

EXPERIENCIA DE TRABAJO EN LA EVALUACIÓN DEL LENGUAJE EN LA PARÁLISIS CEREBRAL

Rosario Castillo Pereira
Fonoaudióloga

RESUMEN

Conocer el nivel de funcionamiento cognitivo de una persona con Parálisis Cerebral siempre ha sido un gran desafío en las áreas médica y paramédica.

En opinión de la población en general, una alteración motora importante, conlleva necesariamente una alteración cognitiva. Dicho en otras palabras, se cree que, por tener movimientos poco coordinados con los miembros superiores y/o inferiores, e incluso de la cabeza, especialmente de tipo disquinético, el nivel de comprensión y pensamiento es bajo o incluso nulo.

Nada más lejos de la verdad. Está científicamente demostrado que una alteración en los movimientos **NO** necesariamente significa que le individuo no entienda y no razone. De hecho, muchas de estas personas llegan a tener estudios universitarios, dependiendo claro está del tipo de parálisis cerebral que está cursando.

Siendo así, la **evaluación del lenguaje**, sobre todo a nivel comprensivo, como un pre-requisito y función-base para el pensamiento y cognición, ha significado siempre un reto para los especialistas en la rehabilitación de la comunicación humana, puesto que tanto el habla como la escritura están seriamente perjudicados por el daño motor cerebral sufrido, generalmente en la primera infancia.

ANTECEDENTES

La Parálisis Cerebral (PC) **es un trastorno del movimiento y de la postura**, causado por una lesión no evolutiva del Sistema Nervioso Central (SNC) durante el período temprano del desarrollo cerebral, limitado en general a los 3 primeros años de vida (Eicher y Batshaw, 1993) (1)

Por la plasticidad y maduración del SNC, el tipo de movimientos patológicos pueden cambiar, pero no así “desparecer” la enfermedad.

Este tipo de cambios en las manifestaciones motoras he podido observar de cerca en mi labor profesional de fonoaudióloga en un Instituto de rehabilitación estatal en la ciudad de La Paz por más de 10 años. Dicha institución se dedica principalmente de la rehabilitación de niños con Parálisis Cerebral y Retardo Mental, pero por la falta de otros institutos de rehabilitación, se atienden todas las patologías que afectan al desarrollo de los niños.

(1) PUYUELO, Miguel. “Logopedia en la Parálisis Cerebral- Diagnóstico y Tratamiento”. Ed. Masson, España, 1996. Pag. 1

Al Servicio de Fonoaudiología acude más del 90 % de unos 550 niños atendidos al año en la institución, con diversas patologías a ser rehabilitadas. Este dato lanza la estadística anual de atención de pacientes. Los mismos acuden a terapia semanalmente, cada 15 días, mensualmente o acuden a controles de acuerdo a la necesidad del caso.

Este alto porcentaje, atendido por 3 fonoaudiólogas, ha permitido observar y valorar la evolución de los casos, así como identificar y determinar las necesidades emergentes de acuerdo a cada patología, para así poder llevar a cabo exitosamente el proceso de rehabilitación.

Son muy conocidos los diferentes tipos de parálisis cerebral espástica, disquinética y atáxica, en el área médica y paramédica. En el instituto de rehabilitación ya referido, tenemos en el Servicio de Fonoaudiología, niños con los tres tipos de PC, siendo los espásticos los que tienen más afectado el lenguaje, por ser la lesión piramidal, es decir, en el córtex cerebral.

En cuanto a la topología de miembros afectados, los parapléjicos y dipléjicos no tienen alteraciones en el lenguaje, por ser la lesión medular o extrapiramidal, pero sin lesionar el área del lenguaje. A este respecto autores de los últimos años no aceptan a los localizacionistas, por tener un concepto más globalizador del lenguaje, es decir, que el lenguaje es el resultado de todo un sistema funcional. Sin embargo, en la práctica sabemos y vemos que por la localización de una determinada lesión, se pueden o no esperar diferentes alteraciones no solo en el lenguaje sino también en las otras funciones cerebrales superiores.

En cuanto a la etiología, las causas de más alto porcentaje de las parálisis cerebrales verificadas en el instituto son las hipoxias o anoxias durante el nacimiento y las meningitis en el primer año de vida.

La primera causa obedece generalmente al hecho de que la población atendida en el instituto es de bajos recursos y tiende a tener los partos domiciliarios, con atención generalmente por un familiar durante el mismo.

