

LOGOPEDIA Y FONIATRÍA

INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

Dra. Marcia López Betancourt

INTRODUCCIÓN:

Los primeros años de vida del niño están repletos de hitos cruciales y hazañas decisivas, pero, el acontecimiento más celebrado es la producción de las primeras palabras. El aprendizaje de la lengua materna junto con un rápido desarrollo psicomotor, son las dos adquisiciones más importantes que los niños conquistan en los primeros años de vida. A partir de ellas son posibles las primeras interacciones niño-medio y el establecimiento de bases sólidas que permiten nuevos y más complejos aprendizajes (1)

.Los primeros trabajos sistemáticos del análisis ontogenético del lenguaje datan del siglo XVIII y principios del XIX, consistían en una recopilación de observaciones del lenguaje espontáneo de los propios hijos de los investigadores, siendo uno de los más conocidos el famoso Charles Darwin (1877), aunque Dale (2) señala sobre cierta “investigación” llevada a cabo por el Rey egipcio Psamético, en los años anteriores a 610 (A. C). Todos estos estudios se han ido intensificando en el presente siglo, extendiéndose gradualmente a diversos aspectos del lenguaje y otras lenguas, cuyo número ya alcanza a los 40 idiomas, aunque son 15 los más estudiados.

Han existido numerosas teorías (1) que intentan justificar el desarrollo del lenguaje infantil, entre ellas se encuentran las que plantean que el lenguaje es una conducta aprendida, dándole poco énfasis a lo biológico y más al ambiente (conductista), otras señalan que el lenguaje tiene un origen innato, otras se refieren a que la maduración del SNC es el pilar básico para el desarrollo del lenguaje (neurológica), algunos autores le dan importancia a que existe una predisposición genética para el aprendizaje del lenguaje, que es un instrumento social por excelencia, y otras teorías hacen hincapié en lo biológico y lo social como causas del desarrollo del lenguaje infantil, a pesar de todos los estudios realizados, todavía a todos asombra la aparición en el niño de esa maravilla que es el lenguaje.

Desde el punto de vista ontogenético, el lenguaje se desarrolla a través de una serie de etapas sucesivas cronológicamente, que constituyen un complejo proceso sociofisiológico de adquisición, que evoluciona paralelamente al desarrollo físico y mental del niño, gracias entre otros factores a la maduración del Sistema Nervioso Central y a la estimulación del medio ambiente. Las etapas por las

que transcurre comienzan desde el llanto inicial del recién nacido hasta la producción de un medio de expresión oral fonético-léxico-sintáctico constituyendo un código de señales.(3) (4)

Son suficientemente conocidos los sucesivos estadios por los que, en general, transcurre el lenguaje infantil, pero estas adquisiciones en la infancia no se producen de manera lineal y uniforme, sino que pueden aparecer múltiples variables que dificulten dichos procesos y, en consecuencia, perjudiquen el desarrollo global de las capacidades del sujeto. Es entonces cuando la Estimulación temprana adquiere su máximo interés y se convierte en una técnica no ya necesaria, sino absolutamente imprescindible.

INTERVENCIÓN TEMPRANA. CONCEPTO

La Intervención temprana es un proceder terapéutico creado para ayudar a los niños con alteraciones del desarrollo, a mejorar estos trastornos o a moderar sus efectos. Los investigadores de Intervención temprana ponen de manifiesto aspectos de gran importancia: el ajuste familiar, el apoyo social a la familia, los patrones de interacción, el diseño del ambiente físico del hogar, aspectos relacionados con la salud del niño, etc.(5)

Entendemos como intervención temprana en el lenguaje el conjunto de acciones encaminadas a desarrollar en los niños (sin forzar su propio ritmo evolutivo) las habilidades fonológico/ fonéticas, morfosintácticas, semánticas y pragmáticas necesarias a fin de facilitar los intercambios comunicativos de los más pequeños con su entorno.

Los niños susceptibles de este tipo de intervención proceden de 3 grupos específicos:

- a) Niños en situación de riesgo biológico (prematuridad, bajo peso al nacer, asfixia, etc.)
- b) Niños en situación de riesgo socioambiental (hijos de madres adolescentes, madres solteras, etc.)
- c) Niños con retrasos, desviaciones o discapacidades del desarrollo ya establecidas (minusvalías evidentes: Síndrome de Down, deficientes auditivos, visuales, etc.)

