



LOGOPEDIA

GUÍA DE APOYO

Dirigida a pediatras y médicos de Atención Primaria para derivación de pacientes menores de 14 años a los Hospitales de la Red Pública de la Comunidad de Madrid para la valoración de tratamiento de logopedia

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

PATOLOGÍAS DEL LENGUAJE.....	4
<i>AFASIA.....</i>	<i>5</i>
<i>DISFASIA</i>	<i>6</i>
PATOLOGÍAS DEL HABLA.....	10
<i>DISARTRIA</i>	<i>11</i>
<i>DISGLOSIAS Y PATOLOGÍAS OROFACIALES.....</i>	<i>13</i>
<i>DISLALIA</i>	<i>17</i>
<i>TARTAMUDEZ.....</i>	<i>19</i>
PATOLOGÍAS DE LA VOZ.....	21
<i>DISFONÍA.....</i>	<i>22</i>
<i>LARINGECTOMÍA.....</i>	<i>23</i>
PATOLOGÍAS MENTALES.....	24
<i>TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA</i>	<i>25</i>
<i>TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)</i>	<i>27</i>
CUADRO DE PATOLOGÍAS.....	29
INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACION DE LOGOPEDIA EN HOSPITALES Y CENTROS CONCERTADOS.....	30
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE.....	32
<i>TRASTORNO DE LA LECTURA: DISLEXIA EVOLUTIVA</i>	<i>33</i>
<i>TRASTORNO DE LA ESCRITURA: DISGRAFÍA EVOLUTIVA</i>	<i>34</i>
<i>TRASTORNO DEL CÁLCULO: DISCALCULIA.....</i>	<i>36</i>
CUADRO DE TRASTORNOS.....	37
GRUPO DE TRABAJO.....	38

GUIA DE APOYO DIRIGIDO A PEDIATRAS Y MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA DERIVACIÓN DE PACIENTES MENORES DE 14 AÑOS, A LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA VALORACIÓN DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA

La guía de apoyo dirigida a los pediatras y médicos de atención primaria pretende dar unas pautas simplificadas para el manejo de pacientes menores de 14 años con patologías del lenguaje, habla y voz, encaminadas a la derivación dentro del ámbito sanitario.

La prestación de logopedia está incluida en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de Atención Especializada¹ considerada dentro de la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable, siempre y cuando éste tenga relación directa con un proceso patológico que esté siendo tratado en el Sistema Nacional de Salud.

El objetivo de este documento es facilitar al Médico Pediatra y Médico de Atención Primaria una guía básica para canalizar a los pacientes a los hospitales de la red pública, en los que se determinará la pertinencia y tipo de tratamiento.

La atención a los denominados Trastornos de Aprendizaje (lecto-escritura y cálculo) propios del Sistema Educativo, sólo se deberá derivar para diagnóstico diferencial o segunda opinión, mediante solicitud del EOEP² (Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Educación) al Médico Pediatra o Médico de Atención Primaria, acompañada de un informe justificativo.

Esta guía consta de dos partes, en la primera se abordan las patologías del lenguaje, habla, voz y patologías mentales, cuya atención es competencia del sistema sanitario, y en la segunda se citan brevemente los trastornos del aprendizaje, competencia del sistema educativo.

La estructura de la guía incluye en cada patología la definición, clasificación y criterio de derivación para valoración de tratamiento de logopedia.

¹ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE Nº 222, de 16 de septiembre de 2006).

² Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica son equipos multidisciplinares de la Consejería de Educación, están distribuidos por zonas y cada uno de ellos tiene a su cargo los colegios de la zona correspondiente. Cuando el profesor-tutor del aula detecta a los niños con bajo rendimiento, se pone en contacto con el EOEP para que evalúe y oriente sobre estos niños. (Para más información consultar Orden de 9 de diciembre de 1992, BOE de 18 de diciembre de 1992; Real Decreto 696/1995, BOE de 2 de Junio de 1995 y Orden de 14 de febrero de 1996, BOE de 23 de febrero de 1996).

1. PATOLOGÍAS DEL LENGUAJE

1.1 AFASIA

1.2 DISFASIA

1.1 AFASIA

Definición

Trastorno por pérdida, deterioro o disminución de la capacidad comunicativa previamente adquirida, afectando de forma específica a los aspectos codificativos y/o decodificativos del lenguaje verbal y no verbal. Es debido a una lesión del sistema nervioso central, cuya etiología puede ser variada (encefalopatías, accidentes cerebrovasculares, tumores, traumatismos craneoencefálicos, Síndrome de Landau-Kleffner).

El diagnóstico conlleva un análisis de los procesos implicados en la comunicación (comprensión auditiva, expresión oral, repetición, automatismos, tareas no verbales, cálculo, expresión escrita, lectura, comprensión lectora, etc.). Puesto que el cerebro del niño está en proceso de maduración, las manifestaciones clínicas dependerán del grado de lenguaje adquirido por el niño en el momento de padecer la lesión cerebral.

Clasificación

Hay una gran variedad de síntomas, signos y formas clínicas, que de forma esquemática se pueden agrupar en tres grandes grupos:

- Afasia expresiva (también llamada no fluente, motora, o afasia de Broca).
- Afasia receptiva (también llamada fluente, sensorial, comprensiva, o afasia de Wernicke).
- Afasias mixtas. Afectación del lenguaje comprensivo y expresivo.

