

APLICACIÓN DE MATRIZ EVALUATIVA-EVOLUTIVA EN DISARTRIA PARA ATENCIÓN, INTERVENCIÓN TEMPRANA Y NEUROPLASTICIDAD. ESTUDIO DE CASO.

MSc. Jeannette Ochoa Fiffe¹, Ing.Lisette Caparrós Gou².

*1. Logopeda Centro de Neurodesarrollo. Rosa Luxemburgo. Cárdenas.
Centro Universitario Municipal de Cárdenas, Matanzas, Cuba*

*2. Centro Universitario Municipal de Cárdenas, Matanzas, Cuba. Centro de
Neurodesarrollo. “Rosa Luxemburgo”. Cárdenas.*

Resumen

La disartria etimológicamente definida es: Dis = difícil + artria = articulación. La sumatoria de todo significa: Dificultad en la articulación de los sonidos del Lenguaje y el habla, y en los casos más graves hasta de la voz.

La disartria es una afectación severa del lenguaje, con pronóstico reservado de rehabilitación. De origen neurológico, es percibida a continuación de un desarreglo en el sistema nervioso central y periférico. Impide la articulación adecuada de los sonidos del habla, no del lenguaje como ocurre en la afasia, la praxis no está lesionada, siendo común que se asocie con apraxia dado el trastorno neurogénico. La imposibilidad de realizar movimientos articulatorios correctos a voluntad, escapan al control humano; el área dañada deberá ser restaurada y reincorporada o sustituida por otras regiones que aprenderán a realizar una labor casi ajena.

Palabras claves: *Lenguaje, Articulación, Disartria, Parálisis Cerebral, Neuroplasticidad.*

La Disartria se localiza a nivel de corteza. No es un área específica, ni un punto. Mayormente los complementarios la ubican en la región temporo-parietal izquierda, lo cual no excluye que otros lóbulos se imbriquen en la gravedad de la misma al ser alcanzados por las innumerables interconexiones neuronales que tejen el complejo arquitectónico de los centros de habla, voz y lenguaje: disfonías neurológicas, parálisis de cuerdas vocales, modificaciones de los movimientos biológicos de los órganos buco faríngeos (disfagias de la etapa oral), y en ocasiones de incoordinación fono- respiratoria por híper o hipotonía en los órganos de la fonación.

Su extensión varía de acuerdo a la severidad de la lesión sufrida por el afectado, y en dependencia del período de la vida de que se trate.

Es conocido que cuanto más temprano se daña el Sistema Nervioso Central, mayor es la afectación de quien padece las secuelas. Su origen puede ser prenatal, perinatal o post natal, lo que genera una clasificación de las disartrias, atendiendo a su localización y génesis

La etiología de la disartria en la edad temprana, aún los primeros años, horas de la vida, es múltiple y compleja además por ser esta patología del habla, un trastorno del neurodesarrollo bien frecuente. Aunque no se acompañan de igual sintomatología se derivan por lo general de parálisis cerebral, traumas craneales, infecciones del Sistema Nervioso Central, formas graves de Epilepsias: Síndrome de West, Lennox-Gastón

intoxicaciones, Poliomiелitis, Parálisis Pseudobulbar por daño cortico bulbar bilateral, distrofias musculares, accidentes vasculares cerebrales, Miastenia Grave, Polineuropatías periféricas, Síndrome de Guillain Barré, Ataxia, distonías deformantes y focales, Corea, Atetosis, Enfermedad de Wilson, Enfermedad de Pick, y otras menos frecuentes.

Tantas causas generan que la sintomatología del paciente sea muy amplia. Dos niños disártricos de igual edad suelen exhibir manifestaciones clínicas neurologopédicas y foniatricas diferentes, dependiendo de la etiología de la lesión, la dotación genética, enfermedad de base, del nivel del sistema nervioso o muscular afectado y del compromiso mayor o menor de las estructuras involucradas.

Las disartrias pueden ser leves, moderadas o severas. Su grado extremo se conoce por Anartria, y es la imposibilidad de prácticamente, realizar movimiento alguno con la musculatura orofacial y fono articulatorio.

La evolución y el pronóstico dependen de la patología de base, del grado de afectación fono articulatorio, de la característica personal y el entorno social del paciente.

Existen tratamientos logopédicos variados, sus diagnósticos son reservados muchos, favorables a largo plazo. Cada niño es especial, tan diversas las alteraciones y secuelas, como los tratamientos que se establecen y las personalizaciones e individualizaciones en la terapia del habla, y de la voz.

