REEDUCACION DEL LENGUAJE EN LA PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

Dra. NILDA ASTORGA

Servicio de Neuropsiquiatria. Hospital "Roberto del Río". Santiago.

Siendo el lenguaje, desde el punto de vista médico, una resultante de la función armónica de diversas estructuras nerviosas y sensoriales, su normalidad o anormalidad depende en gran escala del estado de las mismas. Es por ello que, antes de iniciar cualquier reeducación, es necesario evaluar todos los sectores potencialmente involucrados, los que, en forma esquemática, podrían dividirse en los pertenecientes a las vías receptivas, los centros corticales de comprensión y elaboración y las vías de expresión. Comenzaremos por referirnos brevemente a las vías receptivas, de las cuales las más importantes son la vista y el oído.

Hay paráliticos cerebrales que difícilmente pueden seguir con los ojos y cuyo campo visual está limitado. En los atáxicos, que tienen vértigos, hay imposibilidad de fijar los objetos pequeños o muy próximos. Todo esto tiene importancia foniátrica, ya que en este campo la imitación es esencial. Si el niño no ve bien, no puede imitar bien. Lo mismo podemos decir de la importancia de las sorderas parciales, sorderas totales y sorderas verbales, que sólo mencionaremos aquí y en cuyo detalle no nos detendremos por no ser nuestro tema central pero que deben ser investigadas adecuadamente antes de iniciar el tratamiento.

Diremos también que en el lenguaje receptivo intervienen, además, el tacto y las sensaciones kinestésicas. Basta, en realidad que se establezca una relación entre una impresión sensorial y una cosa y que esta impresión sensorial pase a representar la cosa, para que haya lenguaje.

El orden del proceso completo del lenguaje es, entonces, el siguiente: recepción, comprensión, elaboración y expresión.

Las áreas corticales involucradas son varias y para su detalle se puede consultar cualquier tratado de neurología. Esquemáticamente diremos que las propiamente receptivas se encuentran por de-

trás de la cisura de Rolando y las expresivas por delante. Además, las áreas de la lectura y escritura están relacionadas entre sí.

Otro aspecto a considerar es la dominancia de un hemisferio cerebral sobre el otro. En la persona diestra domina el hemisferio izquierdo y en él están también localizadas las áreas correspondientes al lenguaje, y de ahí que en las hemiplegias derechas esté frecuentemente alterada esta función cuando la lesión se produce en una edad en que ya está establecida definitivamente la dominancia cerebral, vale decir, después de los 7 años. En los niños menores las alteraciones son más pasajeras cuando menor es la edad del paciente.

Por último, también hay que examinar los órganos que intervienen en el aspecto expresivo del lenguaje hablado, o sea la boca, laringe y pulmones.

En la boca mencionaremos como importantes las malformaciones de los dientes, labios y paladar.

Las disfunciones de la lengua son muchas, como las desviaciones laterales y la inhabilidad para elevar la punta o para mantener toda la lengua elevada.

La desviación de los movimientos de la mandíbula ocurre, según Palmer, en el 80% de los atetósicos y es común en los otros tipos de parálisis cerebral.

En cuanto a los tipos de disfunción laríngea, son varios, entre ellos los espasmos de los dilatadores y constrictores y la acción "fuera de fase" con la de la lengua y los labios (discordancia de funcionamiento motor).

Las dificultades respiratorias determinadas por espasmos de los músculos de la respiración, provocan una concentración variable e intermitente de oxígeno en la sangre y la correspondiente elevación de anhídrido carbónico. Esto trae como consecuencia una irritabilidad del centro respiratorio, lo que produce, a su vez, irregularidad en la respiración.

La evaluación del lenguaje la hacemos adaptándonos a cada caso en particular. Generalmente no la logramos en una sola sesión, sino que la vamos completando en varias sucesivas.

