para observar las características de su timbre de voz.	
23	Pedir al niño que emita el fonema /a/ de forma repetitiva con la boca abierta observar el movimiento del paladar blando.	<ul style="list-style-type: none"> • Linterna pequeña.
24	Observar de forma espontánea la posición normal de los labios del niño.	
25	Pedir al niño que haga un chasquido con los labios, el terapeuta hará una demostración.	
26	Pedir al niño que frente al espejo proyecte los labios hacia delante y luego mueva las comisuras de los labios hacia atrás, observar la habilidad con que ejecuta la acción.	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo
27	Frente al espejo pedir al niño que saque y meta la lengua con velocidad y ritmo, observar la capacidad del niño para ejecutar la acción.	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo
28	Frente al espejo pedir al niño que toque con la punta de la lengua las comisuras de los labios, observar la capacidad del niño para realizar la acción.	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo
29	Pedir al niño que toque con la punta de la lengua el labio inferior y luego el labio superior, la actividad debe realizarla frente al espejo, observar la capacidad del niño para realizar la acción.	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo

30	Frente al espejo pedir al niño que mueva la lengua de izquierda a derecha dentro y fuera de la boca, observar si el niño es capaz de mover la lengua sin mover la mandíbula.	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo
31	Durante una conversación espontánea observar si el niño es capaz de realizar movimientos sutiles de la lengua al hablar.	
32	Pedir al niño que mueva la lengua en diferentes direcciones con la boca abierta, observar con una linterna si el movimiento de la lengua es independiente con el del paladar.	<ul style="list-style-type: none"> • Linterna pequeña.
SENSIBILIDAD		
33	Realizar al niño ejercicios de estimulación sensorial: de sonidos al diferente volumen, acariciar en diferentes partes del cuerpo con diferentes texturas, degustar sabor ácido, dulce, salado, frío, caliente, manipular diferentes temperaturas, etc. Observar si aparecen en el niño espasmos por la estimulación en lagunas de las siguientes partes del cuerpo: cabeza, cuello, frente, mejillas, mentón, labios, boca, cordón alveolar, encías y lengua.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos musicales. • Algodón. • Lija. • Limón, azúcar, sal. • Hielo • Agua caliente
RESPIRACIÓN		
34	Con un cronómetro, pedir al niño que respire de forma normal durante un minuto, contar el número de respiraciones que realiza durante ese minuto.	<ul style="list-style-type: none"> • cronómetro
35	Evaluar el patrón de respiración: pedir al niño que inspire profundamente por la nariz y espire por la boca, colocar una cinta métrica alrededor del tórax del niño, medir en el momento de la inspiración cuantos centímetros se expande. Realizar la misma acción en el abdomen para determinar su patrón de respiración.	<ul style="list-style-type: none"> • Cinta métrica.
36	Consultar con los padres si el niño/a emite sonidos al respirar mientras duerme.	
37	Pedir al niño que contenga su respiración, observar si logra realizar la acción de forma voluntaria.	
38	Pedir al niño que sople con una pajilla en un vaso de agua para hacer burbujas, observar la capacidad del niño para realizar la acción.	<ul style="list-style-type: none"> • Vaso con un poquito de agua. • Pajilla.
VOCALIZACIÓN		
39	Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y luego espire por la boca emitiendo el fonema /a/. Observar la capacidad, fuerza y duración del niño para realizar la acción hasta que se le extingue la voz.	
40	Pedir al niño que realice una inspiración nasal profunda y una espiración bucal emitiendo el fonema /e/ de forma	

	entrecortada, observar la capacidad del niño/a para realizar la acción de forma voluntaria.	
41	Observar en una conversación espontánea si el timbre de voz del niño/a es acorde a su sexo y edad.	
42	Pedir al niño que juegue a imitar la voz de otras personas, la voz de mamá, la voz de papa, del abuelo, etc. Observar la capacidad del niño/a para alterar su timbre de voz.	
LENGUAJE		
43	En una conversación espontánea valorar la capacidad del niño/a para emitir palabras y frases.	
44	Pedir al niño que repita palabras que contengan las vocales al inicio, al medio y al final de la palabra y valorar la capacidad del niño/a para articular.	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de palabras.
45	Pedir al niño/a que repita palabras que contengan sonidos consonánticos al inicio, medio y final de las palabras y valorar la capacidad del niño para articular. (si es posible utilizar el test de articulación)	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de palabras • Test de articulación.
46	Observar en una conversación espontánea su velocidad y fluidez de locución así como su habilidad lingüística en general.	
47	Observar las características de su lenguaje en situaciones de estimulación emocional, cuando está enojado/a, triste, llorando, ansioso, etc. Si no es posible observarlo en la evaluación consultar con los padres.	
AUDICIÓN		
48	Observar en una situación de juego su capacidad de escuchar.	
49	Colocar al niño de espaldas al terapeuta, el terapeuta hace un chasquido con las yemas de los dedos aproximadamente a 5 centímetros del oído del niño, pedir al niño que levante la mano del lado del oído en que escucho el sonido.	<ul style="list-style-type: none"> • Silla apropiada.
50	Colocar al niño/a de espaldas al terapeuta, nombrar dos palabras fonéticamente parecidas y pedir al niño que refiera si son iguales o diferentes. Valorar la capacidad del niño para discriminar sonidos. (Con niños pequeños puede utilizarse sonidos de instrumentos musicales y con niños grandes puede utilizarse el test de Wepman.	<ul style="list-style-type: none"> • Silla apropiada. • Instrumentos musicales. • Test de Wepman

PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN DEL LENGUAJE

(Para valorar la actividad del niño)