La atención e intervención tempranas, son los ejes de la recuperación y el mejor apoyo en la neuroplasticidad radica en cuan pronto se comienza a rehabilitar / habilitar las funciones deterioradas por la lesión neurobiológica. Necesita pues un diagnóstico oportuno y valido, profesional; a la altura de las técnicas y estrategias diseñadas actualmente, sin desdeñar tradicionales aciertos que son siempre la puerta de entrada para comenzar la recuperación.

El diagnóstico tardío de esta menor por causas ajenas a la Clínica donde es atendida actualmente, de su tratamiento y seguimiento, del trabajo psicológico con la menor y con la familia de esta paciente con una Disartria establecida, llevó a la iniciativa de crear una Matriz de Evaluación y Evolución de Disartria , en cuanto al habla y la voz, para medir sus mejoras en los diversos ítems afectados (habla y voz, respiración) a punto de partida de su lesión de origen perinatal, lo que se consigán en la Anamnesis. Por ello este trabajo aplicado a una alumna del grado preescolar tuvo como:

Objetivo General

Aplicar Matriz evaluativa-evolutiva en Disartria para Atención, Intervención Temprana y Neuroplasticidad en el estudio de un caso.

Objetivos específicos

- Identificar aplicando la *Matriz de Evaluación y Evolución del Paciente con Disartria en Edad Pediátrica*, los síntomas disártricos rasgos personales característicos de la niña, etapa por donde transcurre su habla para la elección adecuada y personalizada del tratamiento
- Generalizar el uso de la *Matriz de Evaluación y Evolución del Paciente con Disartria en Edad Pediátrica*, atendiendo a las secuelas dejadas por su afectación Neurobiológica.

- Inducir con materiales adecuados a la edad, juegos que permitan a la paciente la movilización de su musculatura orofacial y articulación aislada, tomando en consideración la actividad rectora__ el juego__ de esta edad de la vida.
- Comparar los síntomas iniciales y el estado de la articulación de los ítems afectados que se van tratando: Habla, Voz, respiración; para la comprobación de la mejoría alcanzada al confrontarlos con los objetivos lingüísticos vencidos o no por la niña durante las sesiones de Logopedia y atención a los no logrados para variarlos
- Mostrar que la *Matriz de Evaluación y Evolución del Paciente con Disartria en Edad Pediátrica*, es eficaz instrumento de guía, entre terapeuta, maestro y familia, en la evaluación de eficacia del tratamiento en el niño, sea en su medio familiar o comunidad escolar.
- Esquematizar la *Matriz de Evaluación y Evolución del Paciente con Disartria en Edad Pediátrica* y explicarla para su utilización estandarizada como especie de test en los casos de Disartria.

Relevancia del caso

La relevancia de este caso está dada por la rehabilitación favorable de la paciente tratada con los métodos tradicionales y actuales para conseguir la funcionalidad en la pronunciación de los sonidos de su habla, en el destierro de la superficialidad articulatoria y en su incorporación a la escuela, sin complejos, sin desconfianza hacia el colectivo de los iguales, su participación en las respuestas individuales y también su inicio en una Academia de baile español, con el propósito de perfeccionar la motricidad gruesa, igualmente afectada por el trauma que le aconteció.

Límites y alcances de la investigación.

El caso que es traído a colación fue diagnosticado tardíamente. Se comenzó la rehabilitación a los cuatro años de edad, ya en las puertas de la vida escolar. La familia coopera pero con la demora de la atención especializada, y el diagnóstico correcto, la niña desarrolló malos hábitos de pronunciación, estableciendo patrones lingüísticos incorrectos. Hábitos inadecuados de respiración bucal, de colocación de la lengua y engrosamiento del ápice lingual, frenaron y demoraron la recuperación, ya está en su última fase. Los padres prácticamente traducían para los demás debido al trastorno disártricos de tipo moderado.

Con gran cooperación por parte de la niña, y la de sus padres y maestras, la Disartria ha sido atenuada a lo mínimo debiendo permanecer en tratamiento por algunos meses más. Ahora la menor tiene un habla bastante fluida, su carácter ha variado de la indiferencia a la camaradería con los padres, con independencia que para la corrección de su articulación se utilizaron materiales para manualidades, su motricidad fina, fue igualmente beneficiada con independencia de la Terapia Ocupacional.

El alcance de la investigación más que el límite debe ser una alerta a los padres y familias ante señales que muestren un neurodesarrollo inadecuado. Se explicó a los padres que deben ser inconformes y conseguir una segunda, tercera, milésima opinión que responda no a lo que desean escuchar, sino a interiorizar y decir a otros que tengan situación similar su

experiencia. No perder tiempo, la rehabilitación es la llave para entrar a la Neuroplasticidad y a su vez, la neuroplasticidad a tiempo regala los mejores beneficios para la rehabilitación Para este fin:

Fue motivo de consulta exhaustiva, bibliografía clásica, actualizada y web gráfica acerca de la Disartria, sus implicaciones neuropsicológicas y su repercusión en la vida de la niña y su familia.