En los pacientes muy pequeños o en los que, teniendo más edad, aún no hablan, investigamos también su capacidad para tragar, masticar, chupar y soplar, ya que los músculos que intervienen en estas acciones son los mismos que van a servir en la articulación del lenguaje. Pero si bien estos actos son previos o preparatorios y nos resultan de utilidad como etapas primeras del adiestramiento, su adquisición puede estar diferida, como nos lo demostró un niño de 2 años y 8 meses que, teniendo un vocabulario adecuado y una pronunciación bastante buena para su edad, no sabía chupar ni soplar. Luego investigamos cuántas palabras comprenden y cuántas saben decir, si tienen jerga propia o si comunican sus deseos y necesidades y en qué forma lo hacen. Lógicamente, mucho de esto lo obtenemos por el interrogatorio a la madre, cuidando de que delimite bien lo que el niño entiende por gestos y lo que entiende de una expresión verbal pura.

En los mayores de 18 meses se les interroga sobre dónde tienen el pelo, los ojos, la boca, etc. Luego los estimulamos para que nombren los objetos de la caja de juguetes, como mesa, silla, gato, taza, auto, etc. A continuación les presentamos las tarjetas con figuras del test de Termann y Merrill forma L, y otras similares en colores de nuestra propia invención, que representan en forma muy simple objetos y animales de conocimiento común a esas edades.

En todo momento tratamos de ver no solamente si el niño puede nombrar lo que ve, sino también si lo reconoce. Uno de nuestros pacientes, de 4 años de edad, si bien no hablaba nada y no sabía chupar ni soplar, comprendía perfectamente qué es lo que se le pedía, ejecutando muchas órdenes simples pese a su incapacidad motora y reconocía toda una serie de cuentos infantiles, protestando cuando la mamá le decía que le iba a leer uno y en realidad le leía otro. Es decir, la comprensión estaba mucho más avanzada que la expresión, lo que por lo demás es normal en edades menores.

A partir de los 3½ o 4 años aplicamos nuestra pauta de examen de lenguaje

adaptándola a cada caso y eliminando aquellos items que, como los de expresión gráfica, no puedan realizarse por el impedimento motor. En una serie de 20 niños con parálisis cerebral de tipo diverso y cuyas edades oscilaban entre 2 años y catorce años, pudimos aplicar la pauta completa en 9. Todo esto nos da una idea más o menos aproximada del estado del lenguaje del niño en sus diversos aspectos y partiendo de esta base, podemos empezar la reeducación como describiremos a continuación.

Dividiremos la reeducación en dos fases: una primera de preparación y estimulación y una segunda de fonación y articulación.

En la primera se trata de estimular en el niño el deseo de hablar o simplemente de manifestarse por sonidos, desarrollando su oído, despertando su interés y fijando su atención. En estos casos se empieza haciendo participar al niño en un juego, contándole pequeñas historias y mostrándole figuras hasta que se vence su negativismo.

Es necesario que el material de trabajo sea vistoso y agradable, y que se rodee al niño de un ambiente tranquilo y alegre a la vez, donde se sienta enteramente a gusto. Deben evitarse todos aquellos factores que provoquen reacciones bruscas, como los ruidos violentos, los gritos, los cambios de voz intempestivos, etc.

Se colocará al niño en la posición en que esté más cómodo y relajado y sobre todo en la que respire mejor, lo que se hará previa consulta con el kinesiólogo.

A veces, si bien el niño no participa activamente en la sesión, en su casa repite lo que se le ha enseñado. En algunos niños da mucho resultado la clase colectiva, sobre todo cuando se hace en forma de juego, con canciones y ritmo y en las que intervienen con una palabra fácil o un movimiento estimulante.

Cuanto antes se empiece esta etapa, mejor. Es frecuente que estos niños tomen el hábito del menor esfuerzo, pues las madres, sabiendo interpretar sus deseos, hacen que el niño persista en el mutismo. De ahí que una vez pasada la edad fisiológica del desarrollo de la palabra, que se sitúa entre los 2 y 3 años, les cuesta mucho aprender a hablar.

Solamente cuando el niño haya empezado a imitar y concentrarse, y se sienta

bien a gusto con el reeducador, podemos pasar a la segunda fase de fonación y articulación.

Es en esta segunda fase cuando más se debe tomar en cuenta el tipo de trastorno motor, ya que los ejercicios y el tratamiento variarán de acuerdo a ello.