Derivación para diagnóstico

Se remitirá en todos los casos.

1.2 DISFASIA

Definición

Déficit significativo en el lenguaje comprensivo, expresivo y semántico-pragmático que no es debido a una pérdida auditiva, sin presencia de signos evidentes de alteración neurológica, con un coeficiente intelectual (CI) de ejecución superior a 85, e indicadores emocionales y conductuales normales.

Sintomatología

En cuanto a su etiología y teniendo en cuenta los resultados de las últimas investigaciones, se evidencia que las causas de las disfasias son predominantemente neurobiológicas y en la que la causa genética desempeña un papel sustancial.

Las características de este tipo de Patología son las siguientes:

- Lenguaje Expresivo:

- Heterogeneidad de vocabulario: presencia de palabras complejas y ausencia de algunas palabras simples.
- Dificultad en la estructuración morfosintáctica: ausencia de palabras de función (agramatismo), orden alterado de las palabras en la oración y uso de los verbos de forma atemporal -predominio de infinitivos y perífrasis verbales-.
- Ausencia o uso inadecuado de pronombres personales, más allá de los 4 años.

- Lenguaje Comprensivo:

- Alteración grave de la comprensión verbal, pudiéndose observar ecolalias.
- Buena aceptación y aumento de comprensión con el apoyo de gestos.
- Dificultad en la repetición y recuerdo de enunciados largos.
- Dificultades de evocación.

- Otras características asociadas a esta Patología son:

- Dificultad en la memoria secuencial y/o de trabajo.
- Dificultad en el procesamiento temporal: programación de secuencias temporales.

Clasificación

- 1- Trastorno específico del Lenguaje expresivo (TEL-E): afectación de las áreas semántica y sintáctica.
- 2- Trastorno específico del Lenguaje expresivo y receptivo (TEL-ER): afectación de las áreas fonológica y sintáctica. Aunque hay dificultades en la comprensión, los problemas más severos se dan en la expresión.
- 3- Trastorno específico del Lenguaje complejo (TEL-C): Afecta a las áreas semántica y pragmática. Este trastorno, en ocasiones, se confunde con el TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo), debido a que suelen manifestar dificultades en la interacción social y ecolalias, atribuibles al déficit significativo en la comprensión verbal.

Cuestionario básico hasta 4 años:

2 años y 6 meses

- El niño no realiza alguna de las tres acciones siguientes:
 - Repetir asiduamente palabras o parte de frases que escucha al adulto.
 - Nombrar frecuentemente lo que ve.
 - Pedir que le digan el nombre de las cosas que ve.
- Ausencia de holofrase: una palabra que puede ofrecer el significado de una frase completa (p.ej. “tete” por “dame el chupete”, “oche” por “el coche de mamá”).
- No responde a una orden sencilla.
- No pide ayuda verbalmente para sus necesidades de comer, beber, ir al baño, vestirse, etc.
- No combina dos palabras a modo de frase (p.ej. “papá agua” por “papá dame agua”).
- No comprende la denominación de objetos familiares.

3 años

- No usa palabras diferentes de nombres y verbos.
- No realiza frases de tres palabras.
- No comprende la relación de dos objetos nombrados (p.ej. “Pon la cuchara en la taza”).
- Presenta oclusivización de fricativas (sustituye los sonidos /s/, /f/ y /χ/ por los correspondientes homorgánicos /t/, /p/, /k/: /káta/ → casa, /póto/ → foto, /tekádo/ → tejado). Omite sílabas átonas: /páto/ → zapato.

Cuestionario básico a partir 4 años:

- El niño usa frases largas, pero la posición de las palabras no es adecuada, y los tiempos verbales suelen ser incorrectos.
- Hay escasez o ausencia de palabras de función (artículos, preposiciones...).
- Se observan ecolalias.
- Es capaz de usar palabras complejas, sin embargo carece de algunas palabras simples.
- Omite todos los sonidos de final de sílaba: /ábo/ → árbol; /epáda/ → espada; /báko/ → banco; sustituye el sonido /d/ por /l/ o /r/: /tólo/ → todo; /réro/ → dedo.

