PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA PARA DISFONIAS INFANTILES

Universidad de La Laguna
Trabajo de Fin de Grado de Logopedia
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Psicología y Logopedia
Curso académico 2017/2018

Autora: Sheila Hernández González
Tutores: Ruth Dorta González
Moisés Betancort Montesinos

1. Resumen

En los últimos años, la cantidad de personas que sufren trastornos de la voz, por una utilización inadecuada de la misma, ha ido aumentando. Es por ello, que el trabajo de investigación en los estudios de alteraciones vocales ha crecido de manera sustancial, tanto para disfonías adultas como infantiles.

Se ha producido un auge en el conocimiento de las disfonías infantiles, que ha llevado a despertar el interés por el diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos de la voz en los primeros años de vida, así como la implementación de nuevas técnicas de reeducación de la voz.

Palabras clave

Disfonia; programa; voz.

Abstract

In the last years, the quantity of people that suffer problems of voice, for a bad use of it, has been growing. Because of that, the work in the investigation in the studies of vocal alterations has been increasing in a substantial way, same as adult dysphonia as children dysphonia.

It has produced a boom in the knowledge of the children dysphonia that produced an awaken for the diagnosis, treatment and prevention of voice alterations on the first years of life, such us implementation of new techniques of reeducation of the voice.

Key words

Dysphonia; voice; program.

2. Marco teórico

El lenguaje constituye un importante vehículo de comunicación entre personas. La raza humana establece vínculos y se comunica a través de gestos y/o del lenguaje hablado y es, por tanto, que nuestra voz es una herramienta primordial de trabajo y de vida.

La fonación se construye a través de un complejo sistema neurológico y fisiológico que emplea numerosos mecanismos para su correcto funcionamiento. La laringe es la encargada principal de amplificar los sonidos que provienen del acto del habla y a través de la articulación el ser humano es capaz de dar sentido a los sonidos que producen las cuerdas vocales. De esta manera somos capaces de crear el lenguaje.

No obstante, este complejo sistema puede manifestar problemas o dificultades estructurales y/o funcionales, es decir, alteraciones orgánicas o articulatorias. Como consecuencia de dichos síntomas, el ser humano experimenta una patología conocida como disfonía.

Según Perelló y Salvá (1980) es la alteración del timbre normal de la voz por trastorno funcional o alteración orgánica de la laringe. A la alteración del timbre se añade la de otras cualidades de la voz: intensidad y tono.

Haciendo referencia a la clasificación realizada por Gallego y Rodríguez (2007) las disfonías pueden ser clasificadas de la siguiente manera:

- **Disfonías funcionales**: Son desórdenes del comportamiento vocal producidas por el mal funcionamiento que realiza el hablante de los músculos responsables de la respiración, de la fonación y de la resonancia. Las manifestaciones más frecuentes y evidentes son las disfonías hipercinéticas, caracterizadas por la tensión excesiva de las cuerdas vocales que impide su óptimo funcionamiento y cuya causa etiológica puede ser la hipertonía o abuso de sus emisiones orales (gritos, forzar la voz, ...) y,

al contrario, las disfonías hipocinéticas, que se producen por la incapacidad o dificultad para el cierre total de las cuerdas vocales, causada por la insuficiente tensión muscular, que bien podría derivarse de sobreesfuerzos o lesiones, como los pólipos (tumores formados en algunas mucosas) o los nódulos (agrupación celular o fibrosa que forma un nudo), que exigen un sobreesfuerzo por parte del sujeto para la emisión de sonidos para evitar la pérdida de soplo en la laringe.

- **Disfonías orgánicas**, que se derivan de lesiones, ya sean congénitas (quiste epidermoide, culcus gottidis, puente mucoso, surco-fisura de cuerda vocal "vergeture", etc) o adquiridas (lesiones paranodulares, edema de Reinke, quiste por retención mucosa, hemorragia submucosa de las cuerda vocal, latigazo laringeo, úlcera de contacto, granulomas postincubación, parálisis recurrencial unilateral, neoplasia incipiente de cuerda vocal, bronquitis crónica, asma, vegetaciones, etc.), en alguno/s de los órganos directa o indirectamente encargados de la fonación. Debido a su alta incidencia, caben resaltar las laringitis, tanto aguda (inflamación de la laringe producida como consecuencia de una infección vírica) como crónica (inflamación debida a la confluencia de diversosfactores genéticos constitucionales y otros externos contraproducentes para la producción de sonidos, como el exceso de frío, humos y polvoinhalados).