La reeducación del lenguaje debe seguir, entonces, el siguiente orden:

- 1) Toma de conciencia del esquema corporal.
- 2) Relajación.
- 3) Respiración.
- 4) Articulación.
- 5) Fonación.

La toma de conciencia del esquema corporal debe estimularse sobre todo en los atáxicos. Estos niños no saben localizar el lugar donde se forman los sonidos. A esto se les agrega a menudo la dificultad que presentan para fijar la atención debido a la perturbación de los ojos y al vértigo que suelen sufrir. Por eso es que llegan a articular mejor cuando se les va tocando con una espátula de metal o una cuchara el lugar donde deben formarse los fonemas. Por ejemplo: los labios para la "b" y la "p"; el paladar para la "n" y la "l"; los dientes para la "d" y el labio inferior para la "f" o la "v".

La relajación debe ejercitarse sobre todo en los atetósicos antes de iniciar cualquier reeducación.

La respiración está alterada especialmente en los espásticos y en los coreo-atetósicos con distonía. Esto es debido a alteración del tono no sólo de las cuerdas vocales y músculos de la laringe, sino también a la de los músculos del cuello, tórax, diafragma y de las zonas de articulación. Es por eso que en muchos espásticos encontramos timbre de voz quebrado, o voz monótona o sin tonicidad, lo que dificulta comprenderlos.

Fuera de todos estos ejercicios tendientes a vencer la dificultad específica del paciente, se realizan otros de mímica y fonación.

Cuando el niño emite sólo palabras sueltas, se tenderá a conseguir el aumento del vocabulario, dejando la corrección de las dislalias para más adelante. Nosotros utilizamos, entre otras cosas, el vocabulario de tarjetas al que nos hemos referido. Si el niño formula frases y oraciones, se agrega la corrección de la articulación, al mismo tiempo que se conti-

núa con la ejercitación muscular de los órganos fonoarticulatorios. En un período posterior se tratará de que el niño adquiera los puntos correctos de articulación, corrigiendo las dislalias de tipo patológico.

Como los niños con parálisis cerebral tienen, en general, dificultad en la ordenación de los diversos elementos dentro de un todo, es importante la ejercitación de la sintaxis.

Finalmente diremos que en todos aquellos casos que están en edad y en que sea necesario, debe hacerse el tratamiento psicopedagógico paralelo.

Aunque esto es, en síntesis, lo que nosotros aplicamos, contando con elementos especializados, el pediatra general que tenga, a falta de un centro donde se atiendan estos niños, que ingeniárselas para actuar con acierto y para instruir a los padres, puede adoptar en parte este tratamiento, ya que a veces con medidas muy simples se obtiene alagüeños resultados.

He aquí una serie de consejos que pueden ser útiles para transmitir a los padres: —Antes de que el niño aprenda a hablar, debe aprender a tragar, masticar, chupar y soplar.

—Para masticar: Póngale la comida en un lado de la boca y después en el otro. No le ponga comida en el centro de la boca. Enséñele como tiene que mover las mandíbulas, y si es necesario muévase las usted mismo hacia arriba y hacia abajo.

—Dígale al niño que revuelva la comida con la lengua.

—Enséñele a tomar la comida, usando los labios para sacar el alimento de la cuchara. No deje que utilice los dientes para eso.

—No le aplique la cuchara contra los dientes de arriba.

—No le dé pedacitos siempre, a menos que no pueda masticar trozos mayores.

—Un buen ejercicio para las mandíbulas y para que se acostumbre a tragar la saliva es darle a masticar trozos de goma de mascar, o como hace la gente del pueblo, trozos de cochayuyo.

—Para tragar: No le eche la cabeza para atrás y no lo deje que lo haga cuando traga. Esto anula mucho el mecanismo natural y puede contribuir a deformaciones permanentes.

Déjelo que sienta ocasionalmente su garganta cuando traga, indicándole que lleve una mano a la misma o colocándose la usted mismo para que note el movimiento.

—Para chupar: Enséñele a beber con bombilla y recuérdale que mantenga los labios bien apretados para que los líquidos caigan en la boca. Si le da a beber en un vaso y derrama mucho, sujétele la mandíbula con una mano.