Derivación para diagnóstico

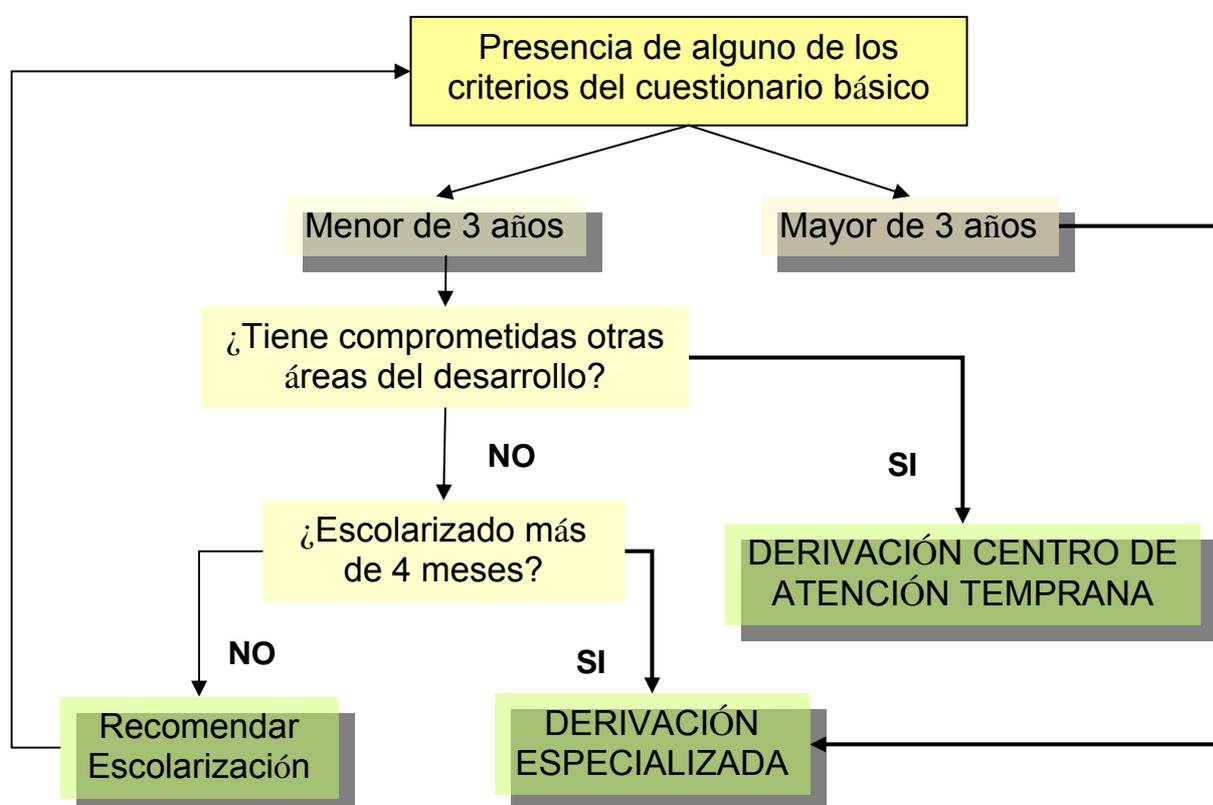
De 2 años y 6 meses a 3 años

- En el caso de que el niño solo presente retraso en el área de lenguaje y se contesta afirmativamente a una de las cuestiones arriba presentadas, se derivará para diagnóstico, siempre y cuando el niño lleve escolarizado al menos 4 meses. De no estar escolarizado, se aconsejará su escolarización y se reevaluará finalizado ese plazo.
- Si además de tener afectado el área del lenguaje tienen comprometidas otras áreas del desarrollo, deberán ser remitidos a Centros de Atención Temprana dependientes del Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales o a Unidades equivalentes de Estimulación Precoz.

A partir de 3 años:

- Siempre que esté presente alguno de los criterios del cuestionario básico.

DISFASIA



2. PATOLOGÍAS DEL HABLA

- 2.1 DISARTRIA***
- 2.2 DISGLOSIA Y PATOLOGÍAS OROFACIALES***
- 2.3 DISLALIA***
- 2.4 TARTAMUDEZ O DISFEMIA***

2.1 DISARTRIA

Definición

Trastornos del habla de etiología de origen central, cuya repercusión se observa en el control muscular de los mecanismos del habla. Por tanto, engloba las dificultades motoras de la respiración, fonación, resonancia, articulación, prosodia y alimentación. Suelen ir asociadas a otras patologías de origen central y con afectación motora de otras zonas musculares (parálisis cerebral infantil, ataxias congénitas, etc...).

Clasificación y Sintomatología

1- Disartria flácida:

Se caracteriza por atrofia muscular, hipotonía y debilidad muscular; a nivel orofacial se observa principalmente incompetencia fonatoria, en la resonancia y en la prosodia.

2- Disartria espástica:

Presenta principalmente hipertonía en los grupos musculares afectados. Los signos más frecuentes son:

- a) Emisión de frases cortas.
- b) Tono bajo y monótono.
- c) Lentitud en el habla.
- d) Interrupciones tonales y de la respiración.
- e) La articulación consonántica suele ser poco precisa, en ocasiones con distorsión de las vocales.

3- Disartria atáxica:

Principal afectación del cerebelo, por lo que se producen rápidas consecuciones entre hipertonía e hipotonía, unida a temblor asociado e imprecisión de movimientos.

Se observa a nivel orofacial:

- a) Voz áspera y monotonía, con escasas variaciones de intensidad.
- b) Distorsión articulatoria.
- c) Alteraciones prosódicas, por énfasis en determinadas sílabas (tónicas).

4- Disartrias por lesiones en el Sistema Extrapiramidal:

4.1- *Disartrias Hipocinéticas:*

Lentitud y limitación en la ejecución de movimientos. Disminución de actos espontáneos y temblor “en reposo”. Se observa:

- a) Dificultad articulatoria.
- b) Falta de inflexión, disprosodia.
- c) Hipofonía.
- d) Frases cortas y con largas pausas antes de comenzar el discurso.

4.2: *Disartrias Hipercinéticas:*

Movimientos asociados al habla, no funcionales pero sí limitantes para un buen desarrollo de la mecánica del habla. Estos movimientos son impredecibles por el sujeto. Los rasgos observables son:

- a) Articulación distorsionada.
- b) Exceso o limitación prosódica.
- c) Inhibición del lenguaje.
- d) Interrupción brusca del discurso.
- e) Fluencia variable.
- f) Resonancia alterada (hiper-hiponasalidad).

Derivación para diagnóstico

Se remitirá en todos los casos.