INTERVENCIÓN TEMPRANA. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Las ideas básicas que determinan el nacimiento de los programas de estimulación surgen tanto de la psicología evolutiva o del desarrollo como de la neurología. La estimulación temprana se basa especialmente en la influencia que los estímulos ambientales tienen sobre el organismo en desarrollo, la importancia de la relación madre-hijo y en la plasticidad del sistema nervioso en los primeros años de vida.

La plasticidad cerebral es la adaptación funcional del Sistema Nervioso Central para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o fisiológicas sea cual sea su causa. La capacidad del cerebro para adaptarse a la nueva situación lesional y para compensar los efectos de la lesión, aunque sea de forma parcial es mayor en el cerebro inmaduro que en el del adulto. (6) (7) Todas las facetas del funcionamiento cerebral pueden verse beneficiadas por el fenómeno de la plasticidad neuronal, la mayor parte de las veces por acción terapéutica farmacológica y por estimulación sensitiva con rehabilitación física y psíquica. Se plantea que la actividad cerebral, un estilo de vida activo y los entrenamientos del cerebro ayudan a reorganizarse una vez lesionados más rápidamente, por lo que justifican los resultados favorables obtenidos con la terapia de rehabilitación en todos estos casos.

La intervención temprana en el lenguaje debe tener diferentes características:

- Está determinada por su carácter sistemático en cuanto que se trabaja día a día un programa previamente elaborado de acuerdo con la edad de desarrollo y con las expectativas que se intentan conseguir en cada momento.
- El carácter secuencial de la misma determina que cada paso alcanzado por el niño en cualquiera de las áreas del lenguaje en desarrollo sirva como punto de partida para lograr el siguiente.
- Finalmente viene determinada por el control que se ejerce a través de evaluaciones periódicas del nivel alcanzado
- Las técnicas de estimulación temprana se basan en la modificación ambiental lo más tempranamente posible
- Está orientada a una doble vertiente: asistencial y preventiva

La Intervención temprana debe ser una estimulación sensorial y lingüística adecuada al niño al que se dirige, basada en el conocimiento evolutivo del ser humano, una técnica pensada para prevenir y/o aminorar los déficits en el desarrollo lingüístico de los niños, es decir, son un conjunto de acciones dirigidas a la globalidad del lenguaje, que persiguen el desarrollo integrado de todas las habilidades comunicativas.

La Intervención temprana no debe ser una aplicación masiva e indiscriminada de estímulos lingüísticos y sensoriales, ni una estimulación anárquica sin planificación alguna.(8)

OBJETIVOS GENERALES DE LA ATENCIÓN TEMPRANA DEL LENGUAJE:

Una atención temprana dirigida a potenciar el desarrollo y evolución del lenguaje infantil tendrá como objetivos los siguientes:

- Facilitar el desarrollo de los elementos prelingüísticos y de los componentes auxiliares del lenguaje oral (balbuceo, imitación de sonidos, entonación, comunicación no verbal, respiración, etc.)
- Favorecer el desarrollo de las dimensiones del lenguaje: Forma (Fonología y Morfosintaxis), Contenido (Semántica) y Uso (Pragmática)
- Prevenir la aparición y el desarrollo de alteraciones en el lenguaje infantil (detección temprana, uso de sistemas alternativos de comunicación)
- Compensar posibles déficits ocasionados por entornos lingüísticamente desfavorables (pobre estimulación verbal, dificultades del lenguaje,etc.)
- Contribuir al futuro aprendizaje de la lecto-escritura (dominio del lenguaje oral)
- Colaborar en la elaboración de un código más amplio (vocabulario)

Queremos abordar algunas normas de conducta lingüística previa, cuyo cumplimiento reportará evidentes beneficios en los procesos de adquisición y desarrollo del lenguaje infantil, no tan sólo al niño con potencialidades de presentar trastornos en el desarrollo del lenguaje sino también en el propio niño sano, sin riesgos:

- Atender tempranamente el desarrollo de la capacidad de la comunicación oral (implicación de la familia en la estimulación del desarrollo del lenguaje)
- Hablar clara y correctamente a los niños (adecuados modelos verbales)
- Evitar el uso de un lenguaje infantilizado
- Convertir en juego la imitación de sonidos, palabras y frases.