Si nos centramos en la incidencia que tiene este trastorno en la población, destacamos que casi un tercio manifiesta problemas vocales en algún momento de su vida. La disfonía tiene una prevalencia del 29.9%, siendo las mujeres más afectadas que los hombres (Fazio, 2014). En la población infantil encontramos una incidencia entre los 6 y 10 años, aproximadamente de un 9% siendo más frecuente en niños que en niñas, en una proporción de 3:1 (Alonso, 2013).

Las disfonías infantiles son trastornos de la voz que afectan a niños y niñas en edades comprendidas entre los 6 y 10 años hasta la edad puberal. Afectan a casi la mitad de los niños en edad escolar. Generalmente estos trastornos no son severos y no suelen suponer la pérdida completa de la voz de manera prolongada o permanente (Molina, Fernández, Vázquez & Urra, 2006).

Durante los primeros años de vida, las estructuras anatómicas que conforman los órganos fonatorios sufren un crecimiento rápido y progresivo. La laringe cambia de posición, aumenta su tamaño y forma, y comienza un proceso de maduración estructural de los tejidos. Desde el nacimiento hasta la edad adulta la función fonatoria experimenta numerosas variaciones, pero es en la infancia y en adolescencia cuando estas trasformaciones se observan notablemente, provocando importantes cambios en la voz.

Algunos niños tienen disfonía desde muy pequeños y se intensifica con el trascurso del tiempo. No obstante, en otros niños aparece de forma ocasional o en periodos breves con momentos de mejoría.

Para la evaluación vocal, tanto en la población adulta como infantil es importante realizar un diagnóstico etiopatogénico realizado por un equipo de otorrinolaringólogos, logopedas y psicólogos. Mediante este procedimiento podemos conocer las características personales del paciente, el tipo de disfonía y establecer el mejor tratamiento adaptado a las necesidades personales del paciente. También, se podrán determinar posibles trastornos subyacentes.

Esta evaluación debería realizarse en un contexto de trabajo interdisciplinario en el que se incluya: la historia clínica completa, la exploración visual de la laringe por parte del otorrinolaringólogo, la evaluación perceptiva de la voz para determinar la severidad del trastorno y un análisis de los parámetros aerodinámicos y acústicos.

Atendiendo a este criterio de evaluación se detallarán los factores que se deben medir para cumplimentar el diagnóstico y tratamiento:

Los parámetros aerodinámicos se miden a través del estudio de la respiración del paciente. Mantener un patrón de respiración incorrecto puede conllevar consecuencias fonatorias. El correcto patrón sería el costo-diafragmático. En ella el diafragma se contrae y desciende empujando a los órganos que se alojan bajo él. Las costillas flotantes se elevan permitiendo que el aire entre libremente en los pulmones. Durante la espiración el diafragma asciende y se relaja y la caja torácica vuelve a su posición. Con este tipo de respiración se conseguirá una buena ventilación pulmonar y el apoyo necesario para la producción del sonido (Avendaño, 2018).

Con este patrón respiratorio logramos aprovechar completamente la ventilación pulmonar. Además, al no elevar las clavículas y el pecho no provoca tensiones en los músculos del cuello provocando hipertensión.

Por lo tanto, un objetivo a conseguir en el tratamiento sería que el paciente sea consiente del tipo de respiración que tiene y cuál es la respiración que debe tener.

Los patrones acústicos se rigen por el tiempo de producción sonora que realiza el paciente. A mayor coordinación fono-respiratoria mayor será el tiempo de producción sonora, pues seremos capaces de aprovechar en mayor medida el aire de la inspiración para la fonación.

