

FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DPTO. EDUCACIÓN ESPECIAL- LOGOPEDIA

**CARRERA: LICENCIATURA EN EDUCACIÓN.
LOGOPEDIA**

TRBAJO DE DIPLOMA

LA ATENCIÓN LOGOPÉDICA A ESCOLARES CON DISARTRIA PSEUDOBULBAR

Autora: Annisel Sánchez Ortega

HOLGUÍN 2018



FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DPTO. EDUCACIÓN ESPECIAL- LOGOPEDIA

**CARRERA: LICENCIATURA EN EDUCACIÓN.
LOGOPEDIA**

TRABAJO DE DIPLOMA

LA ATENCIÓN LOGOPÉDICA A ESCOLARES CON DISARTRIA PSEUDOBULBAR

Autora: Annisel Sánchez Ortega

Tutora: Dr. C. Kenia Noguera Nuñez. Prof. Aux.

HOLGUÍN 2018



PENSAMIENTO

Nuestra educación tiene un carácter universal, se ha creado, se ha constituido y se ha desarrollado en beneficio de todos los niños del país, tenemos que a todos atenderlos, tenemos que a todos educarlos, tenemos que enseñarles a todos los que se les pueda enseñar ¡A todos y cada uno de ellos!

Fidel Castro Ruz



DEDICATORIA

A mis amados padres: Julia J. Ortega Pérez y Angel A. Sánchez Zayas.

A mis hermanos Samuel de Jesús Sánchez Alcalde y Danaisel Góngora Ortega.

Gracias a toda mi familia en general por su gran amor, por estar siempre que los he necesitado, dándome ánimo para lograr ser una excelente profesional, porque sin su ayuda, tanto espiritual como económica no hubiese sido posible seguir en esta aventura de superación, gracias por ser mis guías, en especial a mi papi poderoso que tanto amo y es el mejor del mundo, porque jamás me dejo sola y siempre disfruto conmigo estos cinco años de universidad, además que ha sido incondicional toda mi vida, por enseñarme que la modestia es un valor que debemos cultivar.

A Mis tutoras

Dra Kenia Noguera Núñez, que sin ella este trabajo no hubiese podido cruzar las barreras del saber.

MSc Claribel Amieiro Rodríguez por su apoyo incondicional y recibirme como una hija más, por haberme preparado en estos años de práctica.



AGRADECIMIENTOS

A:

- A la memoria de Fidel y a la Revolución Cubana por darle la oportunidad a tantos jóvenes como yo de formarnos como profesionales.
- Al claustro de profesores de la facultad de Educación Especial, Psicopedagogía y Arte por su empeño y entrega en la educación de sus alumnos.
- Agradecer a mis padres por llevarme por el camino correcto a pesar de los obstáculos que se presentaron durante estos cinco años, pero más que todo, hoy quiero darle las gracias sencillamente por ser mis padres. Además muchas gracias a Roberto Javier que fue mi motor impulsor durante mis cinco años de la carrera, nunca me permitió rendirme aun cuando creía que no lograré llegar al final.
- Mis amigas y hermanas de corazón: Dianelis Arcaya, Yaritza Cutiño; siempre las tengo presentes porque es un gran privilegio encontrar su amistad porque siempre estuvieron cerca, fueron mi gran ayuda cuando me encontraba lejos de casa, gracias por amarme siempre y enseñarme que debemos vivir la vida minuto a minuto y encontraremos en cada uno de ellos un motivo por el cual conducirnos de la forma correcta.

¡A todos, gracias!



RESUMEN

En la presente investigación se da respuesta a la problemática acerca de cómo favorecer la atención logopédica a escolares con disartria pseudobulbar, como continuidad de procesos de estimulación, corrección y/o compensación del lenguaje de los escolares que presentan esta patología en la escuela especial Héctor GuidiNorat, del municipio de Banes.

Para la realización de la propuesta y con ayuda de diferentes métodos de investigación se identificaron las insuficiencias existentes y se procedió al diseño de clases logopédicas. Estas se consideran herramientas metodológicas dirigidas a los logopedas y a los agentes educativos en aras de lograr una eficiente aplicación de estas clases logopédicas; en la misma se brinda la información necesaria para desarrollar con calidad la ayuda logopédica. El sistema de clases logopédicas una vez aplicado en la práctica educativa permitió arribar a la conclusión de que la aplicación de estas clases posibilita mejorar el habla, la respiración y la motricidad general de los escolares.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
EPÍGRAFE 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS ACERCA DE LA ATENCIÓN LOGOPÉDICA A LOS ESCOLARES CON DISARTRIA PSEUDOBULBAR	5
1.1. La disartria como trastorno del nivel comunicativo habla	5
1.1.2. Clasificación de la disartria	6
1.2. La atención logopédica en casos de disartria pseudobulbar	10
1.2.1. El proceso de exploración logopédica	
1.2.2. Estrategia general de intervención logopédica	14
1.2.3. Descripción de técnicas para la intervención en las disartrias	19
EPÍGRAFE II. ACTIVIDADES PARA LA ATENCIÓN LOGOPÉDICA A ESCOLARES CON DISARTRIA PSEUDOBULBAR	25
2.1. Fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan el diseño de las clases logopédicas	25
2.2. Clases logopédicas para la atención a los escolares que presentan disartria pseudobulbar	25
2.3. Estrategia investigativa seguidas en el estudio de escolares con disartria pseudobulbar	41
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La ayuda logopédica es considerada como uno de los resultados que develan el carácter humanista del sistema educacional en Cuba, pues desde ella se ofrece a todos y cada uno de los niños y escolares que tienen trastornos del lenguaje y la comunicación los recursos y apoyos necesarios para alcanzar calidad de vida. Estas acciones de detección, diagnóstico e intervención se ejecutan de manera conjunta con el Ministerio de Salud Pública.

Este estudio se realiza con niños diagnosticados con disartria. Trastorno del habla causado por diferentes enfermedades y traumatismos de carácter neurológico en los que se afecta todo un conjunto de estructuras que participan en la producción de la secuencia del habla y la acción coordinada de la respiración, la fonación, la articulación; entre estas estructuras se destacan los pares craneales V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, que reciben inervación del cerebro a través del tracto corticobulbar de los pares raquídeos cervicodorsales y de la influencia del tracto corticopontino, el cerebelo y sistema extrapiramidal.

Cuando el daño es ocasionado en la motoneurona superior, específicamente en el tracto corticobulbar y se afecta de forma bilateral la disartria que aparece es la pseudobulbar. Esta disartria se caracteriza por la presencia de espasticidad y por la disminución o ausencia de movimiento en los músculos involucrados (Brookshire, 2007). Por la complejidad del cuadro etiopatogénico en este estudio nos dedicaremos a abordar la intervención en casos de escolares que la padecen.

Las investigaciones realizadas en Cuba sobre escolares con disartria han estado asociadas a casos que presentan parálisis cerebral dentro de ellas se destacan Betancourt, E (2014) que aborda la orientación a la familia para la atención educativa de sus hijos y Martínez – Maresma, Y(2015) que propone vías para la intervención desde la atención ambulatoria.

La búsqueda teórica de investigaciones relacionada con la intervención logopédica en niños con disartria revela que existe consenso en las formas de su abordaje; sin embargo, el estudio de los libros de textos para nuestra formación como maestros logopedas no revelan todas las aristas presentes en las publicaciones científicas. La profundización en la práctica logopédica mediante la observación y la entrevista permite a la autora de este estudio identificar la siguiente **situación problemática**:

- Los escolares diagnosticados con disartria avanzan muy poco con la ayuda logopédica que se les ofrece.
- El proceso de intervención logopédica se caracteriza por ser rutinario, en el que no se incluyen o combinan técnicas de naturaleza psicolingüísticas y neuropsicológicas. Los materiales y medios que se emplean no son novedosos.
- Falta precisión de las áreas a estudiar y a intervenir en la atención logopédica a escolares con disartria, desde la actualización científica del contenido.

Las anteriores consideraciones permiten identificar el siguiente **problema científico**: ¿Cómo favorecer la atención logopédica a escolares con disartria?

La disartria como trastorno del habla puede manifestarse de diferentes formas, uno de ellos es según el síntoma clínico que prevalece; por ello se precisa como **objeto de estudio**: El proceso de atención logopédica a escolares con disartria pseudobulbar.

A partir del estudio del objeto y en relación con el alcance del problema se determinó como **objetivo de la investigación**: Elaborar clases logopédicas para la ayuda a escolares con disartria pseudobulbar.

Para estructurar la lógica de la investigación y obtener resultados concretos durante el tránsito por cada una de sus etapas, se plantean las siguientes **preguntas científicas**:

- ¿Cuáles son los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan el proceso de atención logopédica a los escolares con disartria y en particular la pseudobulbar?
- ¿Qué particulariza el desarrollo de la comunicación de los escolares objeto de estudio?
- ¿Qué particularidades deben tener las clases logopédicas para escolares con disartria pseudobulbar?
- ¿Qué resultados se obtienen con la aplicación de las clases logopédicas en escolares con disartria pseudobulbar?

Para dar respuestas a las preguntas científicas se trazaron las siguientes **Tareas de investigación**:

1. Sistematización de los fundamentos teóricos y metodológicos sobre la atención logopédica en casos con disartria y su peculiaridad en la pseudobulbar.
2. Caracterización de las particularidades de la comunicación de los escolares de la muestra.

3. Elaboración de clases logopédicas para la ayuda a escolares con disartria pseudobulbar.
4. Evaluación de los resultados obtenidos en los escolares con la aplicación de las clases logopédicas.

Para el estudio se emplean diferentes métodos del nivel teórico y empírico, dentro de ellos se encuentran:

Del nivel teórico:

- **Análisis-síntesis:** permite recoger información relacionadas con los postulados teóricos y metodológicos del tema que se investiga, la integración y la fundamentación respectiva de lo general a lo particular y viceversa, así como en todo el proceso de investigación.
- **Inducción – deducción:** En la determinación de las características que reflejan los escolares para la identificación de las áreas afectadas y las necesidades de ayuda logopédica.

Modelación: en la conformación de las diferentes partes de la investigación, de modo que se logre transformar la situación actual al estado deseado, con énfasis en la estructuración de las clases logopédicas.

Del nivel empírico:

- **Observación:** que estará presente en todo el proceso de investigación para la caracterización del habla y las particularidades en general de los escolares con disartria pseudobulbar; así como para valorar la efectividad de las actividades propuestas.
- **Entrevista:** para conocer sobre las particularidades del proceso atención de logopédica a estos escolares y recopilar puntos de vistas sobre el accionar del logopeda en la realización de los diferentes funcionalismos y técnicas.
- **Análisis de documentos:** se utilizó para profundizar en el estudio del expediente clínico - psicopedagógico y los documentos de la atención logopédica en casos con disartria pseudobulbar. En ellos se profundizará en el diagnóstico y la caracterización realizada por los especialistas de la medicina.

- **Estudio de caso:** como método fundamental para estudiar a los escolares de la muestra, el estado inicial y los cambios operado en el habla a partir de la sistematización de las actividades logopédicas y la incorporación de otras técnicas y funcionalismos.
- **Técnicas de exploración logopédica:** para determinar las características del habla y del lenguaje de los escolares con disartria pseudobulbar.

Población y Muestra: Coinciden, pues existen dos niños con disartria pseudobulbar en la escuela especial Héctor Guidi del municipio Banes.