—Para soplar: Adiéstrelo soplando papeletos de colores, o pequeñas plumas o la llama de una vela. Luego puede comprarle pitos o cornetas.

—Desarrolle la agudeza de sus sentidos: Enséñele a explorar con todos ellos, escuchando, observando, palpando, gustando y oliendo.

—Déle oportunidad para el juego vocal: Llámale la atención sobre el sonido de la bocina de los autos, del motor de los aviones, del grito de los animales, etc. Haga que el niño trate de imitarlos.

—Háblele mucho, una y otra vez. Nómbrale cosas y trate de ir ampliando su vocabulario. Si no habla aún, convérsele lo mismo, sobre todo lo que crea que puede interesarle; muéstrelle figuras; léale historietas ilustradas simples, selecciónele programas de radio.

—Y, finalmente, déjele solo y tranquilo algunos minutos cada día para que digiera sus experiencias y limite el entrenamiento a períodos cortos.

RESUMEN

REEDUCACIÓN DEL LENGUAJE EN LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

Se hace primeramente una enumeración de las vías y centros del lenguaje, destacando la importancia foniátrica especialmente de la vista y el oído. A continuación se describe el criterio que se sigue para la evaluación del lenguaje de los niños con parálisis cerebral.

Se hace hincapié en la necesidad de la reeducación foniátrica precoz y se divide a esta en dos fases: una primera de preparación y estimulación y otra de fonación y articulación.

En la 1ª fase se trata de estimular el deseo de hablar y de aumentar el vocabulario interior.

En la 2ª fase se sigue un plan que comprende: 1) Toma de conciencia; del esquema corporal; 2) Relajación; 3) Respiración; 4) Articulación y 5) Fonación.

Finalmente se dan una serie de consejos prácticos para ser transmitidos a los padres o personas encargadas de los niños con parálisis cerebral.

SUMMARY

SPEECH REEDUCATION IN THE INFANTILE CEREBRAL PALSY

To begin with, the paths of conduction and the centers of speech are enumerated and the phoniatric importance of the sense of sight and of the sense of hearing is especially emphasized. Next, the criterium followed in the valuation of the speech of the children with cerebral palsy, is described.

Stress is given to the necessity of the early phoniatric reeducation which is divided into two phases: the first is that of preparation and stimulation, the second is that of phoniation and articulation.

In the first phase, it is attempted to stimulate the wish of speaking and to enrich the inner vocabulary.

In the second phase, a plan is followed which comprehends: 1) rendering the child conscious of his body scheme; 2) relaxations; 3) respiration; 4) articulation; 5) phonation.

Finally, a series of practical advises is given which may be transmitted to the parents or persons in charge of the children with cerebral palsy.

ZUSAMMENFASSUNG

SPRACHLICHE UMSCHLUNG BEI DER ZEREBRALEN LAEHMUNG DES KINDES

Zuerst werden die Sprach-Zentren und Leitungsbahnen aufgezählt und die phoniatrische Bedeutung des Gesichtssinns und des Gehörssinns besonders hervorgehoben. Danach wird der Gesichtspunkt beschrieben, nach dem die Sprechweise der Kinder mit zerebraler Lähmung bewertet wird.

Besonderer Nachdruck wird auf die Notwendigkeit frühzeitiger phoniatri-

scher Umschulung gelegt; letztere wird in zwei Phasen geteilt: die erste ist die der Vorbereitung und Anstachelung, die zweite die der Simmbildung und Artikulation.

In der ersten Phase handelt es sich darum, den Wunsch zum Sprechen anzuregen und den inneren Wortschatz zu erweitern.

In der zweiten Phase wird ein Plan befolgt, der in sich fasst: 1) das Sichbewusstwerden des Körperschemas; 2) die Erschlaffung; 3) die Atmung; 4) die Artikulation; 5) die Stimmbildung.

Endlich wird eine Reihe von praktischen Ratschlägen gegeben, die an die Eltern der Kinder mit zerebraler Lähmung oder an die Personen, die sie in Obhut haben, weiterzugeben wären.