2.2 DISGLOSIAS Y PATOLOGÍAS OROFACIALES

Definición

Comprende todos aquellos trastornos esquelético/estructurales de origen congénito y/o adquirido, y todos aquellos trastornos funcionales que pueden estar originados en la fase neonatal o durante el crecimiento. Cursan con disfunción en la deglución, respiración, tonicidad en los órganos orofaciales y/o en la articulación del habla.

Clasificación y Sintomatología

Según la implicación en los órganos fonatorios, encontramos trastornos anatómicos y funcionales:

1. Trastornos anatómicos:

1.1-Disglosias labiales:

- a) Labio leporino: unilateral o bilateral; parcial o total.
- b) Resección como consecuencia de intervención quirúrgica.

1.2- Disglosias linguales:

- a) Macroglosia
- b) Microglosia.
- c) Resección total o parcial por intervención quirúrgica.

1.3- Disglosias palatinas: Pueden afectar al paladar óseo o al velo del paladar:

- a) Fisuras palatinas: totales, y parciales.
- b) Fisuras submucosas: No observables a simple vista, pero caracterizadas por una gran rinolalia abierta.
- c) Úvula bífida.
- d) Atrofia velar.
- e) Resección uvular.
- f) Paladar ojival.
- g) Incompetencia velo-palatina.

1.4- Disglosias dentales: Alteraciones en la forma o posición de las piezas dentarias.

- a) Implantación dentaria inadecuada.
- b) Ausencia de piezas.

1.5- Disglosias mandibulares: alteración de la forma de los maxilares.

- a) Mordida inadecuada.
- b) Alteraciones de la articulación témporo-mandibular.

2. Trastornos Funcionales:

No existe malformación anatómica, pero sí disfunción de los grupos musculares orofaciales. Puede afectar a los labios, la lengua, el velo palatino o la musculatura perilaríngea.

Cuestionario básico

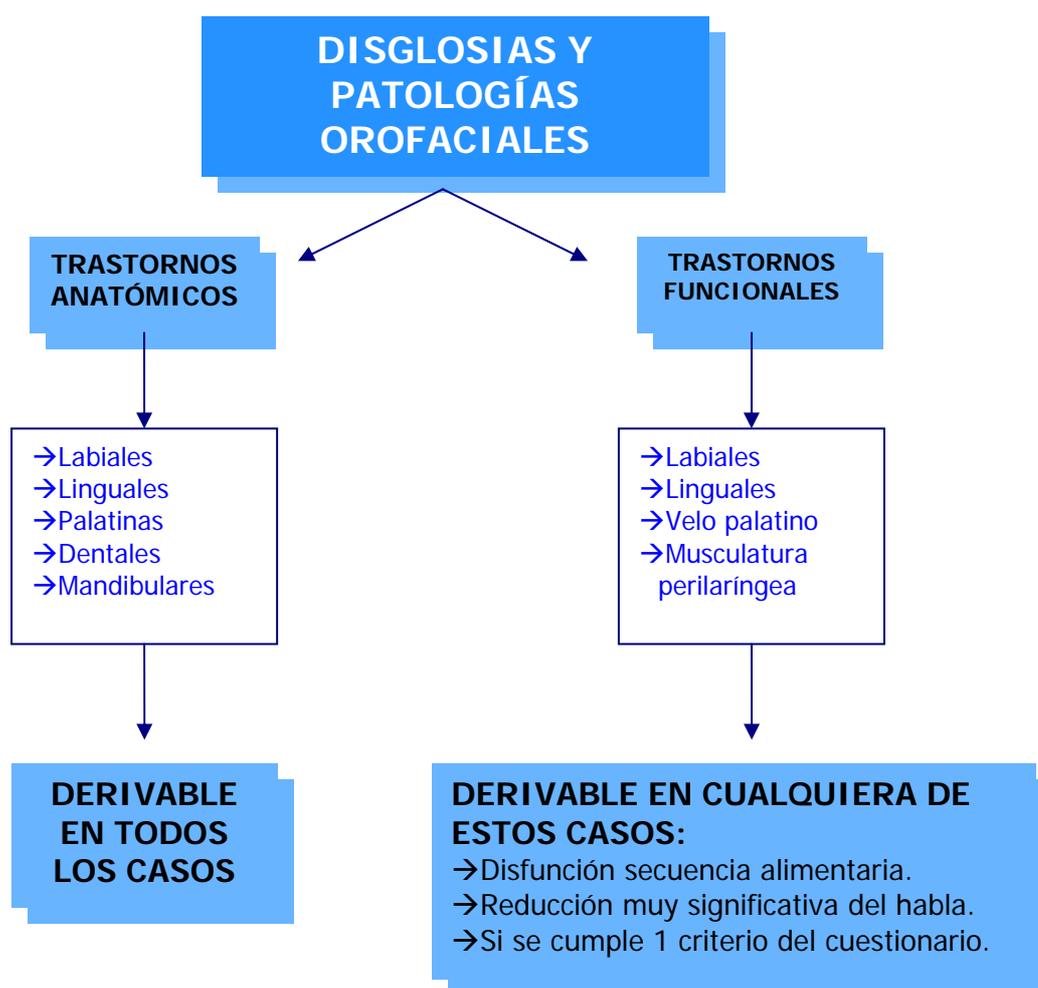
- El niño no es capaz de mantener cualquier alimento, independientemente de la textura, dentro de la boca de forma efectiva: todo el alimento acaba fuera de la boca en la fase de preparación oral.
- El niño ha superado la edad de 2 años y medio y no mastica ningún alimento.
- El niño es muy selectivo con las texturas. Solo acepta una o dos diferentes, mostrando por las otras texturas un intenso rechazo (arcadas, apneas, manifestaciones cutáneas).
- El niño se atraganta con mucha asiduidad, independientemente del tipo de alimento que consuma.
- Las primeras palabras del niño se caracterizaron por una muy baja inteligibilidad, característica que persiste hoy en día (incluso dificultades para que le entiendan los familiares más cercanos).
- Presenta una o varias de las siguientes características.
 - Maxilar superior muy prominente.
 - Maxilar inferior prominente.
 - Protusión lingual en reposo.
 - Anomalías en la mordida.
 - Coronas dentarias muy desgastadas.