- No interrumpir la conversación para corregir dificultades articulatorias ni de trastornos de la fluencia verbal
- Servirse de la conversación normal para establecer las correcciones oportunas (modelos verbales adecuados)

AFECCIONES SUSCEPTIBLES DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LOGOPEDIA Y FONIATRÍA

Dentro de las afecciones de la comunicación oral que precisan de un diagnóstico precoz y una intervención temprana para obtener resultados adecuados y definitivamente un buen pronóstico, se encuentran principalmente el Retardo del desarrollo del lenguaje, la Tartamudez, la Disfonía y en la Hiperrinolalia por Fisura Palatina.

El Retardo del desarrollo del lenguaje (3)(9) de etiología secundaria a otras afecciones que en muchos casos constituyen el motivo de la consulta médica por ser el lenguaje una de las áreas más afectadas, nos referimos a afecciones como el Retraso mental, la Hipoacusia, el Autismo infantil y las lesiones estáticas del SNC como la Parálisis cerebral. También existen otras causas que provocan el retardo del desarrollo del lenguaje como el bilingüismo, la pobre estimulación verbal, la sobreprotección, etc., pero que son de mejor pronóstico que las primeras mencionadas.

También el Retraso del lenguaje puede ser de etiología primaria, llamado Trastorno específico del desarrollo del lenguaje (TEDL), el cual se hace el diagnóstico por exclusión, una vez descartadas las entidades y factores que causan secundariamente un retardo del lenguaje en el niño. En la medida que se haga un diagnóstico lo más precoz posible principalmente en los niños de alto riesgo de presentar trastornos del desarrollo del lenguaje, pues se instaura un programa de intervención temprana acorde a las características o perfil lingüístico que presente, el niño una vez evaluado, el pronóstico, reiteramos, es mucho mejor.

Con relación a la Tartamudez, la Disfonía y la Hiperrinolalia por Fisura Palatina también es importante el diagnóstico precoz, las orientaciones específicas oportunas y la intervención lo más tempranamente posible (4). En este capítulo nos referiremos principalmente al Retardo del desarrollo del lenguaje pero también tiene incluidos orientaciones profilácticas para evitar la aparición de otros trastornos del habla y de la voz, que se pueden perfectamente evitar o minimizar. La Hiperrinolalia por Fisura palatina sí insistimos en la intervención precoz incluso antes de la intervención quirúrgica, pues es necesario orientar a los padres y al equipo multidisciplinario sobre las medidas a tomar en relación con la comunicación que generalmente está afectada en estos niños.

MÉTODOS DE TRATAMIENTO DE INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL LENGUAJE

Los métodos de intervención son heterogéneos, varían desde los más conductistas hasta los más naturalistas, desde unas intervenciones de enfoque limitado y corta duración a otras de enfoque más amplio y duradero y desde la terapéutica aislada a modelos globales de programas curriculares.(10)

El grupo más frecuente es el de la aplicación del método conductista que se caracteriza por una secuencia específica de etapas programáticas y expectativas de respuestas específicas; en los últimos años se ha fijado la atención en la generalización de las destrezas lingüísticas al uso conversacional y ha surgido una tendencia paralela hacia los procedimientos de tratamiento que destacan el lenguaje en el contexto de su utilización social, o pragmática del lenguaje llamado método conversacional de intervención.

Otros programas incorporan ambos procedimientos mencionados anteriormente y otros incluyen un currículo básico que incluye secuencias de destrezas lingüísticas tanto receptivas como expresivas, que reflejan las secuencias de las destrezas observadas en el desarrollo normal. Debemos mencionar aquí el programa de intervención denominado Sistema alternativo o aumentativo de comunicación que se emplean en los pacientes con graves dificultades en la comunicación, en especial para aquellos que tienen graves deficiencias neuromotrices, aunque también para otros pacientes; son modelos no orales que se pueden utilizar para expresar el lenguaje simbólico.

Algunos autores plantean que los métodos de intervención se clasifican según sean métodos centrados en el niño (funcionales) o métodos centrados en el terapeuta (formales) o métodos mixtos. En los métodos formales el terapeuta elige lo que se va a enseñar, el entorno carece de importancia, se intenta seguir la secuencia del desarrollo normal del lenguaje, los objetivos se extraen del análisis de las dimensiones del lenguaje, la secuencia general de tratamiento comienza por la comprensión, le sigue la imitación, la expresión controlada y por último la generalización. Como crítica a estos métodos se plantean que la intervención es individual, con guías muy estructuradas y formalizadas y pueden crearse dificultades para generalizar las destrezas por ser el tratamiento individual.