NOMBRE: _____ EDAD: _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____

	CABEZA, HOMBROS Y CUELLO	REGISTRO	OBSERVACIÓN
1	Disociación de movimientos de hombros, por manipulación.		
2	Disociación de movimientos de hombros de forma voluntaria.		
3	Disociación de movimiento de cabeza y hombros por manipulación		
4	Disociación de movimientos de cabeza y hombros de forma voluntaria.		
	RISA, LLANTO Y TOS		OBSERVACIÓN
5	Ríe de manera espontánea y normal.		<ul style="list-style-type: none"> • Ríe en silencio. • Risa acompañada de movimientos del cuerpo. • Risa acompañada de muecas faciales. • Contiene el aliento cuando llora. • Grita más que llora. • Secreción mucosa y se ahoga cuando llora. • Dificultad para toser. • Excesiva cantidad de moco y flema.
6	Llora normalmente.		
7	Tose voluntariamente.		
	SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN		OBSERVACIÓN
8	Bebe de un biberón.		<ul style="list-style-type: none"> • Succión refleja. • En qué posición succiona con más facilidad. • Aparecen algunos de los movimientos siguientes: Cerrar ojos, puños, muecas faciales, etc. • Deglución inversa.
9	Es capaz de inhibir la succión aunque la estimulación continúe.		
10	Sabe succionar voluntariamente.		
11	Deglute voluntariamente.		
12	Reflejo de atragantarse.		
	MORDEDURA Y MASCADO		OBSERVACIONES
13	Inhibe morder cuando la estimulación continúa.		<ul style="list-style-type: none"> • Responde con mordida. • Masca por reflejo. • Tipos de alimentos que ingiere:
14	Masca voluntariamente.		
15	Emplea mandíbula, labios, y lengua con madurez y coordinación en el mascado.		

MOVIMIENTOS DE MANDÍBULA Y DIENTES		OBSERVACIONES
16	Posición adecuada del maxilar inferior en reposo.	<ul style="list-style-type: none"> • Abre la boca con la cabeza flexionada hacia delante y la cierra con la cabeza echada hacia atrás. • Anormalidades dentales. • Deglución anormal.
17	Posición adecuada del maxilar cuando habla.	
18	Mueve la mandíbula con facilidad.	
19	Coloca con facilidad la mandíbula en apertura intermedia y cierre.	
20	Posee el número de dientes acorde a su edad cronológica.	
21	Usa los incisivos y molares en la mordedura voluntaria.	
PALADAR BLANDO, LABIOS Y LENGUA		OBSERVACIÓN
22	Timbre de voz adecuado a sexo y edad.	<ul style="list-style-type: none"> • En el mascado se mueven en movimiento juntos de forma lenta y gruesa.
23	Existe movimiento del paladar blando al emitir el fonema /a/.	
24	Los labios hacen contacto uno con otro de forma normal.	
25	Puede hacer un chasquido de labios de forma voluntaria.	
26	Puede proyectar los labios hacia delante y hacia atrás de forma voluntaria.	
27	Saca y mete la lengua de forma voluntaria y coordinada.	
28	Toca con la punta de la lengua las comisuras de los labios.	
29	Toca con la punta de la lengua el labio inferior y superior.	
30	Mueve la lengua sin mover la mandíbula.	
31	Coordinación sutil de la lengua al hablar.	
32	Mueve la lengua de forma independiente con el paladar.	
SENSIBILIDAD		OBSERVACIÓN
33	Controla los movimientos de su cuerpo ante estimulación.	<ul style="list-style-type: none"> • Espasmos: cabeza, cuello, frente, mejillas, mentón, labios, boca, cordón alveolar, encías y lengua.
RESPIRACIÓN		OBSERVACIONES
34	Realiza aproximadamente 20 respiraciones por minuto.	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de respiración.

35	Respiración de predominio abdominal.		<ul style="list-style-type: none"> Respiración invertida. Inspiración asociada a espasticidad extensora, y espiración con flexora. Respiración acompañada de movimientos de cuerpo y cabeza.
36	Respira en silencio durante el sueño y la vigilia.		
37	Contiene la respiración voluntariamente.		
38	Sopla.		
VOCALIZACIÓN			OBSERVACIONES
39	Vocaliza con energía y rapidez hasta perder el aliento.		<ul style="list-style-type: none"> Se le extingue la voz. Espasmos musculares que le impiden que vocalice.
40	Sostiene una nota vocal y la interrumpe voluntariamente.		
41	Timbre de voz acorde a edad y sexo.		
42	Puede alterar el timbre de voz.		
LENGUAJE			OBSERVACIONES
43	Posee la capacidad para decir repetir palabras y oraciones.		<ul style="list-style-type: none"> Dificultades de articulación. Frases perseverativas.
44	Articula con facilidad sonidos vocálicos.		
45	Articula con facilidad sonidos consonánticos.		
46	Posee velocidad y fluidez de locución.		
47	Puede hablar en condiciones de estimulación emocional.		
AUDICIÓN			OBSERVACIONES
48	Posee capacidad auditiva.		<ul style="list-style-type: none"> Posee capacidad de escuchar durante un espasmo.
49	Busca el origen del sonido.		
50	Discrimina sonidos iguales y diferentes		

ITEMS POSITIVOS: _____

PUNTEO TOTAL: _____

NIVEL: _____

DESCRIPCIÓN CUALITATIVA: _____

TABLA DE REFERENCIA

RANGO DE PUNTEO	NIVEL
71 - 100	LEVE
41 - 70	MODERADO
21 - 40	SEVERO
0 - 20	PROFUNDO