Dentro del tratamiento un factor importante para abarcar es la higiene vocal. En numerosas ocasiones una mala higiene vocal, así como hábitos inadecuados de fonación provocan una alteración en la voz del paciente. Para intentar evitarlo, es importante conocer pautas a seguir tanto en la escuela como en la vivienda familiar o ámbito laboral. Los niños por su temperamento activo y nervioso suelen elevar la voz, gritar, experimentar cambios

bruscos de temperatura cuando juegan en la calle… actos que condicionan negativamente la higiene vocal.

3. Objetivos del programa

Objetivo general

Evaluar y rehabilitar al paciente con disfonía infantil.

Objetivos específicos

- Aprender un correcto patrón respiratorio.
- Establecer un patrón de relajación constante.
- Trabajar la práctica vocal.
- Informar a los padres sobre pautas correctas de higiene vocal.
- Formar a los familiares sobre el concepto de disfonía.

4. Metodología

4.1 Participantes.

Este programa de intervención se encuentra enfocado a la rehabilitación y reeducación de trastornos disfónicos infantiles. Para la participación en dicho programa se deberán cumplir los siguientes criterios:

- C**riterios de inclusión**: población infantil comprendida entre los 3 años hasta los 10 años que presentan un diagnóstico de disfonía. Se debe contar con un informe otorrinolaringólogo previo al tratamiento logopédico.
- **Criterios de exclusión**: Niños que presenten los siguientes trastornos o características: movilidad reducida en extremidades u órganos articulatorios, trastornos cognitivos que dificulten el entendimiento de las actividades y trastornos del comportamiento.

El logopeda será el profesional encargado de la práctica del programa con un solo niño por sesión. Podrán participar de forma voluntaria los familiares más cercanos para

afianzar la familiarización con las actividades y de esa manera llevarlas a cabo en su casa.

4.2 Desarrollo del programa de intervención

4.3.2 Sesiones y materiales

El programa cuenta con una duración de 18 sesiones divididas en 2 sesiones por semana y con una duración de 45 minutos cada una. Todas se realizarán con un único niño por sesión y con la posibilidad de contar con la presencia de un familiar. En las sesiones intentaremos conseguir los objetivos previamente establecidos (tabla 3).

Los familiares tendrán dos sesiones personalizadas. En la sesión 16 recibirán información sobre los buenos hábitos vocales (Tabla 2) y en la sesión número 17 se realizará una charla acerca de inquietudes y opiniones sobre el programa y la intervención que ha recibido su hijo.

Tabla1
Cronograma del programa y materiales

SESIONES	ACTIVIDADES	MATERIALES
Sesión 1	*Evaluación inicial*	*Anamnesis / Hoja de regristro*
Sesión 2	*Respiración / Relajación*	*Camilla / CD música*
Sesión 3	*Respiración /Práctica vocal*	*Camilla*
Sesión 4	*Relajación*	*CD música*
Sesión 5	*Praxias*	*Depresores*
Sesión 6	*Práctica vocal*	-
Sesión 7	*Respiración*	*Esterilla*
Sesión 8	*Respiración / Praxias*	*Esterilla / Depresores*
Sesión 9	*Respiración /Práctica vocal*	*Esterilla*
Sesión 10	*Relajación*	*Pelota*
Sesión 11	*Praxias*	*Depresores*
Sesión 12	*Respiración*	*Camilla*
Sesión 13	*Relajación*	*Plumero*
Sesión 14	*Praxias*	*Depresores*

Sesión 15	*Respiración / Relajación*	*Camilla / CD música*
Sesión 16	*Higiene vocal*	-
Sesión 17	*Charla con los familiares*	-
Sesión 18	*Evaluación final*	*Hoja de regristro de factores*

La TABLA 1 muestra el cronograma y materiales necesarios para la aplicación del programa (Autoría propia).