Los métodos funcionales se caracterizan porque el niño selecciona los objetivos a ser aprendidos, el terapeuta los conoce a través de los intereses mostrados por el niño, no se sigue la secuencia del desarrollo normal del lenguaje, la intervención va a responder a los intereses actuales del niño, las dimensiones del lenguaje se tratan todas a la vez, el objetivo de la intervención es lograr una comunicación eficaz, no se proponen conductas con un fin comunicativo y hay una total implicación del grupo en el tratamiento. Como críticas a este método se plantea el riesgo de dispersión y que el niño puede comunicarse eficazmente pero con pocos recursos, por lo que no se logra una mejoría ostensible del lenguaje.

Los métodos mixtos son los que tienen de ambos métodos anteriores, se trata de que los objetivos aparezcan en contextos lingüísticamente no ambiguos, creación de métodos de evaluación para asegurarse de que las mejorías son por la intervención, son estrategias basadas en la imitación, en el modelo presentado, con una estimulación focalizada o concentrada a una determinada forma semántica, léxica, fonológica o morfosintáctica, basadas también en la conversación por medio de expansiones y reformulaciones (enunciados del adulto que completan los del niño en los que se han omitido determinadas palabras y enunciados que corrigen los del niño en los que se han producidos algunos errores fonológicos, sintácticos o léxicos, respectivamente).

Los primeros requisitos imprescindibles para la intervención son la existencia de deseos de comunicación y habilidades comunicativas básicas: atención conjunta, juego referencial y ficticio, adaptación a los turnos de una actividad interactiva e imitación.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Las principales funciones que cumple la evaluación del desarrollo del lenguaje para un programa de Intervención temprana son:

- Conocer el nivel de funcionamiento o perfil del lenguaje en que se encuentra el niño

- Desarrollar objetivos individuales y familiares adecuados con el fin de dirigir el desarrollo de la programación individual
- Proporcionar información a los padres y a los profesionales acerca de los progresos del niño
- Facilitar información para determinar la eficacia del sistema de intervención

Se debe tener en cuenta en la evaluación que existen diferencias individuales muy importantes entre los niños, que un área del lenguaje puede funcionar mejor que otra en un mismo sujeto, que hay que analizar los factores medio ambientales (tipo de crianza, características de la familia, aspectos socioeconómicos, nivel educativo de los padres, implicación de la familia en la intervención del niño, etc) y también hay que considerar factores biológicos que también influyen en la evaluación y en la intervención propiamente dicha (déficits sensoriales, motores, aspectos genéticos, malformaciones, etc.)

La evaluación del lenguaje consiste básicamente en una Historia clínica Logofoniatría (Anamnesis, examen clínico-funcional del lenguaje, habla y voz, examen del lenguaje extraverbal, examen físico de los órganos fonoarticulatorios) y la aplicación de una batería de test estandarizados en nuestro país, con lo cual obtenemos la información del perfil comunicativo del niño en todas sus áreas.

El examen clínico funcional del lenguaje consiste en la descripción del lenguaje expresivo cuantitativo y cualitativo del niño (cantidad de palabras, calidad de las mismas, fluencia verbal, uso de la comunicación no verbal, etc.) y del lenguaje receptivo cuantitativo y cualitativo (audición, comprensión del lenguaje verbal y extraverbal, etc.)

El examen clínico funcional del habla consiste en la descripción de la articulación de los sonidos de las palabras, tanto en forma general como aislada, el tipo de trastornos de pronunciación, la cantidad de fonemas alterados, la inteligibilidad del habla, etc.

En el examen clínico funcional de la voz se precisan las características de los principales atributos de la voz (tono, timbre, intensidad, resonancia y entonación)

El examen físico se realiza a los órganos fonoarticulatorios que intervienen en la comunicación: fosas nasales, boca, faringe, laringe y oído. Se realiza un examen funcional de estos órganos implicados en otras funciones biológicas primarias: alimentación y respiración básicamente, por las relaciones entre estas funciones y el habla, también se precisa si existe un buen control cefálico y del tronco y la presencia o no de los reflejos orales así como un examen de los pares craneales que intervienen en este proceso

Con relación a la alimentación, evaluamos las tres fases de la deglución: Fase oral, faríngea y esofágica, así como las técnicas y dinámicas de la alimentación. En la fase oral evaluamos cierre de labios para mantener alimentos dentro de la boca, funcionalidad de labios para retirar los alimentos de la cuchara, uso funcional de la lengua en este proceso, si existen limitaciones en los movimientos de protrusión, laterales y verticales de la misma, si empuja con la lengua los alimentos fuera de la boca, uso de la masticación adecuada, control mandibular y si existe una deglución atípica.