EPÍGRAFE 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS ACERCA DE LA ATENCIÓN LOGOPÉDICA A LOS ESCOLARES CON DISARTRIA PSEUDOBULBAR

1.1- La disartria como trastorno del nivel comunicativo habla

La disartria es un trastorno motor del habla de origen neurológico que está caracterizado por lentitud, debilidad, imprecisión, incoordinación, movimientos involuntarios y/o alteración del tono y de la musculatura implicada en el habla. En consecuencia, la disartria implica una alteración de la articulación de la palabra. Etimológicamente, la palabra proviene de dos términos griegos: “dis” -prefijo que significa “alteración”- y “arthros” -“articulación”.

Las disartrias forman un grupo de trastornos marcados por una alteración en la ejecución del movimiento que afecta la producción del habla. Según Duffy¹, es un trastorno neurológico del habla que resulta de anomalías en la fuerza, velocidad, rango, regularidad (estabilidad), tono o exactitud de los movimientos requeridos para el control de la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia en la producción del habla.

En su definición existe consenso al considerarla como trastorno del habla y en sus características y etiopatogenia, a continuación se presenta un análisis que confirma lo planteado.

Según Darley, Aronson y Brown (1992) las disartrias son aquellas perturbaciones del habla causadas por parálisis, debilidad o incoordinación de la musculatura del habla de origen neurológico que ocasiona trastorno motor sobre la respiración, fonación, resonancia, articulación de la palabra y prosodia.

Por su parte Prater (1999) la define como alteraciones de la inervación motora de los músculos del mecanismo vocal que se caracterizan por trastornos de la articulación, de la fonación, la resonancia y la respiración que traen como consecuencia anomalías neuromusculares como trastornos de la fuerza muscular, o del tono o de excesivos movimientos involuntarios

Según el criterio de Álvarez - Lami (2016), la disartria es una alteración del habla que tiene como base un trastorno neurológico, y que generalmente se acompaña de alteraciones de los movimientos biológicos de los órganos buco faríngeos y en ocasiones de incoordinación fono - respiratoria. Es fundamentalmente un

¹ . González, Rafael A., Bevilacqua, J. A. En Revista Hospital Clínico Universidad de Chile (2012); 23: 299 - 309

problema del habla, se acompaña en la mayoría de los casos de problemas concomitantes de voz, dada la íntima relación anatómica y funcional que tienen estos dos niveles de comunicación y de la participación frecuente de la misma inervación para ambas funciones.

En su **etiología se destaca que** el origen motor del problema que puede deberse a un trastorno vascular, traumático, infeccioso, neoplásico, metabólico y degenerativo, entre otros.

1.1.2 Clasificación de la disartria

De acuerdo a la estabilidad del cuadro disártrico este se valora como de curso natural en el que puede seguir varios patrones evolutivos, incluyendo del desarrollo (como en la parálisis cerebral de un niño), regresivo (primeras etapas post traumatismo encéfalo craneano (TEC) o accidente cerebro vascular (ACV), estable (como la parálisis cerebral en un adulto), progresivo (como en las enfermedades degenerativas, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), Parkinson, etc.) o fluctuante como en algunos casos de esclerosis múltiple (EM).

Según su **severidad**, las disartrias pueden presentar diferentes grados, desde una alteración leve hasta la incapacidad de hablar o anartria, -que significa sin habla-, en ella el sujeto emite sólo sonidos inarticulados (sonidos guturales). En muchas ocasiones cursa con problemas de deglución a causa de la disfunción de la musculatura oro-facial.

Según el **nivel de la lesión** en el sistema nervioso central o periférico o ambos, incluyendo el cerebro, cerebelo, ganglios basales, tronco cerebral y nervios craneales, placa neuromuscular o músculo. Por el sitio de la lesión podemos encontrar la disartria:

1. **Disartria bulbar:** causada por una lesión en el bulbo raquídeo, afecta a los núcleos del aparato oro-linguo-faríngeo.
2. **Disartria pseudobulbar:** la lesión se localiza en las vías corticobulbares, que unen la corteza cerebral, que envía los estímulos voluntarios, con los centros del bulbo raquídeo. Puede aparecer por infartos lacunares o a enfermedades como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA).
3. **Disartria cerebelosa:** se debe a afectación del cerebelo, órgano importante en la coordinación del movimiento corporal.
4. **Disartria parkinsoniana:** la que se da en el contexto de una Enfermedad de Parkinson o en otros síndromes parkinsonianos.

Por el sitio de la lesión (Prater) clasifica las disartrias:

- Por trastornos de la motoneurona superior.
- Por trastornos de la motoneurona inferior.
- Por trastornos cerebelosos.
- Por trastornos extrapiramidales
- Por trastornos de múltiples sistemas motores.

Según su **fisiopatología** puede haber distintos procesos alterados resultando en espasticidad, flacidez, ataxia, temblor, rigidez, dismetría y/o movimientos involuntarios, o una combinación de los mismos. Estas particularidades conducen a clasificarla por **los síntomas acompañantes en:**

- Disartria espástica.
- Disartria flácida.
- Disartria atáxica.
- Disartria discinética: - Hipercinética, Hipocinética
- Disartria mixta P/E: - Esclerosis Múltiple, Parálisis Bulbar progresiva

La disartria espástica es una alteración del habla producida por daño bilateral de la vía corticonuclear y/o corticoespinal. En ella se afecta la motoneurona superior.

Entre sus causas podemos mencionar ACV, TEC, lesiones desmielinizantes, neoplasias, infecciones del SNC, enfermedades degenerativas, entre otras.

El mecanismo está determinado por una parálisis espástica, debilidad, movimientos limitados y lentos..

Las alteraciones de las vías piramidales y extrapiramidales provocan espasticidad y debilidad muscular que afecta los mecanismos de la respiración, la fonación, la prosodia y la articulación. Esto lleva a la aparición de limitaciones en la inteligibilidad del habla tales como:

- Exceso prosódico: presenta una tasa de habla lenta y acentuación excesiva y equitativa para todas las sílabas de la palabra.

- Insuficiencia prosódica: se caracteriza por reducciones en la acentuación, uso de frases cortas y escasas variaciones en tono e intensidad.
- Incompetencia articulo-resonadora: caracterizada por una imprecisión articulatoria, distorsión vocálica e hipernasalidad.
- Estenosis fonatoria: caracterizada por una tasa de habla baja, frases cortas, un tono agravado y con rupturas y voz áspera, tensa y estrangulada.

La disartria flácida se debe a un daño en la motoneurona inferior, en los nervios craneales V, VII, IX, X y XII. Ocurre como consecuencia de alteraciones a nivel del núcleo motor, de sus axones o la placa neuromuscular. En su base etiológica se identifica a los ACV, TEC, ELA, tumores del SNC, neuritis, síndromes miasténicos, y distintos procesos musculares distróficos.

Se manifiesta por una parálisis flácida con debilidad, hipotonía y atrofia muscular, pudiendo haber fasciculaciones. Las características perceptuales de este tipo de disartria consisten en una voz soplada (voz sin resistencia y débil), con hipernasalidad y distorsión consonántica.

La disartria atáxica ocurre por un daño de los circuitos del control cerebeloso de la motricidad. Las características son más evidentes en la articulación y la prosodia. Sus causas más frecuentes son los ACV, TEC, tumores del cerebelo, cerebelitis, enfermedades heredo genéticas, etc.

En estas afecciones las estructuras implicadas en el habla presentan hipotonía, lentitud motora, inexactitud en el rango, dirección y tiempo del movimiento (ataxia). Las características perceptuales de esta forma de disartria son la distorsión consonántica, acentuación excesiva e igual en cada sílaba y quiebres articulatorios irregulares

La disartria discinética: hiper e hipocinética surgen como consecuencia de daños en los ganglios basales.

La disartria hipocinética está asociada a una disminución en la cantidad y velocidad de los movimientos por compromiso del sistema extrapiramidal. Entre sus causas más frecuentes se encuentra la enfermedad de Parkinson. La disartria se manifiesta por hipocinesia, bradicinesia, rigidez y temblor de reposo, lo que determina que las características perceptuales sean la mono tonalidad, mono intensidad, hipofonía y falta de acentuación

La disartria hipercinética se asocia con síndromes con aumento en la cantidad y velocidad de los movimientos determinados por el sistema extrapiramidal. Este tipo de disartrias puede ser clasificado de acuerdo a la velocidad de los movimientos involuntarios (hipercinesias rápidas o lentas).

La disartria hipercinética predominantemente rápida se observa en los síndromes coreicos, el balismo, el síndrome de Gilles de la Tourette, entre otros. Se caracteriza por la presencia de movimientos involuntarios rápidos, con tono muscular variable. Sus características perceptuales son la distorsión consonántica, con intervalos prolongados, velocidad variable y monotonía. Se acompaña de una voz áspera, con silencios inapropiados, distorsión vocálica, excesivas variaciones de intensidad y episodios de hipernasalidad

La disartria hipercinética predominantemente lenta se observa en la atetosis, las distonías, la discinesia tardía. Se manifiesta por movimientos lentos y retorcidos involuntarios e hipertonía. Sus características perceptuales son la distorsión consonántica, voz áspera forzada y estrangulada, quiebres articulatorios irregulares acompañados de mono tonalidad y mono intensidad.

Las disartrias mixtas son el resultado de alteraciones en dos o más sistemas implicados en la producción del habla y por lo mismo, sus características corresponden a una combinación de los defectos más o menos puros descritos previamente. De acuerdo a la serie de la Clínica Mayo, el 29.1% de todas las disartrias corresponden a este tipo. Se pueden reconocer tres tipos de disartria mixta:

La disartria mixta espástica-flácida que es causada por un defecto combinado de la motoneurona superior e inferior como ocurre en la ELA y algunos ACV. Hay parálisis o paresia que determina movimientos lentos, de rango limitado, con espasticidad que depende del compromiso relativo de la motoneurona inferior. Perceptualmente, se observa distorsión consonántica, hipernasalidad, voz áspera, habla lenta, mono tonalidad, frases breves, distorsión vocálica, mono intensidad, exceso e igual acentuación y prolongados intervalos.

En la disartria mixta (variable) **espástica- atáxica-flácida** hay afectación de la motoneurona superior, la inferior y los circuitos cerebelosos de manera variable. Típicamente se observa en la EM. Como es de esperar hay espasticidad, paresia, lentitud y limitación del rango de movimientos y ataxia. Perceptualmente, hay lentitud del habla, con voz áspera y quiebres articulatorios irregulares.

En la disartria **espástica-atáxica-hipocinética** hay un compromiso combinado de la motoneurona superior y los circuitos cerebelosos y extrapiramidal como se da en la enfermedad de Wilson. Se presenta con temblor de intención, rigidez, espasticidad y movimientos lentos. Las características perceptuales son una

acentuación reducida, mono tonalidad, distorsión consonántica y lentitud en el habla y excesiva e igual acentuación con quiebres articulatorios irregulares.

1.2 La atención logopédica en casos de disartria pseudobulbar

El proceso de atención logopédica inicia con la exploración logopédica, transita por la emisión del criterio diagnóstico y su pronóstico el que permite elaborar la estrategia de atención logopédica.