4.3.1 Evaluación.

El programa de intervención se encuentra formado por una evaluación inicial y una final. El principal objetivo de la evaluación inicial es establecer la línea base sobre la que vamos a trabajar a través de estrategias predeterminadas en el programa. En la evaluación final comprobaremos si hay mejoras en el paciente a través de la comparación de datos recogidos en la evaluación inicial. De esta manera podremos comprobar la eficacia del programa y de las actividades utilizadas, además de realizar una toma de decisiones en el caso de observar que los indicadores no han mejorado desde el inicio del tratamiento. No obstante, a medida que trascurra el tratamiento el logopeda anotara los avances o dificultades de cada paciente en una hoja de registro (Véase ANEXO 3), de esta manera ajustaremos el programa y la intervención a las necesidades personales de cada niño. Podremos añadir más actividades y sesiones o por lo contrario disminuir las sesiones.

En el siguiente esquema podemos observar el proceso de evaluación (Figura 1).

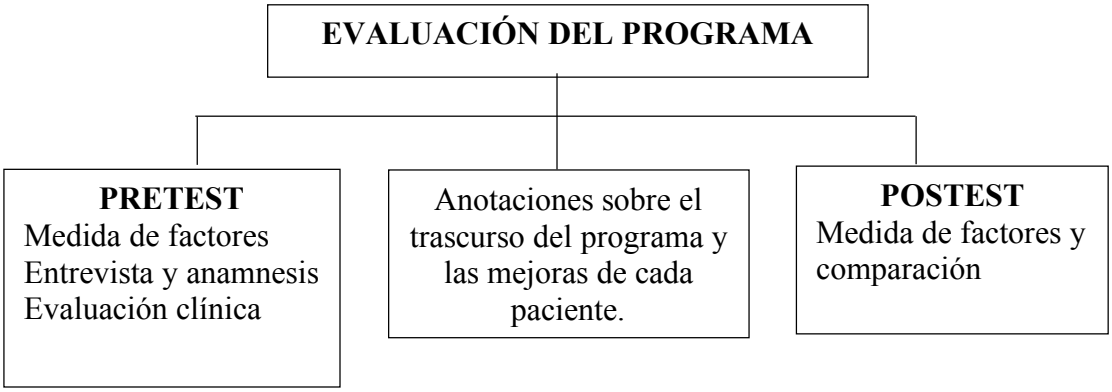

Figura 1. Descripción del proceso de evaluación para disfonías infantiles. (Autoría propia)

En primer lugar, realizaremos una entrevista a los padres del niño donde recogeremos información sobre su vida cotidiana y una pequeña anamnesis de datos médicos (Véase ANEXO 1). También se realizará una pequeña entrevista a los padres al finalizar el programa para recoger experiencias y valoraciones acerca del programa.

La evaluación clínica constará de una revisión realizada por el logopeda sobre los datos médicos que aportan otros profesionales como fisioterapeuta, otorrinolaringólogo, médico de familia, otros logopedas, etc. Además, el logopeda realizará su propio informe a través de una plantilla que registra los factores que se trabajaran en la intervención (Véase ANEXO 2). De esta manera, partiremos de la situación en la que se encuentra el niño y orientaremos la evaluación y la intervención en función de las necesidades de cada paciente.

4.3.2 Intervención con el paciente

Las técnicas que llevaremos a cabo en el programa serán detalladas a continuación.

- **Respiración**.

Comenzaremos trabajando la respiración ya que se trata de un factor primordial en la fonación. El correcto patrón respiratorio sería el costo-diafragmático, y es el que queremos

que consigan los pacientes. Con este tipo de respiración logramos una ventilación pulmonar perfecta para la producción del sonido y no comprometemos a los músculos del cuello provocando hipertensión. Lo primero que queremos conseguir es que el paciente sea consiste de su respiración y pueda cambiarla hasta una respiración correcta. Es por ello, que le damos importancia en la intervención y realizamos esta actividad en mayor número de sesiones (Véase ANEXO 4).

- **Práctica vocal.**

Los ejercicios de práctica vocal complementan y dan sentido al trabajo que se lleva a cabo con la respiración. Además de conseguir una buena coordinación fono-articulatoria, con estas actividades queremos conseguir que el niño realice una buena proyección vocal. Se realizarán ejercicios de impostación, siempre contemplando la dificultad vocal de cada niño (Véase ANEXO 5).