Derivación para diagnóstico

Las Disglosias cuya implicación es exclusivamente anatómica, se remitirán solo en los casos que se comprometan la comunicación y/o deglución.

Las Patologías Orofaciales cuya implicación es exclusivamente funcional serán derivables si cumplen alguno de los siguientes criterios:

1. Existencia de disfunción en uno o más procesos de la secuencia alimentaria, que impiden realizar una alimentación eficaz, por lo que no es posible asegurar el aporte nutritivo ni la hidratación necesaria para mantener un estado óptimo de salud.
2. Reducción muy significativa del habla debido a las disfunciones citadas, y cuya intervención logopédica, en combinación o no con otros profesionales (ortodoncista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta), asegure un aumento de la calidad de vida de los pacientes afectados.
3. Siempre que este presente alguno de los criterios del cuestionario básico.



2.3 DISLALIA

Definición

Alteración funcional de la articulación de un sonido del habla de forma aislada (omisión, sustitución, o distorsión de dicho sonido) producida por un incorrecto punto y /o modo articulatorio, es decir, por la colocación y/o actuación inadecuada de los órganos fonoarticulatorios (labios, lengua, mandíbula, paladar y velo). El niño con dislalia funcional no usa correctamente dichos órganos a la hora de articular un fonema a pesar de no existir ninguna causa de tipo orgánico.

La dislalia puede referirse a cualquier sonido, aunque los tipos más frecuentes en nuestra lengua son:

- Sigmatismo: el sonido afectado es la [s], por ejemplo en palabras como [séta], [kása], [móska].
- Rotacismo: los sonidos afectados son la [r] y la [r̄] en posición directa, [péra], [rósa] e inversa de sílaba [árbol] y en los grupos consonánticos CVC y CCV, [tárta], [bróma].

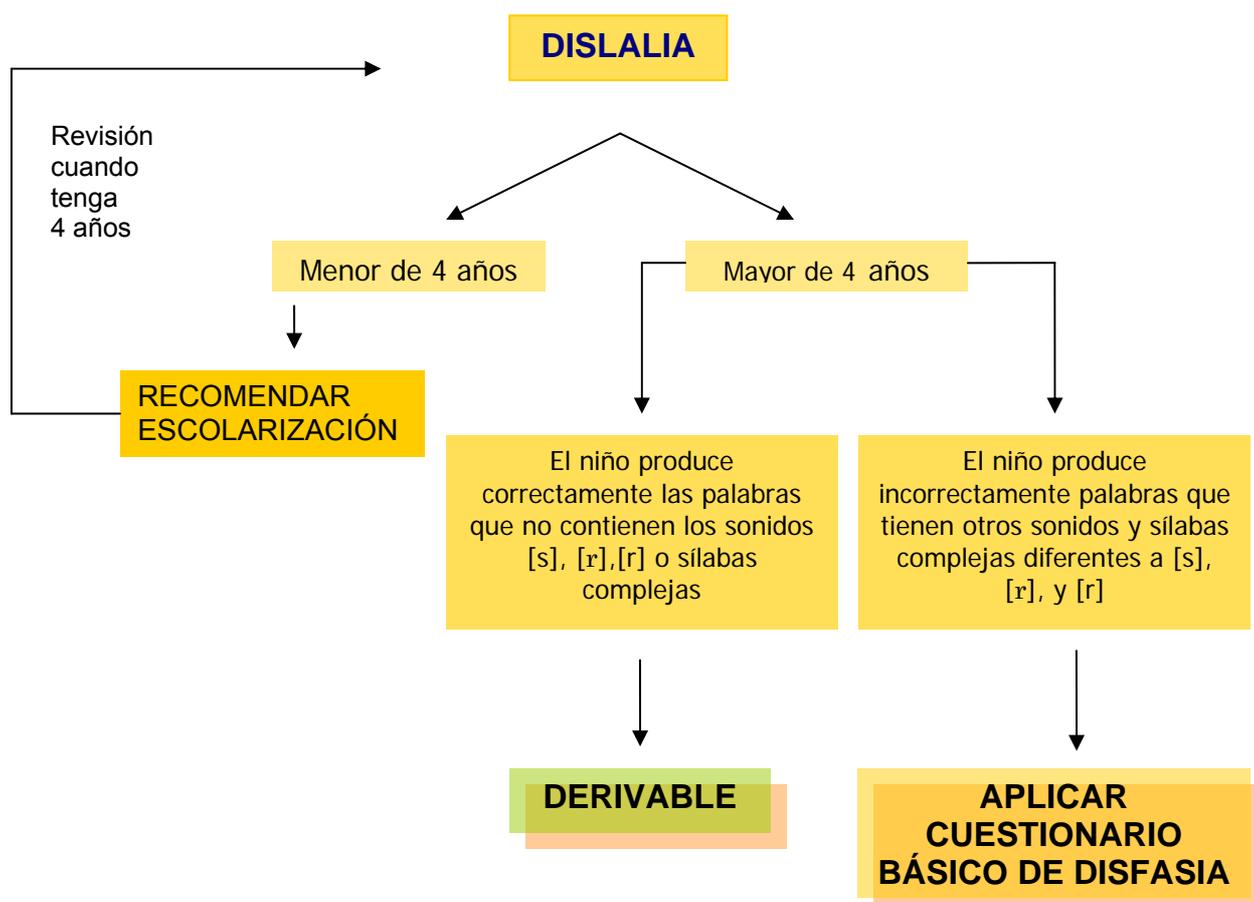
La adquisición del sistema fonético del español en el desarrollo normal finaliza a los 6-7 años, siendo la vibrante múltiple el último sonido en adquirirse. Por tanto, con una edad inferior se considera normal que un niño no produzca correctamente la [r].