1.2.1 El proceso de exploración logopédica

En la exploración como proceso se busca identificar aquellos órganos que afectan a la programación o ejecución motora, debiendo intervenir en: respiración, fonación, resonancia, articulación, el habla, acento y entonación. Una vez identificada la naturaleza de la alteración, realizaremos una valoración más exhaustiva del niño en aquellos aspectos que consideramos puedan precisar una respuesta educativa más específica y diferenciada. En la disartria se investiga:

1. Bases anatómicas y funcionales del habla:
- 2.- Mecanismos motores del habla.
- 3.- Discriminación auditiva y fonológica
- 4.- Fonología.
- 5.- Respiración
- 6.- Fluidez del habla

En las **bases anatómicas y funcionales** se profundiza en las posibilidades de las estructuras orgánicas relacionadas con el habla. Se tiene en cuenta el tamaño, la forma y la interrelación entre dichas estructuras (factor anatómico) así como su funcionamiento durante la articulación verbal (aspecto fisiológico). Hay que tener en cuenta que no existe una relación directa y estrecha entre el tipo y grado de anomalía funcional y las características del habla dada la capacidad del organismo para compensar las limitaciones anatómicas o fisiológicas.

- Tamaño y forma de la cavidad oral para saber si la lengua, con sus características, puede moverse apropiadamente en ese espacio.

- Configuración del paladar blando, movilidad y coloración. posibilidad de formar el anillo velofaríngeo, su movilidad cuando tose. Facilidad en el soplo y al beber líquido a través de una paja. Expresiones faciales al hablar, al contraer las alas de la nariz.
- Existencia de hipertrofia adenoidea ya que puede reducir el paso del aire desde la laringe hacia las cavidades oral y nasal, y dificultar el movimiento del velo del paladar.
- Características de la oclusión dental: mal oclusión, espacios interdentes demasiado amplios, ausencia de piezas dentarias.
- Cavidades nasales: posible obstrucción nasal: asimetría nasal, presencia de voz nasal por incompetencia velo faríngea.
- Lengua: tamaño de la lengua en relación al tamaño de la cavidad oral; configuración; si permite la movilidad de la lengua; precisión y velocidad de movimiento; temblor y rigidez; actividades funcionales como tragar, pasar la comida de un carrillo a otro.
- Labios: observar la cantidad de tejido, la asimetría. Tono muscular, motilidad y praxias labiales.
- Maxilares: observar la progenie

Cómo evaluar: con la observación directa, mediante la imitación de movimientos ante un espejo y con la manipulación directa, información otros profesionales: otorrinolaringólogo, ortodoncista, neurólogo.

Exploración de los mecanismos motores del habla

Qué Evaluar

- La musculatura facial: se examina durante el movimiento voluntario y en ausencia del mismo. Observar por ejemplo una asimetría del surco naso geniano, la ausencia de arrugas en la frente; limitación de la excursión lateral de los labios.
- Movimiento voluntario de la mandíbula o la obertura de la boca: existencia o no de desviaciones; musculatura de elevación de la mandíbula (maseteros y temporales en la masticación); musculatura que deprime la mandíbula (apertura contra resistencia)
- Observación de la lengua en reposo: forma, presencia de movimientos anormales, arrugas. Movimientos voluntarios de protrusión, elevación, lateralización y movimientos laterales rápidos de la lengua. Existencia o no de asimetría en la fuerza o extensión de los movimientos linguales.
- Observación de la posición en reposo de los arcos del paladar y su movimiento al emitir la vocal "a": posición y posibilidad de elevación asimétrica.

- Aparato fonador: posible paresia o parálisis de las cuerdas vocales. Valoración de una posible hipofonía o ronquera
- Apraxia oral: dificultad para realizar movimientos voluntarios de lengua, labios, mandíbula, laringe y musculatura facial.

Cómo Evaluar

Observación directa

Escala de items a realizar mediante órdenes y mediante imitación. Información otros especialistas.

Discriminación auditiva y fonológica:

Discriminación e identificación de sonidos del medio

Discriminación figura fondo

Discriminación fonológica de palabras

Discriminación de fonos

Fonología o pronunciación:

Qué evaluar en esta dimensión:

- El inventario fonémico o repertorio de fonemas. Los sonidos que funcionan para señalar un cambio en el significado.
- Las alteraciones que los fonemas experimentan cuando ocurren en contextos fonéticos diferentes o inventario fonético.
- El sistema de reglas o procesos fonológicos
- A qué nivel ocurren los problemas: perceptivo; articulatorio; organizativo.
- La consistencia en la producción

Cómo evaluar esta dimensión.

Mediante la imitación: se intenta que el sujeto repita una lista de palabras en las que se encuentran representados los fonemas del sistema fonológico de una lengua en distintas posiciones y contextos lingüísticos.

Mediante la denominación se presenta la imagen de un objeto o acción para que se emita el nombre del referente.

Mediante las muestras de habla espontánea

Respiración

Tipo de respiración: torácica/abdominal/diafragmática; invertida/directa; profunda/superficial; lenta/rápida; regular/entrecortada; nasal/bucal.

Capacidad pulmonar

Capacidad de retención/soplo

Cómo Evaluar

Observación directa

Imitación

Ejecución tras consigna.

Con todos los aspectos teóricos abordados que ayudan al diagnóstico y a conocer la afectación general del escolar con una disartria, es necesario hacer su evaluación individual que contemple los aspectos psicológicos, sociales, físicos, del habla y la voz que da la posibilidad de hacer un programa rehabilitatorio para en el que se tengan prioridades en los aspectos que más estén tomados y se adecuen las técnicas funcionales logofoniatricas a las características particulares de cada uno de ellos y a sus posibilidades físicas, psicológicas y a su grado de comprensión.

A grandes rasgos este trabajo sirve para planificar el programa inicial de rehabilitación de la comunicación. Para ello establece las destrezas y habilidades del escolar, su entorno social comunicativo y de aprendizaje, su grado de autonomía, los objetivos a reforzar o a mantener, el estado actual de su comunicación y las posibilidades de acceso al ordenador.

Por otra parte, hay test que particularizan más algunas cuestiones como la evaluación de la alimentación que está comprometida en grado variable en muchos niños con disartria y que por la gama de aspectos que recoge resulta útil también para evaluar el estado de los labios, los movimientos linguales, maxilares, del velo,

la oclusión dental, la faringe, los reflejos orales en niños pequeños de búsqueda, succión, deglución, postura y sensibilidad de los alimentos en la boca.

Un ejemplo es la técnica utilizada por Metayer (1995) que recoge los siguientes aspectos:

1- Patrón postural anormal del niño y de la madre durante la alimentación.

2- No control cefálico ni del tronco.

3- Disfagia de la fase oral de la deglución.

a) Incoordinación succión-deglución

b) Incoordinación masticación-deglución.

c) Función del labio restringida.

d) Motricidad reducida de la lengua.

e) Disfunción mandibular.

f) Masticación.

4- Disfagia de la fase faríngea de la deglución.

5- Disfagia de la fase esofágica de la deglución.

6- Dinámica de la alimentación inadecuada.

1.2.2 Estrategia general de intervención logopédica

El proceso de atención Logopédica se concibe en forma de alternativas pedagógicas se insertan en la dirección del aprendizaje, al estructurar los niveles de prevención para las personas con necesidades educativas especiales en la comunicación verbal, distinguiéndose su carácter procesal, sistémico, al ofrecer opciones pedagógicas, ser flexibles, variable y diferenciado porque depende de cada persona y contexto y es susceptible de generalización. (Pérez Serrano, 2002)

Los objetivos generales de la atención logopédica se dirigen a:

1. Mejorar la motricidad general y articularia.
2. Preparar los órganos articulatorios para la producción del habla.
3. Eliminar el babeo.
4. Corregir las alteraciones en la pronunciación de los sonidos.
5. Instaurar la respiración en función de la emisión verbal.
6. Mejorar las alteraciones en las cualidades de la voz.
7. Trabajo con el resto de los componentes del lenguaje, los procesos fonemáticos y el lenguaje escrito.

La estrategia también incluye acciones de orientación a padres y familias del escolar y a coordinar el trabajo conjunto con otros profesionales de educación y de salud pública.

Se inicia con ejercicios pre-articulatorio y de respiración dirigido a:

- Fortalecimiento de mejillas, labios, lengua y velo.
- Ejercicios de mímica facial.
- Movimientos linguales en las 4 direcciones.
- Extenso proyección bilabial funcional sonora.
- Gimnasia respiratoria.
- Soplos de jadeo.
- Espiración prolongada sin y con vocalizaciones.
- Creación del esqueleto fonemático de los diferentes sonidos verbales del idioma (sigmoterapia, funcionalismo J, vibración bilabial, arco lingual funcional, funcionalismo P, K, G, etc., en dependencia de los fonemas afectados.

Se continuará con:

- Funcionalismos unidos a vocales y continuar con los pasos establecidos hasta la automatización del fonema afectado.
- Habla silabeada.
- Repetición de frases y oraciones marcando la articulación.
- Habla sobre articulada.

- Lectura fraseológica.
- Cuchicheo extenso e intenso.
- Sincronización entre la escritura y el habla.
- Habla con lentitud exagerada.

Trabajo con las cualidades de la voz:

Para mejorar el timbre parético y aumentar la intensidad

- Técnicas de empuje (si el paciente tiene posibilidades de hacerlas)
- Funcionalismo P
- Conteo de números, palabras, frases y oraciones con apoyo abdominal.
- Staccato
- Técnicas tusígenas
- Retroalimentación
- Ejercicios de sobre articulación
- Aumento de tono
- Emisión con ruido competitivo

Para la resonancia nasal aumentada se realizarán

- Funcionalismos, P, K, S.
- Soplos de jadeos
- Ejercicios s-t
- Denasalización a partir de la J y la S
- Staccato con K y P
- Técnicas de empuje si el paciente tiene posibilidad
- Modificación de la posición de la lengua
- Cuchicheo intenso
- Sobre articulación

- Aumento de la intensidad
- Disminución del tono,
- Retroalimentación auditiva

Para mejorar el timbre espástico:

- Ejercicios relajatorios de tracto buco-faríngeo-laríngeo
- Emisión con inclinación y rotación de la cabeza
- Siquinesiamáxilo-vocal
- Masticación sonora natural
- Masticación sonora verbal
- Técnica de bostezo-suspiro
- Terapia de canto.
- Susurro

Para el control del aumento de la intensidad

- Retroalimentación auditiva
- Contraste de intensidades
- Masticación sonora natural, seguida de frases y oraciones
- Masticación sonora verbal
- Técnica de bostezo-suspiro
- Siquinesiamáxilo-vocal
- Susurro

Para mejorar la monotonía

- Terapia de canto
- Conversación mediante canto

- Variación de tonos e intensidades
- Imitar patrones de entonación
- Repetición de oraciones marcando entonación, oraciones interrogativas, afirmativas y contrastantes
- Repetición de oraciones marcando elementos de enlace
- Interjecciones
- Retroalimentación

Para la disentonía

- Emisión de sonido neutro monótono
- Habla monótona
- Técnicas relajatorias
- Masticación sonora natural, seguida de frases y oraciones con monotonía
- Siquinesiamáxilo-vocal
- Cuchicheo
- Retroalimentación auditiva.