- **Técnicas de relajación.**

Los niños presentan un estado activo casi permanente, por ello son importantes los momentos de relajación. Si tienen un patrón comportamental nervioso suelen gritar y elevar mucho el tono de voz, factores que pueden causar afecciones en los componentes sonoros de la voz y desencadenar en un trastorno disfónico.

Si logramos un estado relajado nuestras conductas emocionales, cognitivas y conductuales podrán ser controladas de mejor forma. Con estas actividades intentaremos conseguir de forma intencional un estado de baja activación a nivel del Sistema Nervioso Autónomo y que las estructuras fono-articulatorias no se vean afectadas. Enseñaremos al niño a través de la premisa “Debo estar relajado cuando quiero hablar” (Véase ANEXO 6).

- **Praxias.**

Dentro de las disfonías infantiles encontramos un factor de hipertensión de los músculos articulatorios debido a la naturaleza nerviosa y activa de los niños. Para que la articulación

de los sonidos sea efectiva, los músculos deben encontrarse relajados. Por ello, trabajaremos la movilidad de estas estructuras a través de ejercicios de praxia de los labios, lengua, cuello y hombros (Véase ANEXO 7).

- **Técnicas de higiene vocal.**

En la sesión número 16 se les enseñaran a los familiares de cada niño técnicas de higiene vocal en una charla de tipo informativo y enseñándoles que acciones puede perjudicar a nuestra voz y qué debemos hacer para cuidarla, resolviendo cualquier duda que pudiera surgir.

El objetivo de las técnicas de higiene vocal en este programa es automatizar patrones correctos de higiene vocal a través de la familiarización de estas técnicas por parte de los familiares de los pacientes. De esta manera podrán corregir a los niños cuando detecten que hacen algo que no es beneficioso para la salud de su voz (Tabla 2).

Tabla 2

Recomendaciones para una buena higiene vocal (Autoría propia)

- ✓ *Reducir excesos vocales en patologías como amigdalitis, faringitis, laringitis, resfriados, etc.*
- ✓ *Evitar ruidos y gritos, así como hablar en situaciones de ruido intenso.*
- ✓ *Conseguir un ambiente relajado. Hablar despacio, claro, sin gritar y sin hablar desde lejos.*
- ✓ *Evitar la ingestión de bebidas muy frías y muy calientes.*
- ✓ *Ayudarle a relajarse cuando esté forzando la voz.*
- ✓ *Regular la intensidad y tono adecuados a la situación: diálogo, exposición, etc.*
- ✓ *Controlar los periodos de sudoración del niño, después de una actividad física duradera.*
- ✓ *No pasar por alto síntomas prolongados de tensión vocal, disfonía, dolor en la garganta, etc.*

4.3.3 Intervención con la familia

Es importante destacar el papel que desempeñan los familiares en el programa. Son las personas que más tiempo comparten con los niños y los usuarios que antes detectan las diferencias sonoras de la voz de sus hijos. Además, serán las personas que participarán en la rehabilitación de la voz desde casa.

En ocasiones el ambiente familiar ocasiona un modelo vocal inadecuado, por ello el logopeda a través de la entrevista previa intentará averiguar el estilo comunicativo que predomina en la vivienda familiar y en medida de lo posible formará a los padres para que puedan proporcionar a sus hijos modelos correctos de conducta vocal.

Podrán participar en las sesiones de forma voluntaria para familiarizarse con las técnicas. Las sesiones 16 y 17 son personalizadas para ellos, con una duración de 45 minutos cada una. Deberán asistir al gabinete sin los niños.

5. Evaluación de la intervención

Para evaluar la efectividad del programa, realizaremos un postest para comprobar si las técnicas aplicadas han provocado una mejora en los síntomas de las disfonías. Este postest estará conformado por un cuestionario de calidad de vida que le facilitaremos a los padres de los niños tras finalizar el programa (Véase ANEXO 1), así como la medida de los siguientes factores: tipo de respiración, tiempo de producción sonora y exploración motora de los órganos fonatorios (Véase ANEXO 2).

En el caso de la familia, pediremos un testimonio para contrastar la utilidad de los materiales que le hemos facilitado, además de pedirles su opinión acerca del programa y recoger propuestas de mejora.