Es muy importante establecer la diferencia con el Trastorno Fonológico que afecta a la representación mental y organización de los sonidos, produciéndose diferentes procesos fonológicos, siendo los más frecuentes las sustituciones de unos sonidos por otros (/tirápa/ → jirafa, /papáto/ → zapato, /fwéto/ → fuego), las reducciones de sílabas complejas (/pátano/ → plátano, /totúga/ → tortuga, /péne/ → peine), y una menor inteligibilidad del habla. Este trastorno afecta al correcto desarrollo del Sistema Fonológico.

En los casos de Dislalia el niño no sabe pronunciar 2 o 3 sonidos y no los produce correctamente en ninguna ocasión, pero las palabras que no contienen dichos sonidos son bien pronunciadas.

Derivación para diagnóstico

A partir de 4 años.



2.4 TARTAMUDEZ O DISFEMIA

Definición

La tartamudez es un trastorno que afecta fundamentalmente a la fluidez del habla. Las alteraciones o disfluencias más representativas consisten en repeticiones de sonidos (“p..p..p..papá”), sílabas (“mi..mi..mi..mío”), palabras (“pero..pero..pero dámelo”) o frases, así como prolongación de sonidos (“eeeeese niño”), bloqueos (“mi padre {silencio}.....se llama Juan) o segmentación de palabras (“vamos to...dos a casa”).

La evolución del trastorno puede pasar por ciclos de mejora y empeoramiento, es más, se caracteriza por esa variabilidad. Entre los 2 ½ y los 4 años es cuando aparece más frecuentemente el habla disfluyente, debido a que en este periodo confluyen en el desarrollo del niño grandes avances en cuanto a su desarrollo lingüístico, social, motor y emocional. No obstante, las disfluencias pueden aparecer en cualquier momento del desarrollo.

La derivación precoz al especialista para que se realice una valoración del caso es importante, pues se ha demostrado que cuando se interviene con rapidez aumenta significativamente la probabilidad de recuperación.

Clasificación y Sintomatología

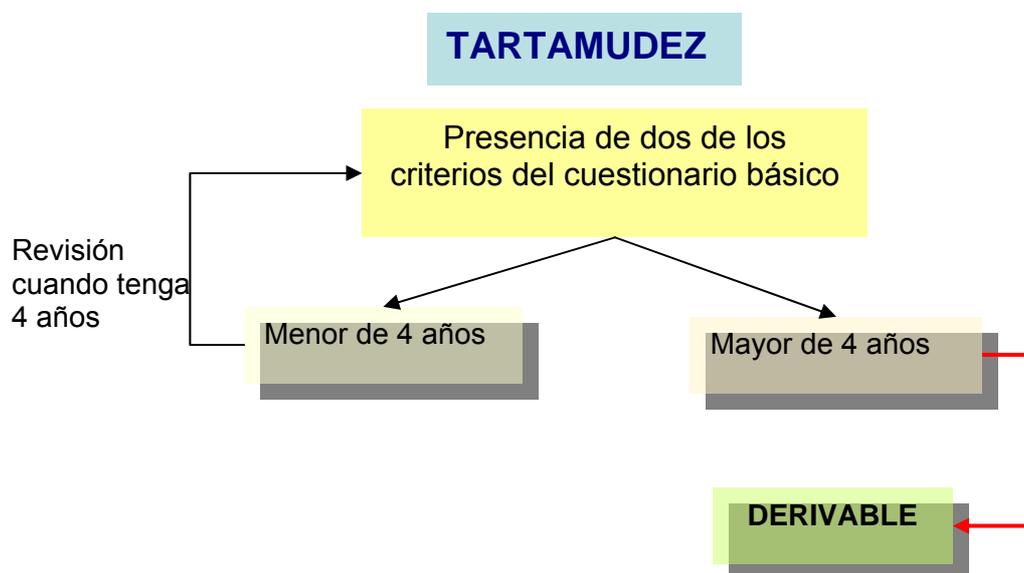
1. Tartajeo fisiológico de 2 a 3 años, no tratable.
2. Disfemia tónica – Interrupciones totales del habla por espasmo muscular tónico.
3. Disfemia clónica-Repeticion involuntaria de fonemas, silabas o palabras.
4. Disfemia mixta o tónico-clónica.