Para la fluidez

- Técnicas espiratorias
- Técnicas de ritmo
- Técnicas entonacionales (marcar entonación en palabras, frases y oraciones)
- Masticación sonora natural
- Terapia de canto
- Staccato.
- Conversación mediante canto

Técnicas para la respiración

- Toma del aire nasal y expulsión lenta por la boca
- Respiración de flancos
- Toma de aire acompañada de movimientos de expansión tóraco- abdominal. Toma de aire con control espiratorio abdominal
- Relajar abdomen en inspiración y contraer durante la espiración.
- Espiración con sonido neutro, controlando el tiempo de fonación que debe ser cada vez más largo, con frases y oraciones cada vez más largas
- Contar la mayor cantidad de números y/o palabras con una espiración
- Staccato

Terapia para la deglución

- Estimular los labios, la lengua y la faringe
- Ejercicios de mímica facial
- Contractura velar y faríngea (funcionalismos K, P, G)
- Técnicas masticatorias
- Técnicas de empuje
- Postura corporal adecuada
- Adecuación de la dieta

1.2.3 Descripción de técnicas para la intervención en las disartrias

Terapia de la deglución:

La disfagia acompaña en muchas ocasiones a la patología que nos ocupa, ya sea en niños con parálisis cerebral u otras causas o en adultos que cursan sobre todo con paresias o con incoordinación neuromuscular, lo que limita la calidad de vida y puede llevar al paciente a la muerte por desnutrición o por bronco aspiración.

Según el criterio de Metayer (1995), Bassin (1999), La terapia depende de la colaboración de foniatras, fisiatras, cirujanos, otorrinos, dietistas, psicólogos, familiares y del propio paciente. Si se estimula los labios, la lengua y la faringe se está contribuyendo a la fase oral y faríngea de la deglución debido a que se aumenta la motilidad de esa zona y se mejora el fisiologismo alterado. Las conocidas técnicas de mímica facial, abuchar las mejillas, extender y proyectar los labios, de contractura velar y faríngea, los movimientos linguales y los ejercicios articulatorios son válidos para este fin (Puyuelo 1996)

Las técnicas masticatorias son de gran utilidad para los órganos que participan tanto en la deglución, en la articulación y en la emisión vocal porque envuelven todo un conjunto de movimientos coordinados de músculos relacionados entre sí y que son los responsables de estas tres actividades biológicas que se afectan casi por igual en muchos pacientes. Estos ejercicios y otros contribuyen también a disminuir el babeo característico en estos casos por paresia y falta de control de labios, mejillas y lengua y por la propia dificultad deglutoria. La adecuación de la dieta, el uso de la cuchara y el vaso y el mantenimiento de una postura corporal adecuada complementan esta terapia.

Postura corporal

Una buena postura corporal es importante para la adecuada emisión de los sonidos, una buena respiración para los efectos del habla y la voz, un eficiente desarrollo articulatorio y una mejor deglución. Estas técnicas incluidas en el llamado tratamiento neuroevolutivo desarrollado por Bobath (1965) tienen como meta la facilitación del tono postural normal. En los niños espásticos reducen el tono y en los flácidos tienden a normalizarlos, además de crear patrones de movimientos adecuados.

Terapia rehabilitatoria oral

El éxito de la terapia depende del conjunto de síntomas y signos neurológicos, musculares, respiratorios del habla, la voz, el estado físico y psíquico en general, de la cooperación del paciente y de su entorno familiar y social, del nivel de aspiraciones, de su edad, de su inteligencia, de sus posibilidades de asistir a la terapia con regularidad y por supuesto, del interés y la preparación del terapeuta.

Según Prater (1992), el efecto de cada técnica depende de la gravedad de la afectación neuromuscular, de si el trastorno es progresivo o no, si el paciente es capaz de compensarlo, si está motivado, si tiene capacidad

física e intelectual para aprender cada técnica y aplicarla en la comunicación y de si no tiene trastornos auditivos o visuales.

En general los trastornos de la pronunciación y la prosodia son los que más se presentan e incapacitan la comunicación, no obstante, en ocasiones como en la Esclerosis Lateral Amiotrófica o en la enfermedad de Parkinson la pérdida de la voz es la que impera, en cuyo caso, habría que priorizar la terapia hacia ese trastorno.

Los movimientos enlentecidos, limitados, rígidos e imprecisos de los órganos fonoarticulatorios, propios de la disfunción neuromuscular deben tratarse, al igual que la insuficiencia y la mala coordinación fonorespiratoria.

La idea es que cada técnica vaya acompañada de sonido vocal, no olvidar la postura corporal y el tratamiento de otros movimientos y funciones biológicas tan importantes como la masticación y la deglución.

Utilizar cuando sea posible, la retroalimentación táctil, visual, auditiva, cinestésica y propioceptiva (posición y estado de diferentes órganos)

Hay que recordar que la terapia es dinámica y que una técnica funcional puede servir para más de un problema y que una técnica que sea efectiva en un paciente, a lo mejor no lo es con otro que tenga el mismo problema. Habrá entonces que encontrar la más conveniente para esta nueva situación.

Terapia para la articulación

Los problemas de pronunciación están presentes en mayor o menor grado en la inmensa mayoría de los pacientes con espasticidad, flacidez, incoordinación muscular o trastornos del movimiento. Debe observarse una lógica en la secuencia de indicaciones de las diferentes técnicas, en dependencia de la alteración cuantitativa y cualitativa que tenga el enfermo. No es lo mismo la dificultad que va a exhibir un paciente anártrico, con quién es necesaria comenzar quizás con ejercicios prearticulatorios y con la creación de cada fonema, que el paciente con restos disártricos con quién se podrá comenzar con ejercicios de sobre articulación en oraciones y conversación. Las siguientes técnicas, bien manejadas por el especialista tienen efectos positivos sobre la articulación.

Ejercicios pre-articulatorios

Técnicas de fortalecimiento y de coordinación de mejillas, labios, lengua y velo (inflar mejillas, pasar el aire de una a la otra, atrapar aire entre dientes y labios, movimientos de extensión, proyección, lateralización y rotación de los labios, exteriorizar e introducir la lengua, moverla en las 4 direcciones, tocar con la lengua el paladar duro, los carrillos, las regiones internas y externas de los labios, empujar con ella los dientes con la boca cerrada, tocar ambas mejillas con la lengua, sacarla y dejarla quieta por unos segundos fuera de la boca, degustar, deglutir, hacer chasquidos con la garganta, soplar.

Mímica facial (imitar el lanzamiento de un beso, un silbido, fruncir la frente, cerrar y abrir fuertemente los ojos, la boca, hacer muecas, subir las cejas. Extensa proyección bilateral funcional sonora, masticación sonora amplia, sinquiesiamaxilo-bucal.

Ejercicios articulatorios

Creación del esqueleto fonemático de los diferentes sonidos verbales del idioma (sigmoterapia, funcionalismo J, vibración bilabial, arco lingual funcional, funcionalismo P, K, G, etc, en dependencia de los fonemas que haya que crear y continuar con los pasos establecidos hasta la automatización del fonema), funcionalismos fonemáticos, habla silabeada, técnicas de sobre articulación en palabras, frases, oraciones y conversación, cuchicheo extenso e intenso, sincronización entre la escritura y el habla, lectura fraseológica. Habla con lentitud exagerada. Técnicas instrumentales para controlar los movimientos involuntarios en atetosis, corea, distonía que interfieren en la ejecución de los movimientos finos para hablar.

Terapia para la respiración

A veces se trata de capacidad vital disminuida por insuficiente actividad de los músculos inspiratorios, otros por rigidez, posturas distónicas, falta de coordinación de músculos agonistas y antagonistas, de emisión y espiración, de movimientos torácicos y abdominales, pobre cierre glótico. Es necesario dilucidar este problema primero ya que de ello depende si se aplica o no de entrada la terapia respiratoria y el pronóstico resolutorio del síntoma y del trastorno vocal o de fluidez que genere.

El escolar con parálisis pseudobulbar, el que padece de enfermedad de Wilson, el parkinsoniano y el niño con PCI en los que la inspiración es poco profunda y la espiración es en sacudida por no distensión diafragmática progresiva son los que más se benefician con esta terapia.

Entre las técnicas habrá que escoger las más sencillas gimnasia respiratoria (toma del aire nasal y expulsión, cierre y lenta por la boca. Toma de aire acompañada de movimientos de expansión tórax-abdominal. Toma de aire con control espiratorio abdominal, entre otros). Relajar abdomen en inspiración y contraer durante la espiración.

Espiración con sonido neutro, controlando el tiempo de fonación que debe ser cada vez más largo. Espiración con pequeñas frases, agregándole cada vez una palabra hasta hacerla bien prolongada. Contar la mayor cantidad de números con una espiración o decir la mayor cantidad de palabras, o dar la mayor cantidad de pasos. Staccato continuado con una sola espiración o coincidiendo con cada soplo espiratorio. Acostado, el abdomen sube durante la inspiración y baja durante la espiración.

Terapia fonatoria

Los diferentes atributos de la voz se toman en los disártricos en dependencia de la toma respiratoria, la toma velar, la toma laríngea y el componente emocional y psicológico que la acompañe. Así la intensidad, el tono vocal, el timbre, la prosodia y la resonancia están tomados en mayor o menor cuantía en las patologías que dan paresias y parálisis, en las que producen ataxia, espasticidad y movimientos sin control.

Técnicas para la resonancia nasal aumentada

Funcionalismos, P, K, S. Soplos de jadeos solos o combinados, s-t (sssst), desnasalización a partir de la J y la S, staccato con K y P, sinquiesia físico vocal (empuje), modificación de la posición de la lengua, cuchicheo intenso y extenso, sobrearticulación, aumento de la intensidad, disminución del tono, mayor apertura oral. Retroalimentación auditiva. Prótesis elevadora del velo que mantiene el paladar blando en posición alta y facilita la aproximación de las paredes faríngeas.

Técnicas para aumentar la intensidad vocal y mejorar el timbre parético.

Ejercicios respiratorios, técnicas de empuje, conteo numérico con apoyo abdominal, palabras, frases y oraciones con apoyo abdominal, emisión con ruido competitivo y con encubrimiento aprovechando el efecto combad.

Sobrearticulación, aumento de tono, toser, aclarar la garganta, mayor apertura oral, staccato.

Técnicas para disminuir la intensidad vocal

Masticación Sonora Normal, susurro, técnica relajatorias locales o generales, bostezo-suspiro, bajar el tono, contraste de intensidades, sinquiesiamaxilo-vocal.

Técnicas para mejorar el timbre espástico.

Relajación general, ejercicios relajatorios de tracto Buco-faríngeo-laríngeo. Masticación Sonora Natural Masticación Sonora Verbal, sinquiesiamaxilo- vocal, emisión con inclinación de la cabeza, con rotación de la cabeza, técnica espiratoria de la disfonía, técnica de bostezo-suspiro, relajación de la musculatura de labios, lengua y mejilla durante la emisión de sonidos, palabras, frases, oraciones y conversación, susurro, terapia de canto.

Técnicas para mejorar la prosodia.

Para la monotonía: terapia de canto, conversación mediante canto, variar patrones altos, bajos y finos de tono, intensidad, acentuación o duración. Imitar patrones de entonación del terapeuta, imitar tonos. Repetición de oraciones marcando entonación, oraciones interrogativas, y afirmativas, contraste entre ellas, asociaciones contrastadas (es fuerte, ¿verdad?). Repetición de oraciones marcando elementos de enlace, variando intensidades. Interjecciones (¡ah!; ¡Qué!, ¡Cómo!, ¡una!, etc. Staccato con cambio de intensidades y de tono.