6. Resultados previstos

Realizando una comparación de datos recogidos en el pretest y postest, prevemos que los datos recogidos en la evaluación final serán superiores a los iniciales.

Para cuantificar la efectividad del programa se medirán los siguientes factores (Véase ANEXO 2).

- Tipo de respiración
- Exploración motora del habla.
- Tiempo de producción fonatoria.
- Voz conversacional espontánea.

Para que el programa sea efectivo el paciente tiene que cumplir con los siguientes objetivos de tratamiento:

- El tipo de respiración tiene que ser el costo-diafragmático.
- Los segundos de fonación final deben superar en 5 segundos a la fonación recogida en la evaluación inicial.
- Los órganos articulatorios no deben presentar problema al realizar las praxias propuestas en las actividades.
- En una conversación espontánea no hallamos dificultades fonatorias como cambios de tono, timbre e intensidad.

Actualmente no existe un protocolo único de intervención que recoja los pasos a seguir con población infantil diagnosticada de disfonÍa, no obstante, los profesionales que se dedican a tratamiento de estos trastornos actúan en base su experiencia y la de sus compañeros y establecen su propio guion de actuación según la efectividad de las actividades que ponen en práctica. Por ello, en esta propuesta de programa de intervención se ha decidido coger actividades que resultan efectivas en las disfonías de forma individual y unir un conjunto de ellas para proponer un nuevo programa que pensamos puede resultar viable.

Se actúa sobre los síntomas que condicionan la vida de los niños con disfonías infantiles, pero también se pretende que el paciente sea capaz de entender su patología, la importancia de poder diagnosticar con tiempo y poder comenzar el tratamiento con la mayor rapidez posible.

Como el programa se encuentra dirigido a la población infantil, el protocolo de intervención contempla incluir en el programa a los familiares más cercanos del niño, ya que es fundamental que contribuyan en el avance y mejora de los factores que influyen en la calidad vocal y participen para lograr una automatización de los patrones correctos de fonación. Para ello dotamos a los familiares de los conocimientos básicos sobre las disfonías y les informamos sobre estrategias de intervención que pueden realizar en casa.

7. Bibliografía

Alonso, S. (2013). Logopedia y Salud. Recuperado de https://logopediaysalud.blogspot.com/2013/04/personalidad-y-disfonia-en-poblacion.htm

Avendaño, N. (2018). Canta Lírico. Recuperado de http://www.cantalirico.com.ar/2012/01/31/respiracion-costo-diafragmatica-abdominal.htm

Ayarza, M. A. (2012). *Logopedia y Formación.* Recuperado de https://logopediayformacion.blogspot.com/2012/06/la-relajacion-en-la-terapia-de-voz.html

Farías, P. Ejercicios que restauran la función vocal. Observaciones clínicas. Ed. Akadia. Buenos Aires, Argentina. Primera reimpresión, 2010.

Molina, M. M., Fernandez, S. G., Vazquez, F., Urra, A. (2006). Voz del niño. Revista Médica Universidad de Navarra, volumen (50), 31-43.

Perelló, J. y Salvá, M. (1980). Alteraciones de la voz. Barcelona: Científico-Médica.

Rodríguez, A., Gallego, J. L. (2007). Nociones básicas para el docente con respecto a la evaluación e intervención de los trastornos en la voz. Revista de currículum y formación del profesorado, volumen (11), 11-1.

Vila, J.M. (2010). *Guía de intervención logo- pédica en la disfonía infantil*. Madrid: Sín- tesis.

Zurita, A. (2005). Guía técnica de intervención logopédica en la enfermedad de Parkinson. Madrid, España: Sintesis.

8. Anexos

ANEXO 1. Hoja para realizar la entrevista (anamnesis)

Número de historia……

Fecha de exploración ……

Asiste a la entrevista…….

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos…….

Fecha de nacimiento…….Edad…….....

Domicilio…….Teléfono……..

Provincia……Ciudad……..

DATOS FAMILIARES

Nombre del padre……..Edad…….Profesión……..

Nombre de la madre ……...……..Edad…….Profesión……..

Número de hermanos……Edades……..Lugar que ocupa……..