En cuanto a los trastornos que ocasiona una PC, a nivel fonoaudiológico tenemos:

a) Alteración motora en región oral con movimientos de acuerdo a la localización

de la lesión (espásticos, disquinéticos o atáxicos)

b) Alteración en el lenguaje y sus pre-requisitos:

- Alimentación: no mastican, no degluten adecuadamente y presentan sialorrea
- Respiración: es bucal, superficial, rápida, a veces con estertores o invertida
- Voz: nasalizada, escándida, temblorosa y con fluctuaciones en la intensidad
- Lenguaje propiamente dicho:

- problemas motores de expresión que afectan al habla y a la voz
- problemas en la adquisición del habla

En el Servicio de Fonoaudiología hemos visto que la mejor manera de evaluar a estos niños es observando el tipo de interacción que hace el niño con sus padres y con su entorno. Especialmente útil nos es la “observación” que debemos realizar para evaluar la alimentación así como para analizar el nivel comunicativo del niño, pese a su déficit motor.

Muchas veces estas observaciones que realizamos nos brindan más datos que los propios tests del mercado, puesto que los mismos no están adaptados para el tipo de población que es atendida.

En cuanto al lenguaje, la inmadurez de las praxias orales por el trastorno motor, influye en el retraso de la aparición del lenguaje, y en nuestro medio, se agrava este retraso más por la sobreprotección familiar que por la falta de estimulación.

El índice de sobreprotección familiar que se observa en La Paz es superior al encontrado en cualquier ciudad europea, independientemente del nivel socio-cultural. Este factor sí que perjudica muy directamente a la hora de evaluar al niño, llegando en muchos casos a ser imposible esta labor.

En tales casos a veces es necesario esperar un tiempo de adaptación del menor al trabajo realizado en consultorio, pero sobre todo de un establecimiento de relación de empatía entre Terapeuta y Paciente, para así poder efectuarse la evaluación sin interferencias de los padres o familiares responsables.

Debemos tener en cuenta también que como problemas asociados encontramos problemas de relación psico-emocional del menor.

Pese a todos estos inconvenientes se debe llevar a cabo la evaluación, para así poder trazar el plan terapéutico e iniciarse la rehabilitación.

Para realizar la evaluación y el tratamiento en sí, actualmente existen programas en base a figuras, gestos, signos ideográficos y en medios magnéticos (CD y DVD), que nos facilitan no solo la evaluación sino también el proceso rehabilitatorio para la adquisición del lenguaje, o en su defecto, para adquirir formas alternativas de comunicación.

Los tests estandarizados existentes para evaluar el lenguaje, contemplan tanto el habla como la escritura, como manifestaciones motoras, es decir, de movimientos de salida, codificados y eferentes. Pese a esto no siempre nos proporcionan datos fidedignos del verdadero rendimiento del niño.

Las áreas a evaluarse de acuerdo a las posibilidades comunicativas del niño son:

- a) Lenguaje verbal

- b) Lenguaje escrito
- c) Lenguaje gestual
- d) Lenguaje corporal

Además se deben evaluar las áreas paralelas para la producción de la expresión, que son:

- e) Alteraciones de la mímica facial
- f) Alteraciones del tono muscular y de la actividad postural general que dificultan la emisión oral
- g) Alteraciones de la fluidez del lenguaje y de la prosodia
- h) Hipernasalidad constante o intermitente
- i) Alteraciones de los reflejos orales
- j) Alteraciones en la alimentación: succión, masticación, deglución y tipo de alimentación
- k) Alteraciones de la articulación por dificultades en los movimientos del maxilar, labios y lengua
- l) Alteraciones auditivas
- m) Déficit cognitivos
- n) Alteraciones en la voz
- o) Alteraciones en la respiración
- p) Problemas conductuales

A nivel internacional, para evaluar estas áreas y más específicamente la expresión, existen programas donde la respuesta se puede dar hablando o con gestos. Siendo así tenemos:

- a) Tests formales donde se deben dar respuestas de forma verbal
- b) Tests formales donde el niño puede dar respuestas tanto gestuales como verbales
- c) Tests gráficos o picto-gráficos (con figuras o fotografías)
- d) Tests con uso de medios audio-visuales, es decir, instrumentos de comunicación alternativa, donde el niño debe dar la respuesta con el dedo, pulsando una tecla o con otra parte de su cuerpo.

De esta forma, se llega al “habla artificial” del tipo:

- C.1) Sintetizada: el habla sintetizada pasa de la escritura al habla a partir de códigos fonéticos y matemáticos, de acuerdo al idioma. Este tipo de comunicación puede ser algo lenta.
- C.2) Digitalizada: el habla digitalizada o pre-grabada consiste en una grabación realizada por una persona con la ayuda de un digitalizador de sonidos que permite el acceso inmediato a los mensajes grabados al pulsar una tecla de la computadora. La voz es la más parecida a la que tendría el paciente de a cuerdo a su edad, sexo y características físicas.