Las dos fases siguientes evaluamos si existe regurgitación de alimentos por vía nasal o bucal una vez realizada la deglución, tos o sofocación, retención de alimentos en la faringe, etc. Generalmente en los niños con Parálisis cerebral la fase más afectada es la oral ya que es voluntaria, las otras dos son involuntarias. En cuanto a las técnicas y dinámicas de la alimentación precisamos si existen dificultades en el uso correcto del vaso para tomar líquidos, la ablactación progresiva de semisólidos a sólidos, el uso del biberón prolongado, la postura de la madre y el niño en el acto de la alimentación.(11)

En cuanto a la respiración precisamos tipo respiratorio que tiene el niño, si existe una adecuada respiración nasal en silencio, control del aire espiratorio, coordinación fonorespiratoria y fonoresonancia, tiempo de fonación.

En el examen del lenguaje extraverbal hacemos referencia a la capacidad del niño para la atención y el seguimiento visual, imitación de gestos y sonidos, intentos de comunicación, uso y comprensión del lenguaje extraverbal, etc.

En cuanto a los test de evaluación del lenguaje que utilizamos en Logopedia y Foniatria, mencionaremos brevemente los que se utilizan en Intervención temprana, aplicamos un test de pesquisaje y otros de diagnóstico

La Prueba de Pesquisaje de Desarrollo del Lenguaje (PPDL) como su nombre lo indica es un instrumento de pesquisaje de los trastornos del lenguaje, que fue diseñada por Coplan en 1983, denominada ELM (Early Language Milestone) norteamericana y estandarizada por autores cubanos (Manzano, 1987), que tiene como ventajas que es de fácil y rápida aplicación (3 minutos), consiste en una entrevista a la madre, con muy pocos ítems de aplicación directa al niño, el rango de aplicación es desde el nacimiento hasta los 3 años de edad y es aplicable también en niños mayores de esa edad que funcionen por debajo de los 3 años, evalúa 3 áreas: auditiva expresiva, auditiva receptiva y visual, consta de 41 ítems en las 3 áreas, los cuales están representados en una barra horizontal en la que se marca el surgimiento de cada ítems en los percentiles 25, 50, 75 y 90 según la edad. En cuanto a la calificación si el niño no vence un área que debería vencer por su edad, ya no vence la prueba, la cual se califica en Vence o No vence. (Ver al final de este tema la escala)

El Inventario de Primeras Palabras (IPP) fue diseñado por Bates en 1978 denominado Inventario MC Arthur de desarrollo comunicativo y estandarizado en niños cubanos por Manzano en 1987. Explora vocabulario activo cuantitativo y cualitativo, en un rango de edad de 1 a 3 años de edad, consta de una lista de 414 palabras divididas a su vez en 3 listas de 108 palabras cada una, equivalentes entre sí, de aplicación rápida (30 minutos), es una prueba referencial por parte de los padres y permite aplicarla reiteradamente sin recurrir al mismo material de prueba. La calificación se obtiene sumando las palabras que el niño emplea adecuadamente y ese puntaje bruto se compara con la norma establecida ofreciéndose una Edad de Vocabulario Expresivo.

Las dos pruebas anteriores son referenciales como se planteó anteriormente por lo que la flexibilidad de los resultados puede verse afectado por el nivel de aspiraciones de la familia, la calidad de la consigna ofrecida por el entrevistador y por el nivel cultural de la persona entrevistada.

Otra de las pruebas utilizadas es Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT) que fue diseñada por Dunt en 1965, estandarizada en hispanoparlantes en 1985 (Dunn, (12) y estandarizada en niños cubanos en 1995 (Manzano), es una prueba muy útil en niños con dificultades graves en el lenguaje oral, pues no es necesario que el niño hable, lea o escriba para ser aplicada, evalúa vocabulario receptivo o auditivo, el rango de aplicación es de 2 y medio a 17 y medio años de edad, consiste en 150 láminas con 4 figuras cada una en orden de complejidad creciente según avanza la edad, la duración de la prueba es de 15 a 20 minutos, obtenemos a través de la calificación (puntaje bruto: suma de las respuestas correctas), las normas por edad, por percentil o por puntuaciones típicas derivadas (CI), las normas por edad nos ofrece la Edad de vocabulario receptivo que tiene el niño según la edad, los percentiles se consideran normales entre 25 y 75 y las puntuaciones típicas derivadas se consideran normales de 85 a 115, las tres evaluaciones son equivalentes entre sí, por lo que se puede calificar de la forma que desee el terapeuta.