Otros familiares que conviven con el……..

Observaciones…….

HISTORIA ACTUAL

Motivo de la consulta……..

Remitido por……

Cuando se detectó la anomalía…… Por quién……

Etiología……...

Tratamientos anteriores a la terapia logopédica…….

Informes de otros especialistas……

DATOS EVOLUTIVOS DE INTERÉS

Embrazo:

Progreso…….Edad de la madre……..

Enfermedades durante el embarazo…….

Medicación……..

Parto:

Lugar y asistencia del parto…….

Dificultades durante el parto……

Desarrollo motor:

Control cefálico (2 a 5 meses) ……

Sedestación (3 a 8 meses) ……...

Gateo (5 a 9 meses) ……

Marcha (12 a 15 meses) ……..

Desarrollo del lenguaje:

Primeras silabas……...

Primeras palabras…….

Primeras frases…….

Datos médicos de interés:

Enfermedades……..

Intervenciones quirúrgicas……...

Hospitalizaciones…….

DATOS ESCOLARES

Centro escolar……..Curso……..

Actividades extraescolares …….

Condiciones ambientales…….

Horarios……Apoyo pedagógico…….

Escolarizaciones anteriores:

Guardería……Localización……

Cambio de colegio……..Motivos……

Problemas de asistencia……...

Observaciones…….

Los profesores se encuentran al tanto de la dificultad…….

HÁBITOS DIARIOS DEL NIÑO

Distribución del día...…….....

……..…

…….

CONDUCTAS EMOCIONALES

Se enfada con facilidad……

Tiene rabietas…….Grita…….

Comportamiento habitual……

VALORACIÓN DE LOS PADRES

Impresión sobre el desarrollo de su hijo……..

Que aspectos del niño son los que más les preocupa……..

Recibe un trato distinto al de sus hermanos……

Que participación piensan que pueden tener en el tratamiento……...

Grado de participación en el tratamiento…….

Observaciones……

ANEXO 2. Hoja de registro de factores para medir en el pretest y postest.

Autoría propia

Fecha de exploración ……
Asiste a la entrevista…….

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos…….
Fecha de nacimiento……Edad…….....
Domicilio……Teléfono…….
Provincia……Ciudad…….

TIPO DE RESPIRACIÓN
Abdominal: Costo-diafragmática: Superior o escapular:

EXPLORACIÓN MOTORA DEL HABLA
Movilidad de los órganos orofaciales
Boca……
Lengua ……...
Labios ……

TIEMPO DE PRODUCCION FONATORIA
Vocales…….....
/LA/…… /MI/…….
/RU/…… /PE/…….

GRABACION DE VOZ CONVERSACIONAL ESPONTANEA

Observaciones

ANEXO 3. Hoja de registro
Autoría propia.

Objetivo: *Anotar el avance o dificultades de cada niño durante el programa y a lo largo de las sesiones.*

Fecha de exploración ……
Número de la sesión…….

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos…….

AVANCES O DIFICULTADES EN EL TIPO DE RESPIRACIÓN

Abdominal: Costo-diafragmática: Superior o escapular:

Observaciones

EXPLORACIÓN MOTORA DEL HABLA EN LAS PRAXIAS
Movilidad de los órganos orofaciales
Boca……
Lengua ……...
Labios ……

TIEMPO DE PRODUCCION FONATORIA (Avance y dificultades en las actividades de práctica vocal)

Observaciones

RELAJACIÓN (Participación por parte del niño en el tiempo de relajación, estado emocional, si llega a relajarse o no…)

Observaciones

ANEXO 4. Actividades para trabajar la respiración.