Cuestionario básico

- El niño no arranca a hablar, se atasca.
- El niño repite sonidos (por ejemplo “p..p..p...pato”), sílabas (“pa..pa..pato”), palabras o frases.
- El niño prolonga sonidos (por ejemplo “ssssapo” “mmmío”).
- Hay antecedentes familiares de tartamudez.

Derivación para diagnóstico

A partir de 4 años siempre que estén presentes dos criterios del cuestionario básico.



3. PATOLOGÍAS DE LA VOZ

3.1 DISFONIA

3.2 LARINGECTOMÍA

3.1 DISFONÍA

Definición.

Trastorno de la voz de origen orgánico o funcional que afecta a las cualidades de la voz (timbre, intensidad, tono) a su extensión tonal y a su duración. Su característica esencial es el enronquecimiento del timbre de la voz. El habla es forzada con una excesiva tensión en los músculos de cara, cuello y hombros. La respiración suele ser costal superior y el flujo aéreo espirado débil.

Clasificación

1. Funcionales:

- a) Disfonías Simples
- b) Disfonías Complicadas
- c) Puberfonías
- d) Disfonías Infantiles
- e) Disfonías Profesionales
- f) Disodeas
- g) Disfonías Psíquicas

2. Orgánicas:

- a) Disfonías orgánicas
- b) Erigmo fonías

Derivación para diagnóstico

Siempre que exista trastorno de voz con presencia sintomatológica mayor de 1 mes.

3.2 LARINGECTOMÍA

Definición

Técnica quirúrgica para la extirpación total o parcial de la laringe.

La evaluación y control del tratamiento vocal de estos pacientes incluye: la evaluación de las características acústico-perceptivas de la voz y la correcta aplicación de método o métodos aplicados para hablar (voz erigmofónica*); la habilidad para comunicarse en distintas situaciones; el control de los hábitos de higiene (estoma, cánula, etc..) y el control del tratamiento general en cuanto a integración social, estado psico-emocional, etc.

*Voz erigmofónica.- forma sustitutiva de fonación que implica la retención del aire con el esfínter esofágico. Se usa exclusivamente en laringectomía total.

Derivación para diagnóstico

Esta patología se da fundamentalmente en el adulto, si se diese en niños sería derivable siempre.

4. PATOLOGÍAS MENTALES

**4.1 TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA
(TEA)**

**4.2 TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN
E HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

4.1 TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Definición- Clasificación:

Los trastornos del espectro autista constituyen un grupo de patologías que denominados trastorno generalizado del desarrollo. Los principales son el Autismo Infantil y el síndrome de Asperger.

El Autismo Infantil o síndrome de Kanner se caracteriza por:

- a) presencia de un desarrollo alterado o anormal que se manifiesta antes de los 3 años de edad.
- b) por un tipo de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social, comunicación y comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado.

Además de estas características clínicas específicas, son comunes una variedad de problemas no específicos, tales como fobias, alteraciones del sueño y alimentación, rabietas y autoagresiones.

El síndrome de Asperger es un trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo de la interacción social propio del autismo, además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses. Difiere del autismo en que no hay déficits o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. Se asocia frecuentemente a torpeza motora marcada. Pueden presentarse episodios psicóticos de forma ocasional al comienzo de la edad adulta. Se caracteriza por:

Criterios de identificación:

La población autista tiene como dificultades esenciales la disfunción en el lenguaje y comunicación, en la interacción social recíproca y los comportamientos estereotipados, rígidos y extraños. Además, un 80 % de la población con autismo tiene retraso mental.

Algunos de los síntomas más frecuentes orientan hacia la existencia de una posible patología intercurrente como el comportamiento autoagresivo, las alteraciones en el sueño, la heteroagresividad, las alteraciones en el comportamiento o el empeoramiento del nivel funcional previo. Todos ellos son síntomas que en la población general suelen significar patología psiquiátrica y en la población autista no.

Los pacientes con TEA requieren una adecuación de la atención sanitaria:

- porque no pueden decir que tienen dolor, aunque tengan lenguaje.

- porque tienen dificultades para localizar el origen del dolor o malestar.
- porque tienen especiales dificultades fuera de su entorno habitual, pudiendo tener alteraciones comportamentales graves.
- porque tienen alterada la capacidad de relación social.

Los TEA se asocian en ocasiones con patología orgánica subyacente relacionada con el propio autismo (síndromes genéticos, alteraciones metabólicas, etc.).

Por las características propias de la población autista se aconsejan revisiones más frecuentes, que la valoración se centre menos en datos subjetivos y se realicen pruebas objetivas.

Exige además reducciones del tiempo de espera, utilización de ayudas técnicas especiales, formación-especialización de personal sanitario y contar con apoyos de profesionales de atención directa (terapeutas, educadores, psicólogos etc.) que acompañen en todo momento a la persona con autismo, con el fin de facilitar las medidas sanitarias suficientes para poder proporcionar una atención médico-sanitaria más comprensiva y ajustada a las necesidades de este colectivo.

Para su correcta identificación se utilizan dos escalas básicas: Escala de verificación para el autismo para niños pequeños modificada (MCHAT), entre los 16 y 30 meses de edad, y la Escala Autónoma, si tiene más de 5 años de edad.

Derivación para diagnóstico:

Es una patología siempre derivable a Salud Mental Infanto-Juvenil para diagnóstico, desde donde se remitirá si lo precisa al Servicio de Rehabilitación para pauta de logopedia.