Para la disintonía (biacentuación, entonación exagerada): emisión de sonido neutro monótono, habla monótona, técnicas relajatorias. Imitación de patrones de entonación, Masticación Sonora Natural, Masticación Sonora Verbal, sinquiesiamaxilo-vocal, cuchicheo y retroalimentación auditiva.

Técnicas para la fluidez

Técnicas respiratorias, técnicas de ritmo y entonacionales, Masticación Sonora Natural, Masticación Sonora Verbal, técnica espiratoria de la tartamudez, técnicas relajatorias y terapia de canto.

EPÍGRAFE II. ACTIVIDADES PARA LA ATENCIÓN LOGOPÉDICA A ESCOLARES CON DISARTRIA PSEUDOBULBAR

En el epígrafe se presentan los fundamentos que sustentan la propuesta así como el diseño de clases logopédicas dirigidas a escolares con disartria pseudobulbar y se realiza el análisis de los principales resultados a partir de la aplicación en la práctica de las clases.

2.1- Fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan el diseño de las clases logopédicas

El diseño de las clases logopédicas que se presentan toman en consideración los criterios que ofrece Serrano E. (2016) sobre los fundamentos de la comunicación a partir de la articulación coherente e intrínseca de:

Fundamentos psicológicos:

- La mediación en la interacción con el medio circundante.
- El desarrollo ontogénico del lenguaje.
- Las funciones del lenguaje.
- La relación lenguaje-pensamiento y demás procesos psíquicos
- La zona de desarrollo próximo.

Fundamentos lingüísticos:

- El sistema de medios de expresión.
- El análisis detallado de sus componentes.
- Las unidades y la organización del lenguaje.
- El uso que el individuo hace de la lengua.

Fundamentos neuropsicológicos y psicolingüísticos:

- El substrato cerebral de la actividad psíquica del hombre y el uso de métodos psicológicos para el diagnóstico.
- El lenguaje como medio cognoscitivo, el desarrollo funcional de la palabra, sus campos semánticos y el mecanismo de formación del enunciado.

Fundamentos sociológicos:

- La actividad práctica y social como base de su formación y desarrollo.
- La influencia del medio social en la formación de un lenguaje eficiente.
- El establecimiento de relaciones que facilitan la imitación.

Fundamentos pedagógicos:

- La generalidad de las leyes del desarrollo y la educación.
- Las categorías de la didáctica.
- Unidad de influencias y del desarrollo.
- La enseñanza como guía del desarrollo psíquico.

Fundamentos axiológicos:

- El modelo antropológico de la diversidad.
- La pedagogía centrada en el niño es positiva para todos.
- Las diferencias humanas como norma del desarrollo.
- El aprendizaje debe adaptarse a las necesidades del niño, más que este adaptarse a los supuestos predeterminados del proceso educativo

Se asume además la concepción de clase logopédica, vista como la vía directa ejecutadas por el logopeda, a colectivos de dos o más escolares o a grupos de un grado determinado en su totalidad, para cumplir con un objetivo dirigido a la prevención, corrección y/o compensación de trastornos; duración de 30 a 45 minutos; los objetivos, contenidos y la evaluación varían en dependencia de la alteración en cuestión y de la etapa en la que se encuentre.

Las clases logopédicas son dirigidas a colectivos de escolares con un mismo trastorno, son ejecutadas propiamente por el logopeda de forma directa, ya sea a colectivos de dos o más escolares o a grupos de un

grado determinado en su totalidad, para cumplir con un objetivo dirigido a la prevención, corrección y/o compensación de trastornos; estas tienen una duración de 30 a 45 minutos. En la clase logopédica los objetivos, contenidos y la evaluación varían en dependencia de la alteración en cuestión y de la etapa en la que se encuentre. (González, A. 2014)

Tiene la misma estructura de una clase común y coincide con los momentos de toda actividad: introducción, desarrollo y conclusiones. En la introducción se crean las condiciones para la actividad, se establece el clima psicológico que favorezca la comunicación con el escolar y la confianza con el logopeda.

2.2- Clases logopédicas para la atención a los escolares que presentan disartria pseudobulbar

Objetivos generales de la atención logopédica:

1. Mejorar la motricidad general y articularia.
2. Preparar los órganos articulatorios para la producción del habla.
3. Eliminar el babeo.
4. Corregir las alteraciones en la pronunciación de los sonidos.
5. Mejorar las alteraciones en las cualidades de la voz.

Clase logopédica 1

Tema: Los miembros de la familia.

Objetivo: Precisar la articulación de palabras de uso común como vía para estimular el desarrollo del vocabulario fomentando el amor por sus familiares.

Método: Conversación

Procedimiento: Preguntas y respuestas, imitación y explicación.

Medios de Enseñanza: Láminas

Motivación:

Se le muestra la lámina donde se muestra una familia y luego se le pregunta:

¿Qué observas?

¿Quiénes serán estas personas?

¿Con quién tú vives?

¿Quién te ayuda en la casa a realizar tus tareas, cuando tienes dudas?

¿A quién ayudas en el hogar?

¿Qué haces?

Desarrollo

Trabajo con las praxias articulatorias

- Ejercicios de mímica facial
- Movimientos linguales en las 4 direcciones
- Extenso proyección bilabial funcional sonora
- Proyectar los labios cerrados juntos hacia adelante, igual que cuando le tiramos un beso a mamá y luego volvemos a unir los labios pero esta vez hacia atrás en forma de O y E.

Trabajo de la respiración en función del habla

- Gimnasia respiratoria. Inspiración nasal profunda, espiración bucal prolongada.
- Soplos de jadeo. Hacer como el perrito cansado.
- Espiración prolongada sin y con vocalizaciones.

Se procede a trabajar con el componente léxico del lenguaje para ello se le entregará una hoja en blanco donde tendrá que dibujar a su familia y luego tendrá que nombrar a cada miembro que dibujó.

Se trabaja con la articulación mediante ejercicios de sobrearticulación.

Mmmmmmmá, a b u e l o, p a p áaaaa

N iiiiiño, tíiiiiaaaaa

Tarea:

Construir una oración sobre uno de los miembros de la familia.

Despedida

Clase logopédica 2

Tema: Las formas y los colores

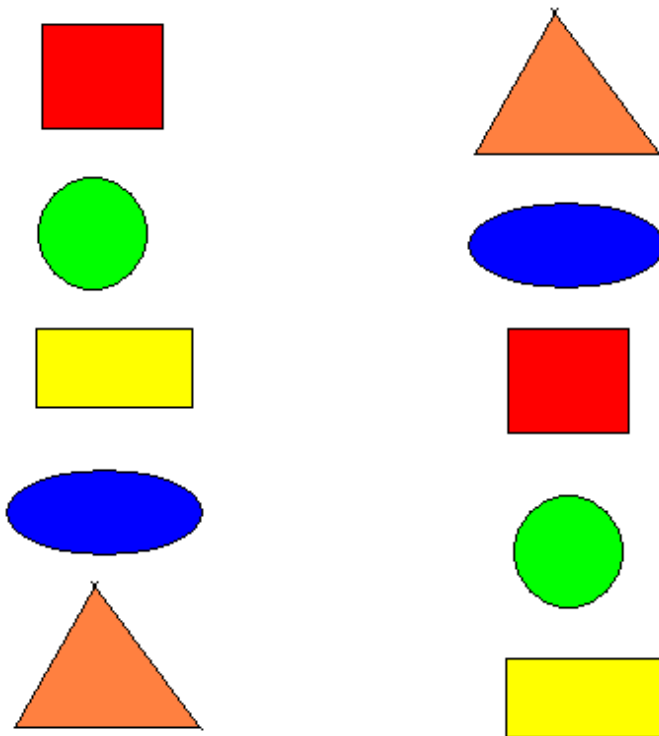
Objetivo: Incorporar palabras al vocabulario mediante el conocimiento del mundo de los animales.

Método: Conversación

Procedimiento: Observación, comparación, preguntas y respuestas, explicación e imitación.

M/E: Figuras geométricas de diferentes colores y una caja.

Introducción: Saludo y motivación a través de la presentación de una caja la cual se le preguntará al niño ¿Te gustan las sorpresas? Pues en el día de hoy te he traído un cofre y dentro se encuentra una sorpresa en la cual aprenderás y te divertirás.



Desarrollo:

Se le pide al niño que abra la caja, introduzca su mano dentro en el cofre y diga que encontró dentro de la misma, pues tan solo son figuras geométricas, se le pide que saque una por una de las figuras que hay dentro, según las saque las irá nombrando y dirá el color que tiene cada una de las figuras, al concluir se le pedirá al niño que las coloque en el cofre y que diga su forma y color.

Se procede a trabajar con la motricidad manual para ello el niño debe armar un oso con las figuras geométricas al unir un círculo grande y otro pequeño. Se trabaja la pinza digital y prensión de las figuras, así como la ubicación en el espacio.

Se trabaja la articulación mediante la repetición de la palabra oso inspirando por la nariz y espirando por la boca alargando las vocales de la palabra.

Terminada esta actividad se le mostrará un dibujo donde tendrá que colorear una de las figuras geométricas a su gusto.

Evaluación

¿Qué realizaste en el día de hoy?

¿Cómo lo hiciste?

Tarea

Realizar con las figuras geométricas una casa y otras formas que imagine.

Despedida

Clase logopédica 3

Título: Los animales domésticos.

Objetivo: Realizar praxias articulatorias para la pronunciación de palabras que despierten amor a los animales domésticos.

Método: Explicación.

Procedimiento: Imitación, discriminación auditiva, pronunciación enfatizada, preguntas y respuestas.

Medios de enseñanzas: espejo, sonajero, cuaderno para la formación de habilidades lingüísticas.

Motivación:

Presentación de una lámina donde se encuentre algunos animales domésticos (gallo, perro, gato, gallina)

Se le realizan unas varias preguntas:

¿Qué observas? Nombra cada uno de estos animales.

¿Cuál es el sonido que los caracteriza a cada uno de ellos?

Cómo se pone la boca para decir su sonido. Pedir que diga onomatopeya.

¿Cómo los cuidarías?

¿Cuál es el que más te gusta?

¿Por qué?

¿Cuál no es un animal doméstico de los que te presentó?

Luego se le presentará un sonajero donde se observan varios pajaritos y se le pedirá al niño que de forma correcta con su respiración logre soplar comenzando fuerte y terminando despacio haga volar las mariposas. Luego se las alejará poco a poco logrando que ellas se muevan.

¿Qué realizaste en el día de hoy?

¿Qué animal fue el que más te gustó?

Tarea

Cuéntales a tus padres cómo tratarás a tus mascotas.

Despedida

Clase logopédica 4

Tema: La Gallinita Dorada

Objetivo: Pronunciar sonidos del primer nivel de articulación (m-p), a través del eje temático los animales fomentando el amor y su cuidado.

Método: Conversación.

Procedimiento: Demostración, comparación, preguntas y respuestas, imitación y explicación.

M/E: Tarjetas, láminas, colores, espejo.

Introducción: Saludo y motivación mediante la narración del cuento: La Gallinita Dorada.

Se le realizan las siguientes interrogantes:

¿Qué se encontró la Gallinita Dorada?

¿A quiénes pidió ayuda?