Tabla de autoría propia
Actividades para trabajar la respiración

EJERCICIOS PARA LA RESPIRACIÓN	
***Objetivo**: Enseñar al paciente un correcto patrón respiratorio y mejorar la capacidad pulmonar.*	
Actividad 1	*La primera actividad consistirá en la concienciación de nuestra propia respiración. Con ayuda de una camilla pediremos al paciente que se acueste encima de ella. Colocaremos una mano en el pecho y otra en el abdomen. Le pediremos que realice una inspiración de manera suave y relajada y que seguidamente espire. Cuando nos encontramos echados realizamos el patrón correcto de respiración, es por ello que se la enseñamos para que intente imitarla en la posición normal de conversación.*
Actividad 2	*Cuando el patrón respiratorio lo vaya consiguiendo en todas las posturas corporales posibles, acompañaremos la espiración con la fonación del sonido /s/. También podemos hacer uso de un apelota inflable y mientras damos botes intentamos mantener la respiración.*
Actividad 3	*Para trabajar la capacidad pulmonar intentaremos mantener el aire inspirado por 3 segundos antes de expirar. Cuando se vaya consiguiendo este objetivo iremos aumentando los segundos de aguante del aire de manera sucesiva.*

ANEXO 5. Actividades de práctica vocal.

Tabla de autoría propia.
Ejercicios para trabajar la impostación.

EJERCICIOS DE IMPOSTACIÓN

Objetivo: *Enseñar al niño a coordinar la respiración y la fonación.*

- Primero trabajaremos la vocalización de números del 1 al 10 sin voz. Prestamos atención de no soltar aire mientas lo hacemos. A continuación, realizaremos una inspiración y haremos el mismo ejercicio, pero con voz, intentamos no gastar todo el aire inspirado.

- Para trabajar la intensidad vocal le pedimos al paciente que realice una inspiración y que cuente del 1 al 5. Iremos aumentando la cantidad de números que debemos de decir.

- Podemos repetir el mismo ejercicio, pero con los días de la semana o los meses del año.

- También, podemos pedir que realice golpes de voz en los números pares o que alargue el final de cada palabra.

Con estos ejercicios pretendemos que el niño sepa ahorrar y suministrar la cantidad de aire necesario en cada fonación que haga.

ANEXO 5. PRAXIAS

Tabla de autoría propia

Ejercicios para trabajar la movilidad de los órganos articulatorios.

PRAXIAS	
Objetivo: *fortalecer los órganos articulatorios.* - Vibrar labios. - Sostener un lápiz. - Dar besos con una expresión exagerada. - Abrir la boca y cerrarla repetidamente. - Hacer bostezos, silbar, gárgaras…. - Mover los labios hacia las comisuras de la boca. - Con ayuda de un depresor, pedimos al paciente que empuje con los labios hacia nosotros.	***LABIOS***
- Mover la lengua formando círculos. Primero por dentro de la boca y luego por fuera de ella. - Sacar y esconder la lengua con la boca abierta. - Intentar tocar la punta de la nariz con la lengua y luego la barbilla. - Tocar el cielo de la boca con la lengua desde atrás hacia adelante. - Con ayuda de un depresor, haremos presión sobre la lengua y pediremos al paciente que haga contrafuerza. Iremos cambiando de posición.	***LENGUA***
- Colocar la barbilla contra el pecho sintiendo presión en la parte posterior de este. - Pegamos la oreja al hombro derecho y luego al izquierdo. - Hacemos una rotación del cuello. Primero hacia la derecha y luego hacia la izquierda.	***CUELLO***

HOMBROS

- Elevamos los hombros lo máximo que podamos y los dejamos caer.
- Rotamos un hombro primero y luego el otro.

ANEXO 6. Actividades de relajación

Tabla de autoría propia

Ejercicios para trabajar la relajación.

Actividad 1	Le decimos al niño que se acueste boca abajo sobre una esterilla. Esperamos a que se calme un poco y con un plumero le vamos haciendo caricias por los brazos, espalda, piernas…
Actividad 2	Podemos realizar el mismo ejercicio del plumero, pero con una pelota de goma pequeña. Esta vez haremos un poco de presión sobre el cuerpo, como si de un masaje se tratara.
Actividad 3	Con ayuda de un CD de música relajante (podemos poner música que recuerde a las olas del mar, sonidos del bosque como pajaritos o lluvia, etc.) le decimos al niño que puede hacer lo que más le guste. Puede acostarse sobre las esterillas y relajarse mientras escucha la música o podemos bailar de una forma muy lenta y relajada, como si fuéramos un globo que va por el cielo.