- Se participó con el equipo interdisciplinario de la Clínica de Neurodesarrollo "Rosa Luxemburgo" Cárdenas, para convenir cada tratamiento y seguir las mejores pautas, que fueran sobre todo aceptadas por el ánimo de la pequeña. Cuando hubo desacuerdo, rechazo, se procedió a cambio de ejercicios por otros similares.
- Revisión en varios soportes sobre los métodos para enseñar a niños afectados por una Disartria secundaria a una Epilepsia de tipo Gran Mal de etiología perinatal, tardíamente diagnosticados y conversaciones con profesores consultantes y titulares acerca de los tratamientos más efectivos, dado el paquete de síntomas
- Los padres fueron debidamente informados acerca de la entidad Disartria, su tratamiento y el pronóstico. que a pesar de las agravantes no era del todo desfavorable, dieron su consentimiento informando para participar en esta investigación. La edad de la niña ayudó en algunos casos, sobre todo a concienciar la necesidad de su total colaboración.

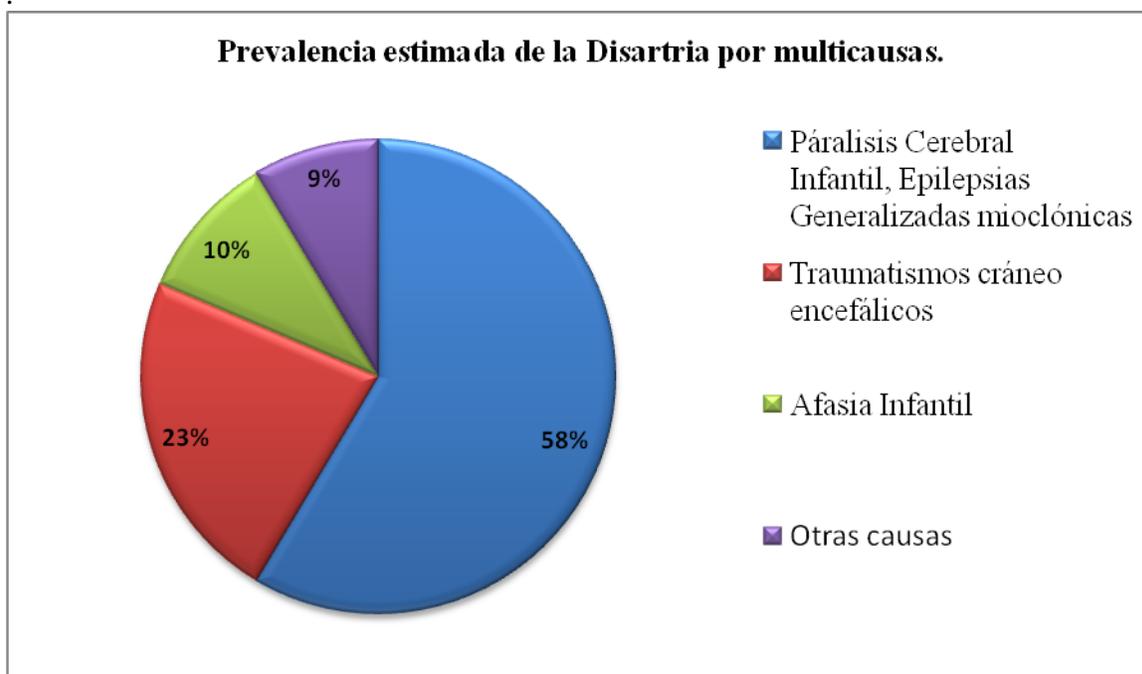


Fig. 1

Se desconoce cuántos otros niños tienen disartria como consecuencia de otras causas. Sin embargo, la parálisis cerebral y el traumatismo craneoencefálico siguen siendo dos de las causas médicas de derivación más frecuentes para la terapia del habla y del lenguaje. Como las deficiencias del habla son alteraciones neurológicas, no se resuelven. La

intervención procura maximizar el desempeño del habla de los niños, mediante la enseñanza de cómo utilizar diferentes movimientos y nuevos programas motores para esos movimientos. La adquisición de nuevos programas motores requiere práctica intensiva que incluye considerables actividades terapéuticas durante períodos largos. Por lo tanto, el tratamiento de la disartria posiblemente tiene costos significativos para los servicios sanitarios, aunque la prevalencia del trastorno en la niñez pueda ser pequeña.