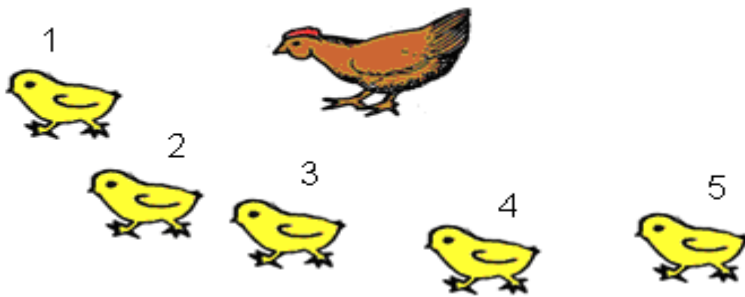
Cuando el pan estuvo listo, ¿con quién lo compartió?

¿Por qué?

¿Qué hubieses hecho si te hubiese sucedido como a la Gallinita Dorada?

Desarrollo

Se canta la canción infantil “Los pollitos dicen”, y se le pide al niño que solo cante un fragmento de la canción.(Inspirando y espirando correctamente)



- ¿Quién es la mamá de los pollitos?
- ¿De qué color son los pollitos?
- ¿De qué se alimentan?
- ¿Cuántos hay?
- ¿Dónde hay más pollitos y dónde hay menos?

3. Fortalecer los sonidos del primer nivel de articulación m-p mediante juegos silábicos.

- mamama, mememe, mimimi, momomo, mumumu.

- papapa, pepepe, pipipi, popopo, pupupu.

4. Colorear un pollito de color amarillo, trata de no salirte de la línea.



Evaluación

Tarea

En el tiempo de máquina, escucha y observa el cuento Los siete chivitos, que aparece en el software Había una vez.

Despedida

Clase logopédica 5

Tema: Los animales salvajes

Objetivo: Activar el lenguaje oral vocablos mediante el eje temático los animales a través de juegos silábicos.

Método: Conversación

Procedimiento: Observación, preguntas y respuestas, imitación y explicación.

M/E: Láminas, L/T habilidades lingüísticas

Saludo y motivación mediante la presentación de los animales salvajes realizando un breve comentario y se le preguntará:



ESCOLARE



¿ Qué observas?

¿Dónde crees que viven estos animales?

Menciona los animales que observas.

¿Cuál es el sonido que realiza cada uno de ellos?

¿Dónde los has visto en nuestro país?

¿Qué otros animales salvajes conoces que no estén en las láminas presentadas?

Ahora realizarás con la boca el sonido que hace el caballo al trotar.

Imitar al caballo cuando esta trotando.

Tarea

Cuéntale a tus padres que animales observaste en el día de hoy, pregúntale que otros animales conoce que viven en la selva.

Despedida

Clase logopédica # 6

Tema: Con mi globo de cumpleaños.

Objetivo: Realizar ejercicios respiratorios para lograr su uso racional durante el habla.

Método: Conversación

Procedimiento: Observación, comparación, preguntas y respuestas, imitación y explicación.

M/E: espejo, globos y láminas.

Introducción: Saludo y motivación una foto de un cumpleaños y luego se le pregunta:

¿Qué observas allí?

¿Qué es lo que más te gusta de los cumpleaños?

Desarrollo:

En los cumpleaños no pueden faltar los globos para adornar, se le realiza la presentación de un globo que ya se encuentra inflado y se le pide que logre inflar el globo igual que el que se le presentó.

Luego frente al espejo se le explicará al niño que es la inspiración nasal y la espiración bucal. Así como la necesidad de respetar esta forma de respirar para hablar mejor y para que no nos falte el aire a mitad de la conversación.

Se trabaja la motricidad general, caminando en línea recta y a la vez tomando el aire por la nariz y expulsándolo por la boca.

Luego se le presenta al niño una lámina con un payaso y varios globos que tiene diferentes colores, luego se le presenta la misma lámina pero esta los globos no tienen colores, lo que el escolar tendrá que colorearlo del mismo color que lo observa en la lámina.

Evaluación

Tarea

Enseñarles a sus padres que aprendió sobre la manera correcta de respirar.

Despedida

Clase logopédica # 7

Tema: Los medios de transporte

Objetivo: Nombrar los medios de transporte observados en láminas y los que transitan cerca de la escuela.

Método: Conversación.

Procedimiento: Observación, comparación, preguntas y respuestas, imitación y explicación.

M/E: Láminas, espejo.

Introducción: Saludo, propiciar un ambiente empático.

Motivación: Se le presenta una lámina donde se observen diferentes medios de transporte se le preguntará

¿Qué observas?

Nombra cada uno de ellos.

¿Cuál de ellos puede transitar en la tierra?

¿Cuál no?

¿Dónde transitan los otros?

Realiza el sonido que realiza el tren, ahora imagina que ese tren va despacio has el sonido que realiza si va despacio y luego más rápido, un poco más rápido y luego a toda velocidad.

Seguidamente el niño se acostará de cubito supino y realizará movimientos rotativos con las piernas, simulando la acción de pedalear una bicicleta en el aire, en este momento se le realizará un cuento. La velocidad del ejercicio de las piernas aumentará o disminuirá de acuerdo al cuento realizado.

Cuento: Una mañana Pedro salió de su casa para la escuela durante el camino iba observando el amanecer que tanto le gustaba disfrutar pues iba muy despacio al pasar por casa de su amiga Rosa se dio cuenta que iba tarde y rápidamente decidieron apresurarse pues empezaron a pedalear muy rápido y más rápido. Cuando iban llegando a la escuela fueron despacio y más despacio luego pararon al llegar a la escuela, decidieron no entretenerse más en el camino porque temieron que podían lastimarse a la velocidad que decidieron andar.

Evaluación

Recuerdas que hicimos en el día de hoy; ¿Qué hiciste?

Tarea: Pregunta a tus padres ¿qué medios de transporte ellos conocen?

Despedida

Clase Logopédica 8

Título: El tren

Objetivo: Articular sonidos del habla a través del juego.

Método: Conversación.

Procedimiento: Demostración, comparación, preguntas y respuestas, imitación y explicación.

Medios de enseñanza: Láminas, espejo.

Motivación:

Se muestra una lámina de un tren y se le pide que respondan:

¿Qué es?

¿Cómo suena?

¿Por dónde corre?

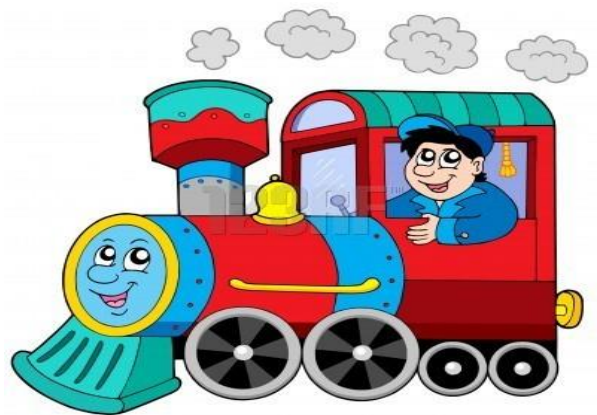
¿Para qué sirve?

¿Han viajado alguna vez en tren?

¿Qué otro tipo de transporte conoces?

¿Cómo suenan algunos de los medios de transportes que mencionaste?

Seguidamente se invita al escolar a sentarse junto a la logopeda frente al espejo y que realice el sonido que hace el tren al recorrer por la línea, comenzará después y luego aumentará la velocidad.



Luego se le invita al niño a colorear un dibujo de un tren el cual se le dirá al escolar que está triste porque no tiene sus colores para que esté alegre tiene que estar como el que se le presentó en la lámina.

Mientras está coloreando se le realizarán preguntas como:

¿Qué parte del tren estas coloreando?

¿Qué color estás usando?

¿Por qué coloreas el tren con estos colores?

Tarea:

Realiza en tu hogar con ayuda de tu mamá los ejercicios que realizaste junto a la logopeda frente al espejo .

Clase logopédica #9

Título: Conociendo la naturaleza.

Objetivo: Ejercitar la marcha en línea recta siguiendo el pautado del suelo a través de los elementos de la naturaleza.

Método: Explicativo ilustrativo.

Procedimiento: Preguntas, respuestas y comparación.

Medios de enseñanza: Tarjetas plegables de los elementos de la naturaleza, cinta gruesa y un franelógrafo.

Motivación:

Se le presentará al niño varias tarjetas con elementos de la naturaleza.

Luego se le realizarán las siguientes preguntas:

¿Qué observas?

¿Qué nombre lleva a cada uno?

¿Qué harías para lograr un frondoso árbol o una mata de rosas?

Seguido a esto se le trazará una línea recta con la cinta gruesa en el piso, a un extremo colocará las tarjetas plegables de los elementos de la naturaleza como: árboles, flores, sol y nubes y al otro extremo colocará el

franelógrafo. Se le pedirá al escolar que nombre la tarjeta seleccionada y la lleve al otro extremo colocándolo el franelógrafo.

Si el escolar no logra caminar en línea recta por sí solo, se le ayudará hasta que lo logre. Cuando termine de formar el paisaje se le pide al niño que describa de forma oral lo que ha formado en el franelógrafo.

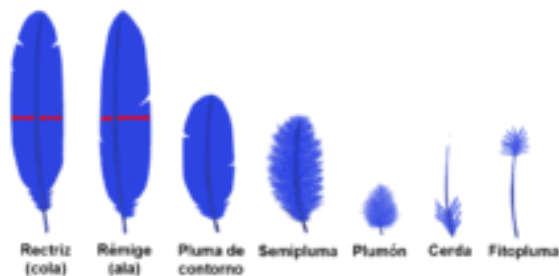
Luego se le colocará en el piso diferentes tarjetas con sílabas para formar las siguientes palabras:

lluvia nubes

flores hojas árboles

Según como haya logrado formar estas palabras así deberá mencionarlas y acompañado de un salto primero hacia adelante y luego hacia atrás todas las palabras que forme.

Seguidamente se le preguntará que observe nuevamente el paisaje que él mismo realizó en el franelógrafo. Luego se le harán las siguientes preguntas: ¿Qué animales observas en el paisaje que tu realizaste?, ¿Cuál de ellos tiene plumas? menciónalo. Pues en el día de hoy te he traído estas plumas con la que realizaremos un ejercicio para respirar correctamente. Consiste en colocar las plumas en la mesa cerca del escolar logrando que el escolar inspirando y espirando de forma correcta logre llevarlas hasta el final de la mesa.



Tarea:

Forma otras palabras relacionadas con la naturaleza.

Despedida

Evaluación

Clase Logopédica 10

Tema: Mis instrumentos musicales.

Objetivo: Ejercitar la atención auditiva, la coordinación de los movimientos y la percepción diferencial de la intensidad a través de los instrumentos musicales.

Método: Conversación.

Procedimiento: Discriminación auditiva

Medios de enseñanza: Instrumentos musicales, Cuaderno de trabajo(C/T) para la formación de habilidades lingüísticas.

Se comenzará presentando el C/t observando varios instrumentos musicales. Luego la logopeda sin que el escolar observe que instrumento está tocando, se le pide que señale cual instrumento escucha. Luego se deberá seguir tocando las claves despacio para que el escolar camine despacio, después más fuerte y paulatinamente va aumentando la intensidad del sonido. Los escolares deberán estar atentos pues el que pierda se coloca detrás.

Luego se le pide al niño que emite el sonido de las claves, y que si recuerda otro sonido de algún instrumento musical observado.

Luego realiza el sonido que le pertenece a tu instrumento musical preferido.