La Prueba de evaluación del desarrollo del lenguaje es otra de las pruebas de diagnóstico que aplicamos (López, 1994), es una prueba diseñada y aplicada en niños cubanos sanos, se aplica desde los 18 meses a los 5 años de edad, consiste en una batería heterogénea pues mide varias áreas del lenguaje: articulación, fluencia, sintaxis, uso de elementos gramaticales y semántica, (estas dos últimas áreas mide la expresión y la comprensión), existen criterios de referencia para cada aspecto, constituyendo así la calificación, es de gran utilidad pues nos permite diseñar estrategia de tratamiento según el área afectada.

La Prueba del lenguaje espontáneo a través del juego (13) es una de las únicas pruebas que nos permite observar el uso pragmático o social del lenguaje, pues en las anteriores pruebas esta área no es medible, consiste en el análisis de una muestra de lenguaje obtenida a través de una sesión de juego interactivo durante una hora, nos permite observar todas las áreas del lenguaje incluyendo la comunicación extraverbal, tanto el uso como la comprensión así como la pragmática como mencionamos anteriormente(intención de comunicación, uso de gestos, mímica o conductas afectivas para expresarse, etc.) es útil también en niños no verbales, ofrece aproximación al nivel lingüístico y a la capacidad de comunicación del niño así como permite evaluar todos los componentes del lenguaje.

La evaluación debe realizarse sistemáticamente cada 3 meses para precisar si hay o no mejoría así como para trazar las siguientes estrategias de intervención de acuerdo a la misma.

Como parte del sistema de evaluación en intervención temprana, se debe aplicar una Escala de Desarrollo que nos permita precisar el nivel madurativo mental y motor que complementan el conocimiento del nivel de funcionamiento integral del niño, nos referimos específicamente a la Escala de Desarrollo de Bayley, que seguramente se tratará en el capítulo que se hace referencia a Intervención Temprana Integral.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DEL LENGUAJE

En el Servicio de Intervención temprana del Hospital Infantil Docente “Pedro Borrás Astorga” se aplica el Programa de Intervención temprana Isidoro Candel,(14) el cual consiste en la aplicación de objetivos y actividades específicas para cada área del desarrollo: motora, cognitiva, sociocomunicativa y hábitos de autonomía, programa que se establece hasta los dos años de edad cronológica o corregida según el caso. El programa Educa a tu hijo también establece pautas del desarrollo normal integral del niño así como una serie de actividades a realizar por el niño sano para lograr un desarrollo óptimo, que también pueden utilizarse en el niño con riesgo de presentar afecciones en el neurodesarrollo, en particular en el lenguaje.

Teniendo en cuenta las etapas del desarrollo del lenguaje del niño sano , las áreas que lo integran y los resultados alcanzados en la investigación nacional realizada por nuestra especialidad, nos hemos trazado un programa de Intervención temprana del lenguaje, el cual consiste en actividades específicas programadas para las diferentes áreas del lenguaje en desarrollo:

- Prelenguaje
- Articulación
- Morfosintaxis
- Lenguaje extraverbal
- Pragmática

PRELENGUAJE:

Adquisición cronológica de algunos hitos del prelenguaje:

- Vocalización refleja recíproca 2 meses
- Balbuceo: 2-3 meses
- Imitación de sonidos y gestos: 6-7 meses
- Emisión de las primeras palabras con sentido, significación e intención: 10-12 meses

Objetivos:

- Descubrir las posibilidades de comunicación por medio de sonidos y gestos

- Desarrollar capacidad de percepción, discriminación y memoria auditivas
- Propiciar coordinación fonoarticulatoria y respiratoria
- Desarrollar motricidad de órganos fonoarticulatorios

Actividades:

- Realizar las actividades del Programa Nacional “Educa a tu hijo”
- Estimulación sensorial general
- Reforzar los sonidos vocálicos emitidos por el niño
- Estimulación auditiva de sonidos verbales y no verbales
- Llamarlo por su nombre
- Juegos de gestos, sonidos y canciones
- Estimulación del vocabulario
- Estimular el uso de las primeras palabras
- Estimulación de logros lingüísticos
- Ablactación adecuada
- Ejercicios prearticulatorios si es necesario

ARTICULACIÓN:

Teniendo en cuenta la adquisición cronológica de los fonemas ,el esquema de ablactación y las funciones biológicas de alimentación y respiración, se debe trazar la estrategia de intervención de esta área del desarrollo del lenguaje, primero describiremos esta adquisición cronológica y luego plantaremos el programa de intervención de esta área:

Adquisición cronológica de los fonemas :

- Hasta 23 meses: Vocales, P, M, F, B, T, D, N, CH, LL, Ñ, K
- De 24 a 29 meses: L, G, J
- De 30 a 35 meses: Lcompleja
- De 36 a 41 meses: S, Rl
- De 42 a 60 meses: Resto de las R

Objetivos del tratamiento:

- Desarrollar motricidad de órganos fonoarticulatorios
- Reconocer y discriminar los fonemas de nuestro idioma
- Percibir diferentes secuencias temporales y rítmicas de los sonidos dentro de las palabras
- Articular con entonación y ritmo adecuadas

Actividades:

- Hacer ejercicios para mejorar la motricidad de labios, lengua, mejillas, velo del paladar y mandíbula (movimientos linguales en las cuatro direcciones, movimientos giratorios o circulares alrededor de labios , movimientos labiales diferentes, apretar los labios, labios en posición de sonrisa forzada, vibración bilabial, movimientos de mandíbula en zig-zag, ejercicios de masticación, inflar las mejillas, ejercicios de soplo, etc.) mediante control cinestésico motriz, visual y auditivo
- Ejercicios respiratorios: Para control del aire espiratorio, la respiración nasal, cierre bucal adecuado, ejercicios de soplo (Soplar sobre nuestros segmentos corporales, sobre objetos pesados y ligeros, etc.)
- Terapia de alimentación: Lograr el esquema de ablactación adecuada: uso del vaso para líquidos, uso de la cuchara, paso de alimentos semisólidos a sólidos, no uso de tete ni biberón

prolongados, terapia de alimentación en el caso que tenga trastornos de la fase oral de la deglución para mejorar movilidad de labios, lengua, uso de la masticación, etc.

- Discriminación auditiva: Imitación de voces de sonidos, animales, ruidos, instrumentos musicales, etc., discriminación de sonidos ambientales, de la naturaleza, corporales y de la voz humana, localización de fuentes sonoras, funcionalismos fonemáticos, automatización de fonemas, generalizar las destrezas adquiridas
- Repetir palabras con diferentes ritmos y entonación, rimas y canciones con diferentes sonidos
- Profilaxis de los trastornos de la fluencia verbal (Tartamudez) y de los trastornos de la voz (Disfonías infantiles)

LENGUAJE EXTRAVERBAL

El lenguaje extraverbal tiene diferentes funciones tales como facilitar el lenguaje verbal, añadir el componente emotivo al racional, participar en la intencionalidad de la comunicación, mantener el equilibrio interpersonal y social mediante gestos, miradas, posturas y movimientos, entonación de la voz y reacciones afectivas

Objetivos:

- Captar la importancia de los movimientos corporales, faciales y vocales de la comunicación
- Estimular el desarrollo de las expresiones corporales
- Entonar los diferentes enunciados verbales apoyándose en movimientos corporales

Actividades propuestas:

- Tareas de expresión facial
- Imitación de movimientos de animales
- Tareas de imitación de gestos y sonidos de diferentes profesiones
- Entonación de diferentes estructuras lingüísticas (admiración, interrogación, etc.)
- Tareas de preguntas y respuestas diferentes ante un mismo hecho o cosa.
- Dramatizaciones, relatos, etc.

MORFOSINTAXIS Y SEMÁNTICA.

Teniendo en cuenta la adquisición cronológica de las diferentes estructuras se traza la estrategia a seguir:

Adquisición cronológica:

- Hasta 23 meses : Sustantivos y promedio de 3 palabras por frase
- De 24 a 30 meses: Adjetivos (comprensión), verbos, pronombres y concordancia gramatical, promedio de 4 palabras por frase, numerales, partes del cuerpo y funciones
- De 30 a 36 meses: Adjetivos (expresión), adverbios, preposiciones
- De 36 a 41 meses: Síntesis y más de 5 palabras por frase
- De 42 a 48 meses: Generalización

Objetivos:

- Enriquecer vocabulario
- Uso adecuado de elementos gramaticales y semánticos
- Enunciar frases y oraciones con orden lógico
- Emplear variedad de estructuras sintácticas

Actividades:

- Hablarle claro, correcto y responderle ampliando el enunciado emitido por el niño
- Aprovechar todos los momentos de vigilia, relacionando el estímulo verbal con el entorno
- Regla de oro: jugar
- Identificación y denominación de todos los elementos que pretendemos incorporar
- Nominar objetos, personas y animales
- Nombrar palabras que designen acción
- Describir objetos, personas y animales
- Introducción de adverbios, pronombres, preposiciones, género y número
- Esquema corporal y orientación espacial
- Palabras relacionadas al gusto, olfato y tacto
- Introducción de categorías (animales, ropas, juguetes, medios de transporte, alimentos, etc.)
- Repetir rimas, canciones, poesías
- Adivinar objetos, personas o animales por sus cualidades, adivinanzas
- Búsqueda de contrarios
- Identificar colores
- Repetición de frases dadas, tareas de encadenamientos de palabras, descripción de láminas, terminación de frases a partir de una palabra dada, localización de dibujos que mejor representen el significado de una frase
- Inventar historias a partir de una palabra o frase, desarrollo de la imaginación infantil (¿Qué pasaría si ...?), tareas de comprensión y ejecución de órdenes de complejidad creciente
- Profilaxis para evitar trastornos de la fluencia verbal (Tartamudez)
- Estimular logros lingüísticos y generalizar destrezas alcanzadas

PRAGMÁTICA:

La evolución de las intenciones comunicativas, llamadas también funciones pragmáticas también van complejizándose a medida que crece el niño , siendo en forma cronológica desarrollándose las funciones instrumental, reguladora e interactiva del lenguaje

Objetivos:

- Usar el lenguaje funcionalmente
- Utilizar el lenguaje en sus diversas funciones
- Emplear el lenguaje verbal y extraverbal adecuadamente
- Fortalecer la vertiente comunicativa del lenguaje

Actividades:

- Tareas de identificación/emisión de órdenes
- Tareas de identificación/emisión de mensajes
- Tareas de reconocimiento/expresión de sentimientos, deseos, opiniones, etc.
- Descripción de hechos, personas, acontecimientos, etc.
- Tareas de suposición de narración y conclusiones ante hechos determinados
- Tareas en que los niños deban demandar información, solicitar la atención de otro, ruegos, juegos de roles, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Colectivo de autores: Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo. Colección rehabilitación. Editorial Inerser, Madrid, 1987
- 2.- Dale P.- El desarrollo del lenguaje. Editorial Masson, 1992
- 3.- Narbona Juan, Chevrie-Muller.: El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos Editorial Masson, Barcelona, 2000
- 4.- López B. M.: El lenguaje del niño. Editorial Ciencia y Técnica, Instituto Cubano del Libro, 1998
- 5.- Hurtado M. F.: Estimulación temprana y Síndrome de Down. Editorial Promolibro, Valencia, 1993
- 6.- Castroviejo P.: Plasticidad cerebral. Rev. Neurol (Barc) 1996, 24 (135):1361-1366
- 7.- Castaño J.: Plasticidad neuronal y bases científicas de la neurorehabilitación. Rev. Neurol 2002; 34 (Supl. 1) S130-135
- 8.- Gallego J.: La atención temprana . En: Manual del logopeda escolar. Un enfoque práctico. Málaga, Aljibe, 1993
- 9.- Aguado G.: Trastorno específico del lenguaje. Retraso de lenguaje y disfasia. CEPE, Madrid, 1999
- 10.- Aguado G.: Estimulación del lenguaje en trastornos del desarrollo infantil. En J.D. Martín (ed) Logopedia escolar y clínica. Últimos avances en evaluación e intervención, Madrid; CEPE 1999
- 11.- Puyuelo-Sanclemente M.: Logopedia en la Parálisis cerebral infantil. Diagnóstico y tratamiento, Editorial Masson, Barcelona, 1996
- 12.- Dunn, L. M. : Test de vocabulario imágenes Peabody. Adaptación española. Madrid, 1986
- 13.- Soprano, A. M.: La “hora de juego” lingüística. Buenos Aires, Editorial de Belgrano, 1997
- 14.-Retortillo F.F.: Programas de Detección y atención precoz. Madrid. Proyecto Genysis, 1998
- 15.-Etchepareborda.: Estimulación multisensorial. Rev. Neurol 2003; 36 (Supl 1), S122-S128
- 16.- Candel Isidoro: Intervención temprana en el Síndrome de Down
- 17.- Programa de desarrollo integral: Educa a tu hijo, Ciudad Habana, 2002

Hoja de evaluación de la escala Prueba de pesquijaje de trastornos del lenguaje (ELM)