Clasificación de las Disartrias según localización del área de la lesión

Establecimiento del área de la lesión que la desencadena

- Asociada a Trastornos de la Moto neurona Superior
- Asociada a Trastornos de la Moto neurona inferior
- Asociada a Trastornos del Cerebelo
- Asociada a Trastornos Extrapiramidales.
- Asociada a Múltiples sistemas Motores
- Pérdida del control neurológico voluntario

Por los síntomas acompañantes

- Disartria espástica
- Disartria flácida
- Disartria atáxica
- Disartria discinética: { Hiperkinéticas e Hipokinéticas
- Disartria Mixtas: {
- Esclerosis Múltiple {
- Parálisis Bulbar progresiva

Disartrias Asociadas a Trastornos de la Motoneurona superior

- Raras... Lesión unilateral da pocos síntomas laríngeos. Puede ser por parálisis pseudo bulbar, o ser el resultado de pequeños lesiones isquémicas bilaterales encima del núcleo del Vago.

Etiología

- Accidente Vascular Encefálico (A.V.E, raros en las *primas* edades de la vida)
- Lesión Estática del Sistema Nervioso Central mal llamada Parálisis Cerebral Infantil.
- Traumatismo cerebral,
- Formas graves de Epilepsias: Síndrome de West, Lennox-Gaston, u otra Infección,
- Esclerosis múltiple, Poliomiélitis (aún) en zonas de Asia menor (de preferencia) y otras regiones subdesarrolladas

Desarrollo y resolución del caso.

Paciente: L.L.A Edad: 6 HC: 1110 09

Paciente que acude traída por sus padres. Según refieren los padres no están satisfechos pues no ven la evolución de la menor y las convulsiones continúan con mayor frecuencia. Se observa torpeza en los miembros inferiores con una marcha que hace pensar en una disparemia espástica, lengua semiengrosada y dificultad en el habla, se escucha la respiración entrecortada y la comisura labial desviada hacia el lado izquierdo.

Interrogatorio
Edad de la madre: 44 a
Edad del padre: 41a
Antecedentes Patológicos vía materna: Hipertensión arterial
Antecedentes Patológicos vía paterna: Diabetes Mellitus
Infertilidad __
Embarazos: 2 1 fallido. Abortos 1
Amenaza de aborto: 31 semanas de gestación (eclampsia)
Enfermedades sistémicas: __
Drogas durante el embarazo: Metildopa
Antecedentes perinatales:
Parto instrumentado a 36.6 semanas Cesárea por Hipertensión Arterial 160-105
Ventilación Mecánica __
Íctero Fisiológico: si
Otras: Hipoxia, Hipoglicemia, Sepsis neonatal
Tratamiento aplicado en sala de Cuidados Intensivos Neonatales:
Ampicilina, Amikacina, Claforán
Diagnóstico: Parálisis Cerebral Infantil Ambulatoria con secuela en el Sistema Motor fino y gruesa

- ✓ Hemiparesia derecha, marcha con el Miembro Superior Derecho en flexión y no utiliza apenas, su mano derecha.
- ✓ Epilepsia Sintomática tratada : Valproato de Sodio
- ✓ Lenguaje: Trastorno Moderado. Disartria (toma del Habla, Voz y Lenguaje) Abundante sialorrea
- ✓ Dificultades en Coordinación Viso-manual

Se indican complementarios:

- ✓ Pruebas de Lenguaje
- ✓ Batería de Luria- Peabody Motor
- ✓ Ozono terapia 25 semanas
- ✓ Electroencefalograma (EEG)

Resultados de los exámenes indicados:
Peabody Lenguaje: Rinde edad 3 años, 09 meses
Gramática: 2, 05 años. Semántica: 3,04 años
Observaciones: Toma de adverbios, concordancia, generalización y síntesis, preposiciones y pronombres. Hipertonía de la musculatura de la deglución, sialorrea profusa.
Electroencefalografía sueño fisiológico: Signos marcados de contusión de regiones fronto-centro- temporales de ambos hemisferios a predominio izquierdo. Con presencia de ondas lentas, irregulares
Tratamiento: Medicada con Valproato de Sodio, se decide introducir además Piracetam 800 mg 1/2 tableta diaria.
Batería Luria:

- Con riesgo para el aprendizaje, la mayoría de las escalas evaluadas se ubican por debajo de lo esperado a su edad.
- Signos de lentitud para realizar el resto del ambiente de tareas cognitivas
 Peabody motor a los 6 años: Rinde para edad de 4 años y 2 meses
 Escala Brunet-Lezine 6 años:
 Edad Cronológica: 6 años
 Edad Mental: 5 años 3 meses
 Coeficiente Desarrollo: 87, 5 puntos
 Electroencefalografía (sueño inducido) 6 años
 Signos ligeros de contusión focal temporo-parietal de Hemisferio Izquierdo
 Diagnóstico Diferencial y comorbilidad