¿Qué instrumento musical recuerdas que viste en el día de hoy?

Tarea:

Trae el nombre por escrito de otros instrumentos musicales.

Despedida.

2.3- Estrategia investigativa seguidas en el estudio de escolares con disartria pseudobulbar

La presente investigación transitó por un conjunto de etapas que determinaron el curso de la misma y posibilitaron la elaboración de las clases logopédicas.

Se inicia con la operacionalización de la variable dependiente para ello se precisaron dimensiones e indicadores y los criterios de evaluación, los que se explicitan a continuación:

DIMENSIONES	INDICADORES
Condiciones del aparato fonoarticulatorio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examen específico del habla. 2. Estado de los órganos buco faríngeos. 3. Estado de la función respiratoria.
Condiciones de la voz en función del habla.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado del tono. 2. Estado del timbre. 3. Intensidad de la voz. 4. Particularidades de la fonación. 5. Estado de la resonancia.
Producción del habla. (Neurológico)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado neurológico del sistema nervioso central y / o periférico 2. Estado de la musculatura del habla de origen neurológico 3. Estado de la motricidad fina y general

Dimensión condiciones del aparato fonoarticulatorio: Al realizarse la exploración logopédica se tendrá en cuenta el examen específico del habla, para así valorar y tener en consideración el estado de los órganos fonoarticulatorios que participan en la emisión del habla así como la respiración, la pronunciación, la articulación de la palabra y la prosodia.

Dimensión condiciones de la voz en función del habla: Al realizarse la exploración logopédica se tendrá en cuenta el examen específico de la voz al tener en cuenta las cualidades de la voz: timbre, tono e intensidad así como la resonancia que traen aparejado consecuencias neuromusculares.

Dimensión producción del habla (neurológico): Se tendrá en cuenta las particularidades del habla de origen neurológico que ocasiona trastorno motor sobre la respiración, fonación, resonancia, articulación de la palabra y prosodia así como las anomalías neuromusculares como trastornos de la fuerza muscular, o del tono o de excesivos movimientos involuntarios y su incidencia en la pronunciación y la articulación de las palabras.

Descriptor de medida

Alto: Si tiene dominio de los indicadores seleccionados, que revela un profundo conocimiento y desarrollo del nivel comunicativo habla a partir de una correcta pronunciación y articulación de las palabras.

Medio: Si tiene dominio al menos del 50 % de los indicadores seleccionados, que evidencian un nivel de dominio del habla a partir de una clara pronunciación y articulación de las palabras.

Bajo: Si tiene dominio menos del 50 % de los indicadores seleccionados, que evidencian pobre de dominio del habla y dificultades evidentes en la pronunciación y articulación de las palabras con presencia de ritmo irregular o anormal de expresión, dificultad para mover la lengua o los músculos faciales; torpeza motriz generalizada con alteraciones en la coordinación y el control de los movimientos bucofaciales, alteraciones en el tono muscular de la zona bucofacial que dificultan la articulación de la palabra, trastorno respiratorio con falta de sincronía entre la respiración y la fonación, reducción de la capacidad vital y falta de fuerza espiratoria.

Primera etapa de estudio inicial del problema: En la Escuela Especial HectorGuidis, del municipio Banes, a partir del estudio, caracterización y exploración del lenguaje y la comunicación de toda la matrícula de la institución escolar. A partir de los principales resultados obtenidos se precisan las problemáticas existentes desde el punto de vista logopédico, encontrándose la disartria como una de las que debía ser investigada desde el punto de vista científico.

Se precisan las acciones a realizar con el objetivo de organizar la atención logopédica a dos escolares con disartria pseudobulbar.

Con el proceso de recogida de la información de cada caso se pretende cumplimentar los objetivos que se enuncian a continuación con sus respectivas acciones y métodos a utilizar.

Acción 1: Caracterizar el estado del lenguaje y la comunicación de los escolares y las particularidades evolutivas y de desarrollo derivada de ello. La información se obtiene a través del análisis del expediente clínico y logopédico y la entrevista a los padres. Se profundiza en:

- Datos generales: edad, sexo y residencia.
- Características del embarazo: número, evolución y enfermedades.
- Características del parto: presencia de asfixia, características del grito al nacer, evolución, métodos de estimulación y tiempo de aplicación.

- Desarrollo motor temprano y actual.
- Enfermedades en los primeros años de vida.
- Antecedentes familiares
- Diagnóstico auditivo actual y potencial.

Acción 2: Caracterizar las condiciones educativas del contexto socio familiar para dar continuidad al proceso de atención logopédica. Se profundiza en:

- Estructura de la familia y nivel escolar de los padres.
- Función económica: condiciones de la vivienda, satisfacción de las necesidades materiales y de alimentación del niño y garantía de un espacio para sus actividades.
- Función afectiva: estilo de comunicación que predomina, conducta del niño, relación con los demás e intereses.
- Función educativa–cultural: estimulación del lenguaje, incorporación a las actividades de la comunidad, estimulación y exigencia por el aprendizaje.
- Prevalencia de las formas del lenguaje en el contexto familiar y su proyección en el entorno.

Acción 3: Caracterizar el estado de la comunicación en los escolares. La información se obtiene a través de la observación, la entrevista a los padres y las técnicas de la exploración logopédica, se profundiza en:

1. Bases anatómicas y funcionales del habla:
- 2.- Mecanismos motores del habla. Articulación de los sonidos verbales.
- 3.- Discriminación auditiva y fonológica
- 4.- Fonología.
- 5.- Respiración
- 6.- Fluidez del habla
7. Patrón postural del niño.
8. Masticación y deglución

Acción 4: Caracterizar el desarrollo psíquico. Esta información se obtiene con técnicas de exploración logopédica y con la revisión del expediente clínico psicopedagógico, se profundiza en:

- Estado de la percepción: diferenciación del color, forma y tamaño, percepción de las relaciones espaciales y percepción global del objeto.
- Estado de la atención: estabilidad y concentración.
- Estado del pensamiento: exploración de los procesos básicos: análisis, síntesis, comparación y generalización.
- Estado de la memoria: por imágenes, lógico-verbal y cualidades.
- Estado de los procesos inductores y su expresión en la motivación hacia la comunicación.

La información recopilada con los diferentes métodos permite arribar a la caracterización inicial de los escolares.

Caso 1:

Menor producto de un embarazo deseado con riesgos por hipertensión arterial. Parto a término mediante cesárea de urgencia por toxemia. Presentó una circular apretada al cuello y se identifica ictero. De los antecedentes patológicos personales destacamos que presenta un retardo en el desarrollo psíquico y motor. No gateó y caminó a los 22 meses, se le detectaron movimientos involuntarios en los brazos atendido por neurología y consulta por neurodesarrollo. Diagnosticado con una lesión espástica encefálica en el lóbulo temporal izquierdo. Fue atendido por logofoniatría diagnosticado Retraso del desarrollo del lenguaje y habla recibiendo rehabilitación en su área de salud. A los 6 años se valora con psicólogo y psiquiatra infantil por su hiperactividad con una impresión diagnóstica Síndrome ansioso. Presenta sialorrea con limitaciones en el validismo biológico y social.

Presenta dificultades en la motricidad general, su aparato articulatorio se observa adecuado, distorsiona/r/ suave y fuerte en todas las poses sustituye /g/x/b/, /ch/x/s/, omite /s/ y // en las sílabas inversas a estructura con frecuente sialorrea. Se expresa a través de palabras aisladas, en ocasiones emplea frases cortas y palabras estereotipadas prácticamente ininteligibles. Es cooperador y sus interiorizaciones verbales por lo general son espontánea que le materializan en una jerga con frecuentes neologismos, se apoya en señas, gestos y hasta sonidos onomatopéyicos. Lograr decir muchas palabras de simples estructuración de forma correcta y comprensible también frases hasta algunas oraciones pero cuando se realiza el diálogo y se expresa libremente a penas se hace entender, omite artículos y adjetivos, distorsiona/r/ suave y fuerte en todas las poses sustituye /g/x/b/, /ch/x/s/, omite /s/ y // en las sílabas inversas encontrándose además limitado el oído y la percepción fonemática, se observa afectada la motricidad articulatoria. Su respiración es

clavicular, tiende hablar durante la inspiración. Su voz es poco modulada. Presenta dificultades en el control muscular al recortar trazos rectos y curvos. Sus conocimientos se encuentran por debajo de su edad y período del grado que cursa.

Diagnóstico logopédico inicial: Disartria Pseudobulbar.

Caso 2

Menor producto de un embarazo no deseado realizándose una regulación a los dos meses y medio no siendo esta efectiva. El parto fue a través de una cesárea no planificada presentando meconio, coloración cianótica, llanto estimulado con sufrimiento fetal severo (anoxia perinatal), estuvo inconsciente 8 minutos, convulsionando 2 días consecutivos aproximadamente con 40 convulsiones, con oxígeno 5 días, con catetes y antibióticos además botaba excremento de sangre por la vulva. A los 10 días le dieron el alta con un diagnóstico de Parálisis Cerebral indicando tratamiento para la casa y seguimiento con la neuróloga. Fue alimentada los primeros 10 días por el catete, desarrollo psicomotor retardado en general. A los 4 años le ratifican el diagnóstico de Parálisis Cerebral y ataxia, se le indica dieta por bajo de peso. Con seguimiento por la psiquiatra infantil. Tiene marcadas dificultades en su esquema corporal y orientación temporo-espacial en general y control muscular tanto en la musculatura fina como gruesa.

Hubo retardo en la aparición y en la posterior evolución del lenguaje. Los movimientos linguales son torpes, sin coordinación, presenta tialismos. La audición es normal. Al explorar su competencia comunicativa pudimos constatar que se expresa con un lenguaje fraseológico sencillo con poca fluidez más bien monótono y bajo con visible bradilalia, en sus frases se evidencia ausencia de algunos elementos gramaticales, tiene muy afectada la motricidad articular con dificultades para pasar de una pose a otra, tomándose color violeta con muchas salivaciones incapaz de controlar así como rigidez facial y respiración agitada.

Su vocabulario es pobre y el conocimiento del significado de palabras evidentemente muy inferior a su edad y grado.

Durante el diálogo distorsiona /f/ inconstante así como /r/ y /rr/ en todas sus poses, omite /j/, también // y /s/ en las sílabas inversas así como // y /r/ en las directas dobles afectándose todos los componentes gramaticales.

Sus habilidades y conocimientos pedagógicos no se corresponden con los objetivos mínimos del grado que cursa.

Segunda etapa de elaboración de las acciones de intervención logopédica.

En esta etapa se diseña la estrategia general de trabajo logopédico y se modelan las clases logopédicas.

Se realizan intercambios profesionales, visitas a clases y la observación de actividades de continuidad y entregas pedagógicas que permitió a la autora de este estudio constatar el estado de este problema. A partir de lo anterior se realiza una búsqueda bibliográfica para fundamentar la solución al problema científico desde la teoría cuyo texto crítico se presenta en el epígrafe I.

En esta etapa se realiza el análisis de las características de los casos, se identifican sus potencialidades y limitaciones; se integran las regularidades del estudio teórico y empírico del proceso de atención logopédica a escolares con disartria pseudobulbar.