Vemos entonces que existen “sistemas con y sin ayuda”. Entre estos están:

- Tableros de comunicación
- Sistemas de signos manuales (inicialmente elaborados para niños sordos, pero que luego son utilizados para discapacidad motora, afasia, retardo mental y autismo)
- Sistema de signos gráficos (con figuras)
- Sistema logográfico de comunicación (Sistema BLISS)

Los 4 sistemas más usados en Europa son:

- 1) Sistema pictográfico de comunicación (SPC)
- 2) Sistema Pictogram Ideogram Communication (PIC)
- 3) Sistema REBUS
- 4) Sistema BLISS

Entre estos métodos el Dr. Miguel Puyuelo (España – 1996) elabora un test el cual es aplicado en el instituto de referencia en el presente trabajo, y que contempla las siguientes áreas:

- a) Lenguaje comprensivo
- b) Cuestionario escolar
- c) Alimentación
- d) Vocabulario y expresión
 - d.1) con imágenes
 - d.2) con objetos
 - d.3) longitud media de los enunciados verbales (número de palabras de las frases emitidas)
- d) Esquema corporal
- e) Nociones espaciales
- f) Zona oral
 - f.1) Funciones neuro-vegetativas: succión, masticación, deglución, babeo,
 - f.2) Reflejos orales: búsqueda, succión, mordida y vómito
 - f.3) Praxias orales
- g) Fonación y voz
- h) Prosodia

CONCLUSIONES

En el instituto de rehabilitación mencionado anteriormente, en el Servicio de Fonoaudiología se utilizan para la evaluación y la terapia, tanto los Sistemas Gestuales (Comunicación Gestual Natural Básica, es decir, gestos naturales de uso cotidiano en la familia y el medio social del paciente), como los Sistemas Gráficos, en base a figuras de objetos cotidianos. Éstos son escogidos por categorías semánticas (y para la terapia de acuerdo al medio socio-cultural del paciente y en coordinación directa con los padres, para dar mayor funcionalidad a su “Cuaderno de Comunicación”).

Este “cuaderno” se confecciona en dos versiones: uno del consultorio para las evaluaciones y otro realizado por los padres para el uso en casa.

Se elabora en base a figuras, pero de ser posible en base a fotografías reales, de la casa del paciente, si sus medios económicos lo permiten.

Las categorías más utilizadas son:

- ropas
- juguetes
- comidas
- bebidas
- verduras
- frutas
- golosinas
- postres
- lugares de paseo
- habitaciones de la casa
- programas de la televisión
- juegos

Usamos figuras y gestos por la falta de medios económicos, estructurales y de infra-estructura, lo cual no nos permite llegar a los medios computarizados.

Sin embargo, pese a estas limitaciones, conseguimos poder evaluar y determinar el nivel comprensivo y comunicativo-expresivo de los niños, en base a las respuestas funcionales que obtenemos, ya sea señalando figuras (con el dedo, cabeza o mirada), con gestos que utiliza o haciéndole preguntas directas que solo necesiten contestar con un SÍ o un NO.

Trabajando de esta manera, no solo en las evaluaciones sino también en la terapia, obtenemos **muy buenos resultados** sobre el nivel lingüístico de los niños, sobre el uso que pueden hacer de su lenguaje y sobre la funcionalidad que obtienen. Los datos que obtenemos en un 90 % de los casos se correlacionen con los datos obtenidos en psicología al determinar el CI (coeficiente de inteligencia).

Esta es nuestra base para desarrollar la expresión o la comunicación alternativa/aumentativa en estos niños, limitados en sus actividades pero con muchas capacidades y potencialidades por desarrollar, más si tienen un buen nivel cognitivo.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) PUYUELO, Miguel. "Logopedia en la Parálisis Cerebral. Diagnóstico y Tratamiento". Ed. Masson, Barcelona-España, 1996
- 2) ALESANDRI, Ma. Laura. "Trastornos del lenguaje, detección y tratamiento en el aula". Ed. Mason, Barcelona-España, 2004
- 3) MARTÍN ESPINO, José Domingo. "Logopedia escolar y clínica. Últimos avances en evaluación e intervención". Ed. CEPE, Madrid-España, 1999

- 4) PUYUELO, Miguel. "Casos clínicos en logopedia". Ed. Masson, Barcelona-España, 1997
- 5) PEÑA C., Jordi. "Manual de logopedia". Ed. Masson, Barcelona-España, 1988
- 6) NARBONA, Juan. "El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos". 2ª edición. Ed. Masson, Barcelona-España, 2001