El diagnóstico diferencial de la Disartria se realiza con la Afasia, la Disfasia

Generalmente basado en la sintomatología que muestra el paciente con Disartria, es casi innecesario, luego de la diagnosis basada en la clínica y los exámenes complementarios, establecer un Diagnóstico Diferencial. Remitidos en la revisión de la bibliografía para el estudio del caso, se encuentra en Terapia del habla y del lenguaje para la disartria por daño cerebral no progresivo Sellars C, *et al* Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, Número 4. (Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.) Algo interesante al respecto.

Tradicionalmente, los terapeutas del habla y del lenguaje (THL; la abreviatura también se utiliza para la terapia del habla y del lenguaje) se han ocupado de la disartria proporcionando diagnósticos diferenciales, tratando el problema del habla y previniendo complicaciones secundarias, y facilitando la participación de los individuos en las actividades normales de la vida (Yorkston 1996). En esta revisión no se considerará el diagnóstico diferencial.

Las estrategias de tratamiento que suelen realizar los THL son las siguientes.

- (1) Intento de normalización del tono muscular o incremento de la fuerza y la precisión de los movimientos y la coordinación (Netsell 1984).
- (2) Compensación conductual, por ejemplo, reducción de la velocidad del habla más allá de una velocidad más lenta para fomentar una mejor inteligibilidad (Yorkston 1987).
- (3) Eliminación de respuestas no adaptables como el aumento de la velocidad del habla para reducir una velocidad percibida erróneamente como demasiado lenta (Yorkston 1987).
- (4) Provisión de dispositivos protésicos como el elevador de paladar o un dispositivo de entrenamiento para compensar la hipernasalidad en el habla (Tudor 1974).
- (5) Provisión de dispositivos de ayuda. Estos pueden abarcar desde asistencia de tecnología no muy avanzada como un cuadro con el abecedario a un sistema computarizado sumamente complejo. Pueden estar destinados a facilitar una sola función como mejorar la velocidad del habla con una tabla rítmica (Crow 1989) o a restituir completamente el habla (McNamara 1983).
- (6) Reducción de la incapacidad al modificar el entorno, al entrenar a los oyentes, y al fomentar actitudes positivas en las personas que se comunican regularmente con el individuo que padece disartria (Berry 1983).

Queda definido y corroborado el Diagnóstico de:

Disartria Discinética de tipo moderado. Secundaria a etiología pre, peri y post natal
Comorbilidad

El caso estudiado presenta una comorbilidad con las siguientes entidades, lo que hace más lento su progreso y lo reservado de su pronóstico, a largo plazo.

- Epilepsia sintomática de etiología genética
- Parálisis Cerebral Infantil con Hemiparesia a predominio derecho, marcha con el Miembro Superior Derecho
- Déficit cognitivo por debajo de lo esperado para su edad, rendimiento intelectual casi lindante con el retraso mental derivado de las causas que se describen en su anamnesis.

Diagnóstico y tratamiento

Impresión Diagnostica

Lesión Estática del Sistema Nervioso Central (P. C. I ambulatoria)

Disartria Discinética Secundaria a Epilepsia Sintomática a Parálisis Cerebral Infantil

Respiración: Disfunción de aire espirado

Lenguaje: Afectación en la fluidez.

Voz: Timbre aireado, tono monótono, disprosodia.

Habla: trastornos de pronunciación marcados, hipertonía lingual y labial y de la musculatura oro-facial interna y externa.

Problemas odontológicos y de otorrinolaringología: malformaciones dentarias que se asocian a caries por higiene bucal deficiente, infecciones, y abertura mantenida de la boca.

Tratamientos Indicados

Terapia Ocupacional de Integración Sensorial y coordinación viso-manual

Logopedia y Foniatría para Lenguaje, Habla y Voz.

Rehabilitación en Clínica: Área Gimnasio: Ejercicios de Tono adecuada a los Miembros Inferiores.

Intervención Práctica utilizada en el Tratamiento Logopédico Personalizado en la Terapia de Habla y Leguaje (THL)

Actividades aplicadas en el tratamiento de la Disartria en el caso presentado por la autora
Rehabilitación lingüística.

El tratamiento de la disartria, por el carácter orgánico central y la base neurológica de la alteración, es largo y complejo, requiere de la participación de diferentes especialistas (médico - pedagógico) y sobre todo la personalización de cada sesión de tratamiento y la colaboración estrecha con la escuela y los padres, la base del éxito de la compensación del trastorno disártricos.