En la elaboración de las clases logopédicas se tienen en cuenta las exigencias del proceso atención logopédicas, los principios de la Logopedia, los postulados de la Escuela Histórico-Cultural y de la concepción de las NEE que revolucionan la Educación Especial actual, así como la concepción didáctica de la Logopedia como ciencia al considerar la estructuración didáctica de una clase logopédica a partir de: título, objetivo, métodos, procedimientos y técnicas logopédicas, medios de enseñanza, introducción, desarrollo, conclusiones, todo lo cual se constituye en los fundamentos teóricos asumidos.

Tercera etapa. Aplicación y valoración en la práctica educativa de las clases logopédicas se trabaja con la muestra de dos niños de cinco y ocho años con diagnóstico de disartria pseudobulbar, procedentes del municipio Banes.

Acción 1: Dirigir el proceso de corrección/compensación a través del proceso de atención logopédica.

- Planificar clases logopédicas.
- Evaluar sistemáticamente las transformaciones operadas en la comunicación y en el desarrollo en general de los escolares.
- Controlar y rediseñar el proceso de atención logopédica.

Acción 2- Resultados obtenidos con la aplicación de las clases logopédicas:

Estado final caso 1

Se controló la sialorrea. Su lenguaje es oracional, entendible y utilizando formas verbales. Ha incorporado varios sonidos a su lenguaje habitual. Habla durante la expiración. Sus conocimientos acordes al programa del grado, logrando mejorías en el control muscular a través de la escritura.

Estado final caso 2

Se logró controlar la sialorrea pero se debe continuar trabajando porque todavía presenta algunas dificultades. Su respiración la realiza mediante la expiración. Logra orientarse en el espacio y aunque persiste movimientos torpes alcanza la pinza digital y estabiliza la marcha. Logra incorporar varios sonidos a su lenguaje espontáneo de manera oracional. Con habilidades y conocimientos pedagógicos en correspondencia con los objetivos del grado.

De manera general se aprecia avances en el control del exceso de salivación mediante técnicas que permitieron que los escolares tragaran la saliva, y la sistematización para que entendieran la necesidad de tragar la saliva para hablar más claro. En cuanto al habla se avanza en la realización de movimientos articulatorios sincronizados y continuos no obstante persisten los problemas de pronunciación. De igual manera son significativo los cambios en la motricidad gruesa, en la marcha y en la coordinación de movimientos óculo manual. En cuanto al lenguaje se debe trabajar con más intencionalidad el componente léxico fonológico pues aún no se logra una correcta relación entre las palabras del vocabulario activo y su escritura.

CONCLUSIONES

Atendiendo a lo expresado en esta investigación he arribado a las siguientes conclusiones:

- Los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan el proceso de atención logopédica a los escolares con disartria y en particular la pseudobulbar provienen en su mayoría desde la neurología y la foniatría, al ser la disartria el síntoma oral de múltiples enfermedades de base neurológica.
- El estudio diagnóstico realizado permitió detectar las insuficiencias que presentan los escolares de la escuela especial Héctor Guidis y la necesidad de la búsqueda de actividades variadas y motivadoras que desarrollen el habla y permitan la corrección y/o compensación de esta alteración del nivel comunicativo habla..
- Se constata como particularidades del desarrollo de la comunicación de los escolares objeto de estudio las afectaciones en el nivel comunicativo habla por las afectaciones en la articulación, la pronunciación, la voz y la respiración que inciden de manera negativa en el desarrollo general de los escolares que tienen discapacidad intelectual.
- Las clases logopédicas para escolares con disartria pseudobulbar se estructuran a partir de los objetivos generales que conducen a incidir en aquellas áreas afectadas en los escolares y al desarrollo de la personalidad en general.
- Los resultados obtenidos con la aplicación de las clases logopédicas para los escolares con disartria pseudobulbar confirman que estas inciden de forma positiva en la compensación de las alteraciones presentes.

RECOMENDACIONES

- Continuar la aplicación de las clases logopédicas de modo que se sistematice el trabajo con todas las áreas afectadas en los escolares.
- Establecer vínculos con fonoaudiólogos para ganar en habilidades para la realización de los ejercicios fonoarticulatorios que se emplean en la atención logopédica en general y en casos con disartria en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amieiro,C.(2009). Material docente en opción al título académico máster en ciencias de la educación. La diversidad de patologías severas del lenguaje.
2. Bassin R., MT, Fernando L.(1999) Primer Congreso Internacional de neuropsicología en INTERNET. Tópico: neuropediatría
3. Bonne, R. (1987). La voz y el tratamiento de sus alteraciones. Ed. Médicas. Panamá. B. aires..pág 146-148.
4. Bringos,A, Grande et AL. (2002). Parálisis cerebral infantil. Estudio de 250 casos. REV NEUROL 2002; 35 (9): 812-817.
5. Casanova. B et AL (1999):Revisión crítica de la patogenia actual de la esclerosis múltiple. REV NEUROL. 1999:28 (9): 903-915
6. Casanova Peña, J. Protocolo para el abordaje en personas paralíticas cerebrales:... www espaciologopédico.com.
7. Castañeda-Reyna. M.A. (2002)Enfermedad de Wilson: Forma neuropsiquiátrica dominante: REV NEUROL; 34 (8): 745-750
8. Citrinortz. J. (1996)Clasificación de las parálisis cerebrales. En: Pich. G. F. Parálisis cerebral. Encefalopatías perinatales combinadas no progresivas. B. Aires. Ed. López Librerías.
9. Darley .F, Aronson. A, Brown. J. (1992). Differential diagnostic patterns of dysarthria. Jourual of speech and hearing research, 12, 462-496, 1969. En: Neurología para especialistasdelhabla y del lenguaje. Russell J, Wanda G. Edit Panam. B. Aires.
10. France. A, Braun Wold E, et AL.:Principios de medicina interna. Vol II, 14ed. Madrid: McGowhill; 1998, 274-4. Galarza.I. (2000). Disartria cerebelosa. Tratamiento logopédico: Rev. Logop, fon, audiol. 2000 Vol VIII. Nro 2 (84-87).
11. García A. y Gallegos,Morera , J. (2002) En Prevalencia y características de la esclerosis múltiple en el distrito sanitario de Marina Alta. REV NEUROL,2002; 34 (8): 732-737.
12. Garófalo.N, Gómez. N y Sardinias. (2002). Miastenia grave en la infancia. Presentación de 12 casos. En REV NEUROL 2002; 34 (10):908-911.
13. Gripo. J yLaquente. A. (2002). Distonía hereditaria sensible a levodopa. . REV NEUROL 2002; 34 (10): 933-936

14. González – Picarin. A. (2014). La atención logopédica en el nivel primario de educación. Tesis en Opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. UCP José de la Luz y caballero. Holguín.
15. Hefter A(1993): motor impairment in Wilson´s disease. Act neurol. 87: 148-160
16. Hefter A.(1991)..: Journal neurol. 1991. 278-286
17. Inter J. (1996).Neuropsychological aspet of Wilson´s disease. Neuroscien cc. 1996:85, 321-326.
18. Medalia A.: (1992).Interaction of motor, memory and emotional dysfunction in Wilson´s disease. Biol.
19. Medalia A.: (1998).Neuropsychological impariment in Wilson´s disease. REV NEUROL. 1998 :45. 502-504.
20. Metayer, M(1995) Reeducción cerebro motriz del niño pequeño. Educación terapéutica. Masson. Barcelona,.
21. Narbusi, J.(2000).El lenguaje del niño... EditMasson, SA. Barcelona 219-237
22. Peña Casanova J. y Masson ,SA.(1995) Rehabilitación de las afasias y trastornos asociados. (147-152). Barcelona.
23. Prater.J, Swift.R. (1989). Manual de terapia de la voz. Ed. Salvat.
24. Puyuelo, M (1996). Logopedia en la parálisis cerebral. Diagnóstico y tratamiento;EditMasson. Sa. Barcelona, 93-114
25. Rupper A H.(2002). The GuillainBarré Syndrome. Med 1992, 326 :1130-6. En REV NEUROL 2002; 34 (10) : 966-976.
26. Russell J. Wanda G. (1992). Neurología para especialistas del habla y del lenguaje.EditPanam. B. Aires.



ANEXOS

Anexo 1

Entrevista a los padres

Objetivo: Conocer los antecedentes familiares y personales que inciden en el desarrollo alcanzado de los escolares con disartria pseudobulbar.

1. ¿Cómo fue el embarazo ?
2. ¿Cómo fue el parto?
3. ¿Hubo etapa de gorjeo?
4. ¿Hubo etapa de balbuceo?
5. ¿Cuándo fueron sus primeras palabras ?
6. ¿Cuándo apareció el lenguaje oracional?
7. Calidad de la pronunciación.
8. ¿Hubo sialorrea?
9. ¿Hubo tropiezos y vacilaciones en la fluidez del lenguaje?
10. ¿Hubo alteraciones en la motricidad?
11. ¿Cómo es la situación actual del lenguaje del niño?

Anexo 2. Entrevistas a docentes

Objetivo: Constatar el conocimiento de los docentes acerca del desarrollo del habla en los escolares con disartria pseudobulbar.



Consigna: Por su experiencia como educador resulta importante su opinión para proponer acciones de investigación que favorezca el desarrollo del lenguaje. Para ello le pedimos que responda a las siguientes preguntas y agradecemos su colaboración.

Cuestionario

1-¿Qué entiende usted por desarrollo del habla?

2-¿Por qué es importante el buen desarrollo del lenguaje en el proceso docente educativo?

3- ¿Conoces algunas de las dificultades del habla de sus alumnos?

4-¿Cuáles pueden ser las dificultades del habla, motricidad general y la respiración de los escolares disartria pseudobulbar?

5-¿Sabe usted cómo trabajar las diferentes dificultades del lenguaje de sus escolares?

Anexo 3

Guía de observación a clases

Objetivos: Constatar el tratamiento que le dan los maestros al habla en la clase de iniciación a Lengua Española interesándolos por la actividad.

1-En relación con los conocimientos de los alumnos

_Se evidencian logros en el desarrollo en la motricidad general.

_ Le brinda tratamiento a los contenidos de acuerdo con los objetivos propuestos.

2-Con relación a la actividad seleccionada

_Si están adecuadamente seleccionados.

_ Si hubo variedad en los mismos.

_Si elabora nuevos ejercicios.

3-En relación con los métodos

_Propicia la participación activa de los alumnos.



Propicia la utilización de medios que estimulen el lenguaje de sus educandos.

4-En relación a las diferencias individuales

Se tiene en cuenta el nivel de afección que tiene cada alumno.

Uso de medios de enseñanzas necesarios.

Se mantienen los niños interesados por la actividad que realizan.

Anexo 4

Encuesta a maestros y logopedas

Objetivos: Comprobar como desarrollan el habla, la respiración y la motricidad en general en los escolares con disartria pseudobulbar.

Presentación: Compañero me encuentro en 5to año de la carrera de logopedia, realizando una investigación sobre el habla, la respiración, la motricidad general de los escolares con disartria pseudobulbar por lo que necesito de su colaboración y que respondan con sinceridad las siguientes interrogantes.

Cuestionario

1-Datos generales:

¿Cuántos años de experiencia laboral tienes?

0-5 años

6-10 años

11-15 años

más de 15 años

¿Cuántos años ha trabajado en este tipo de aula?

2-¿Cómo valora el habla, la respiración y la motricidad general de sus alumnos?

3-¿Mediante qué actividades usted logra desarrollar el habla de sus escolares?

Conversación

Láminas



_Juegos

_Software educativo