Para la planificación adecuada del trabajo a realizar con estos casos, se hace necesario haber investigado a profundidad, para conocer las peculiaridades de la sintomatología del sujeto a tratar.

Tratamiento implementado:

Para el caso que es objetivo de este trabajo, el tratamiento personalizado está dirigido a la Rehabilitación de los órganos de la fonación, en este caso habilitando funciones que

estuvieron torpes o ausentes por la incorrecta diagnosis y la inexistencia de la Estimulación temprana en la clínica que frecuentaba antes de conocerla.

Restablecimiento de una adecuada respiración

Normalización de los atributos de la voz.

Habilitación y rehabilitación de la motricidad orofacial y su sintomatología

Habilitación de un habla adecuada

Tratamiento Personalizado en un caso de Disartria Moderada Discinética Secundaria.

Tratamiento Personalizado en un caso de Disartria Moderada Discinética Secundaria		
Trastorno a Rehabilitar	Ejercicios I etapa	Ejercicios II etapa
Articulación Orofacial	<p>Fortalecimiento de mejillas, labios, lengua y velo.</p> <p>Ejercicios de mímica facial</p> <p>Movimientos linguales en las 4 direcciones</p> <p>Extenso proyección bilabial funcional sonora.</p> <p>Gimnasia respiratoria</p> <p>Soplos de jadeo Espiración prolongada sin y con vocalizaciones.</p> <p>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.</p>	<p>Funcionalismos unidos a vocales y continuar con los pasos establecidos hasta la automatización del fonema afectado.</p> <p>Habla silabeada</p> <p>Repetición de frases y oraciones marcando la articulación.</p> <p>Habla sobre articulada</p> <p>Lectura fraseológica</p> <p>Cuchicheo extenso e intenso</p> <p>Sincronización entre la escritura y el habla</p> <p>Habla con lentitud exagerada.</p>

<p>Voz Timbre</p>	<p>Técnicas de empuje (si el paciente tiene posibilidades de hacerlas)</p> <p>Funcionalismo P</p> <p>Conteo de números, palabras, frases y oraciones con apoyo abdominal</p> <p>Técnicas tusígenas</p> <p>Retroalimentación</p> <p>Ejercicios de sobre articulación</p> <p>Aumento de tono</p> <p>Emisión con ruido competitivo</p>	<p>Ejercicios de relajación de tracto buco-faringo-laríngeo</p> <p>Emisión con inclinación y rotación de la cabeza</p> <p>Sinquinesia máxilo-vocal</p> <p>Masticación sonora natural</p> <p>Masticación sonora verbal</p> <p>Técnica de bostezo-suspiro</p> <p>Terapia de canto.</p> <p>Susurro</p>
<p>Resonancia nasal aumentada</p>	<p>Funcionalismos, P, K, S.</p> <p>Soplos de jadeos</p> <p>Ejercicios s-t</p> <p>Desnasalización a partir de la J y la S</p> <p>Staccato con K y P</p> <p>Técnicas de empuje si el paciente tiene posibilidad</p> <p>Modificación de la posición de la lengua</p> <p>Cuchicheo intenso</p> <p>Sobre articulación</p>	<p>Aumento de la intensidad</p> <p>Disminución del tono,</p> <p>Retroalimentación auditiva</p>
<p>Intensidad</p>	<p>Retroalimentación auditiva</p> <p>Contraste de intensidades</p> <p>Masticación sonora natural, seguida de frases y</p>	<p>Retroalimentación auditiva</p>

	<p>oraciones</p> <p>Masticación sonora verbal</p> <p>Técnica de bostezo-suspiro</p> <p>Sinquinesia Maxilo-vocal</p> <p>Susurro</p>	
Prosodia	<p>Terapia de canto</p> <p>Conversación mediante canto</p> <p>Variación de tonos e intensidades</p> <p>Imitar patrones de entonación</p> <p>Repetición de oraciones marcando entonación, oraciones interrogativas, afirmativas y contrastantes</p> <p>Repetición de oraciones marcando elementos de enlace</p> <p>Interjecciones</p> <p>Retroalimentación</p>	Terapia de canto
Disprosodia	<p>Emisión de sonido neutro monótono</p> <p>Imitar el habla monótona</p> <p>Técnicas de relajación</p> <p>Masticación sonora natural, seguida de frases y oraciones con monotonía</p> <p>Masticación sonora verbal</p> <p>Sinquinesia Maxilo-vocal</p>	

	<p>Cuchicheo</p> <p>Retroalimentación auditiva.</p>	
Fluidez	<p>Técnicas espiratorias</p> <p>Técnicas de ritmo</p> <p>Técnicas antinacionales (marcar entonación en palabras, frases y oraciones)</p> <p>Masticación sonora natural</p> <p>Masticación sonora verbal</p> <p>Terapia de canto</p> <p>Staccato.</p> <p>Conversación mediante canto</p>	
Respiración	<p>Toma del aire nasal y expulsión lenta por la boca</p> <p>Respiración de flancos</p> <p>Toma de aire acompañada de movimientos de expansión tórax –abdomen</p>	Técnicas de respiración
Respiración	<p>Toma de aire con control espiratorio</p> <p>Relajar abdomen en inspiración y contraer durante la espiración.</p> <p>Espiración con sonido neutro</p> <p>Control del tiempo de fonación (cada vez más largo) frases y oraciones cada vez mas largas</p> <p>Contar la mayor cantidad de</p>	

	números y/o palabras con una espiración Staccato	
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	
Imposibilidad de movilización de los músculos de la oralidad y fonación	Sistemas alternativos de comunicación (SAD) Comunicación extra verbal en pacientes en los que se demuestre en la práctica que no están capacitados para hacer ni aprender las técnicas habituales establecidas por limitaciones motoras extremas.	Mantener con los Sistemas Alternativos que arrojen mejor resultado

La sistematicidad del tratamiento tiene mucho que ver con la calidad de la terapia que se realice y que se percibida por la familia. También el rapport establecido con la niña, la creación de juegos alternativos que hagan de los ejercicios de rehabilitación de lenguaje, habla y voz, una sesión agradable, a pesar de las incómodas y aburridas repeticiones, la inconveniencia de asistir con frecuencia bastante periódica, los resultados que se vayan obteniendo; que le servirán de incentivo a la menor para desear volver y en el hogar cooperar con la terapia de Logopedia y Foniatría.

La Matriz de evaluación y evolución para el niño con Disartria se aplica por vez primera en la niña de este estudio de caso.

Conclusiones

Se aplicó Matriz evaluativa-evolutiva en Disartria para Atención, Intervención Temprana y Neuroplasticidad en el estudio de un caso.

Identificar aplicando la Matriz de Evaluación y Evolución del Paciente con Disartria en Edad Pediátrica, los síntomas disártricos rasgos personales característicos de la niña, etapa por donde transcurre su habla para la elección adecuada y personalizada del tratamiento

Se indujo con materiales adecuados a la edad, juegos que permitan a la paciente la movilización de su musculatura orofacial y articulación aislada, tomando en consideración la actividad rectora__ el juego__ de esta edad de la vida.

Fueron comparados los síntomas iniciales y el estado de la articulación de los ítems afectados que se van tratando: Habla, Voz, respiración; para la comprobación de la mejoría alcanzada al confrontarlos con los objetivos lingüísticos vencidos o no por la niña durante las sesiones de Logopedia y atención a los no logrados para variarlos

Se mostró que la *Matriz de Evaluación y Evolución del Paciente con Disartria en Edad Pediátrica*, es eficaz instrumento de guía, entre terapeuta, maestro y familia, en la evaluación de eficacia del tratamiento en el niño, sea en su medio familiar o comunidad escolar.

Se esquematizó la *Matriz de Evaluación y Evolución del Paciente con Disartria en Edad Pediátrica* y explicarla para su utilización estandarizada como especie de test en los casos de Disartria.

Recomendaciones

Se propone Generalización del uso de la *Matriz de Evaluación y Evolución del Paciente con Disartria en Edad Pediátrica*, atendiendo a las secuelas dejadas por su afectación Neurobiológica en el servicio de Logopedia y Foniatría de los centros de salud del país con este servicio.

Bibliografía

American Psychological Association. (2010). Publication manual of the American Psychological Association (6ta ed.). Washington, DC : Autor.

Asamblea General de las Naciones Unidas, ONU, en su Resolución 44/25 del mes noviembre 1999

Camacho Salas, A.: Parálisis Cerebral Infantil: importancia de los registros poblacionales. Rev. Neurológica. 2008; 47 (Supl 1): S15-S20.

Craig T. R.; Bryant M. D.; Suárez, T. M.: Intervención Temprana: ¿por qué?, ¿para quién?, ¿cómo? y ¿a qué costo? Rev. Clin. Norteam. Perinatología. 1990. 1: pp.: 47-55.

CIE 10 (1992):. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator. (ICD–10, International Classification of Diseases, 10th revisión).

Cohen LG, *et al* Functional relevance of cortical plasticity. In: Graffman J, *et al* eds. Neuronal plasticity: building a bridge from the laboratory to the clinic. Berlin: Springer-Verlag; 1999.)

Domínguez-Dieppa, F.: Estudio del neurodesarrollo del neonato de riesgo. 2006. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion>.

DSM– IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1995). Barcelona. Masson. (1995)

Felipe, J.: Cerebro y cultura. Esplendores y miserias del cerebro. Fundación Santander, 2005, Madrid, pp.: 61-103.

Foz FB, Lucchini FL, Palimieri S, Rocha AF, Rodella EC, Rondo AG, et al. Language plasticity revealed by electroencephalogram mapping. *Pediatr Neurol* 2002; 26: 106-15.

Gorski A. P.; Huntington L.; Lewkowics, J.: Atención de niños pretérminos en hospitales: controversia respecto al momento oportuno de estimulación. *Rev. Clin. Perinatología*. 1990. 1: pp.: 103-112.

Grupo de Atención Temprana. Libro Blanco de la Atención Temprana Documentos 55/2000 Madrid. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. 2000

Kinsbourne, M.; Word, F.B.: Disorders of Mental Development. *Child Neurology*. Seventh Edition. 2006. Harvey B. Sarnat, MD, F.R.C.P.C.

Petheram. Colectivo de Autores. Libro Blanco de Estimulación Temprana. 2000. Ed. Masson. Barcelona. España. 2005)

En sesión 3.3 Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad

Berry WR, Sanders SB. Environmental education: the universal management approach for adults with dysarthria. In: Berry WR, editor(s). *Clinical dysarthria*. San Diego, CA: College-Hill Press, 1983:203-16.

Crow E, Enderby P. The effects of an alphabet chart on the speaking rate and intelligibility of speakers with dysarthria. In: Yorkston KM, Beukelman DR, editor(s). *Recent advances in clinical dysarthria*. Boston: College-Hill, 1989:99-108.

Manual descriptivo. ODAT. Actualización 2008. Federación Estatal de Profesionales de la Atención Temprana (GAT). Real Patronato sobre Discapacidad. Gobierno de España.

McNamara R de P. A conceptual holistic approach to dysarthria treatment. In: Berry WR, editor(s). *Clinical dysarthria*. San Diego, CA: College-Hill Press, 1983:191-201.

. Murphy FM. The high-risk infant: some new views on earlyn el Concepto Bobath (AETB). 2005;15:22-5.rmas graves de Epilepsias

Muñoz Yunta, J. A.; Etchepareborda, M. C.; Hernández, S.; Ortíz Alonso, T.: Plasticidad Cerebral e Imagen. Mesa Redonda. XIV Reunión Interdisciplinaria sobre problemas de alto riesgo de deficiencias. Crónica. Madrid. 2004.

Narbona J, Crespo-Eguílaz., N. *Plasticidad cerebral para el lenguaje en el niño y el adolescente*. REV NEUROL 2012; 54 (Supl 1): S127-30. © 2012 Revista de Neurologí

Netsell R. Physiological studies of dysarthria and their relevance to treatment. In: Rosenbek JC, editor(s). *Seminars in language*. New York: Thieme-Stratton, 1984:279

Sellars C, *et al* Terapia del habla y del lenguaje para la disartria por daño cerebral no progresivo Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, Número 4. (Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.)

S. Hernández-Muela, F. Mulas, L. Mattos *Plasticidad neuronal funcional* REV NEUROL 2004; 38 (Supl 1): S58-S68 □ 2004, □ © REVISTA DE NEUROLOGÍA

Tudor C, Selley WG. A palatal training appliance and a visual aid for use in the treatment of hypernasal speech. *British Journal of Disorders of Communication* 1974;9: 117

Huarte Ciganda, M.; Modroño, A.; Larrañaga, C.: Conducta ante los estados hipertensivos del embarazo. 2009, mayo 12, Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Online] 32:0. Disponible: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6258>.

Sellars C, *et al* Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, Número 4. (Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.)

Schapira IT, Parareda V, Coria MB, Roy E. Propuesta de intervención ambiental en el desarrollo de recién nacidos de alto riesgo.

Schapira, I.; Aspres, N.; Benítez, A; Vivas, S; Rodríguez, G; Gerometta, G; Galindo, A; Cangelosi, M; Cúneo Libarona, M. L.; Fiorentino, A.: Long-term development in children born premature. *Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramon Sarda*; 27(4): pp.: 155-158, 2008.

Urquizo VH. Neuroplasticidad: ventajas y desventajas. Metas y realidades en el proceso de rehabilitación terapéutica. Boletín informativo de la Asociación Española de terapeutas formados



CD de Monografías 2017
(c) 2017, Universidad de Matanzas "Camilo Cienfuegos"
ISBN: XXX-XXX-XX-XXXX-X