4.2 TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Definición- Clasificación

Los “trastornos hipercinéticos” son un grupo de patologías caracterizados por comienzo precoz (normalmente en los cinco primeros años de vida), falta de persistencia en las tareas que requieren un esfuerzo intelectual y tendencia a cambiar de una actividad a otra sin concluir ninguna. Llevan una actividad desorganizada e irregular y excesiva. Pueden asociarse otras anomalías:

- Son niños descuidados e impulsivos.
- Propensos a accidentes y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más por desafío deliberado de las mismas que por falta de premeditación.
- Sus relaciones con los adultos suelen ser socialmente desinhibidas, con falta de la prudencia y reservas naturales.
- Es frecuente el déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y el lenguaje.
- Las complicaciones secundarias más habituales incluyen el comportamiento disocial y la baja autoestima.

Según la clasificación norteamericana DSM-IV se distinguen tres tipos de Trastorno de déficit de atención por hiperactividad:

- 1) TDAH con predominio de inatención: si se cumplen criterios de déficit de atención pero no de hiperactividad - impulsividad en los últimos seis meses.
- 2) TDAH con predominio de hiperactividad: si se cumplen criterios de hiperactividad - impulsividad pero no de inatención durante los últimos seis meses.
- 3) TDAH tipo combinado: cuando se cumplen ambos criterios en los citados seis meses.

Criterios de identificación

Los criterios normalizados del DSM-IV fijan estándares clínicos para establecer el diagnóstico del TDAH y de cada subtipo, de acuerdo a la presencia o no de una serie de síntomas y a su grado de intensidad. El subtipo más común es el que combina los trastornos de la atención con hiperactividad e impulsividad (60%). Los subtipos puros son menos frecuentes (déficits atencionales, 30%; hiperactividad e impulsividad, 10%). Por ahora, "no hay pruebas de laboratorio que hayan sido establecidas como diagnósticas en la evaluación clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad".

Un diagnóstico idóneo supone no sólo presencia de los síntomas (evaluados por medio de los criterios normalizados del DSM-IV o de la CIE-10), sino

además, como consecuencia de los mismos, una perturbación significativa en áreas importantes para la persona, como las relaciones familiares, las académicas, las laborales y las recreativas.

El TDAH no es un trastorno del aprendizaje, aunque en muchos casos curse simultáneamente con desórdenes de ese tipo. Son en concreto los síntomas atencionales los que están más relacionados con los trastornos del aprendizaje. Un bajo rendimiento escolar no es condición necesaria ni suficiente para establecer el diagnóstico; no obstante, la importancia de estos trastornos radica en que suelen motivar la consulta y habilitar un diagnóstico temprano en aquellos casos en que se cumplen los criterios.

Con respecto a los síntomas de hiperactividad motora, pueden o no estar presentes, pero en caso de estarlo, son fácilmente detectados por el entorno del niño y favorecen la exploración clínica del problema.

La particular idiosincrasia del trastorno los resultados de las pruebas psicométricas de cociente intelectual, que exigen un mantenimiento sostenido de la atención, limitando la capacidad efectiva de medir adecuadamente el CI del sujeto.

Es muy frecuente que el trastorno aparezca en adolescentes y adultos unido a otras psicopatologías, comórbidas al TDAH como son por ejemplo el trastorno oposicionista desafiante o el trastorno disocial.

Derivación para diagnóstico.

Es una patología derivable según criterios. Los tres principales trastornos del aprendizaje que se dan en el TDAH son el trastorno de lectura, el de las matemáticas y el de la expresión escrita, que son propios del Sistema Educativo. La derivación para realización de logopedia corresponderá ser decidida por el profesional de salud mental que atiende a la población infanto-juvenil, quien lo remitirá al Servicio de Rehabilitación.

CUADRO DE PATOLOGÍAS

	DERIVABLES SIEMPRE	DERIVABLES SEGÚN CRITERIOS
PATOLOGÍAS DEL LENGUAJE	AFASIA	T.E.L./DISFASIA
PATOLOGÍAS DEL HABLA	DISARTRIA	PATOLOGÍAS OROFACIALES →De origen funcional
	DISGLOSIAS →De origen anatómico	TARTAMUDEZ
		DISLALIA
PATOLOGÍAS DE LA VOZ	LARINGECTOMÍA	DISFONÍA
PATOLOGÍAS MENTALES*		Trastornos del espectro autista (TEA)
		Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

* a Salud Mental Infanto Juvenil

INFORMACION SOBRE LA PRESTACIÓN DE LOGOPEDIA EN HOSPITALES Y CENTROS CONCERTADOS

La prestación de logopedia, como procedimiento terapéutico de rehabilitación, incluida en la cartera de servicios de atención especializada, se viene realizando por medios propios del Servicio Madrileño de Salud o por contratación externa mediante la convocatoria de concurso público, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

El Contrato Marco Cajal, actualmente vigente desde el año 2006, incluye distintas prestaciones de rehabilitación entre las que se incluye la logopedia.

El contrato obliga al tratamiento completo del proceso, independientemente del número de sesiones necesarias para su adecuada rehabilitación, mostrando a modo orientativo el número medio de sesiones para cada proceso, tal como se recogen en la tabla siguiente.

MODALIDAD		Tratamiento logopeda		Tratamiento supervisado por logopeda		Tratamiento en grupo	
		Nº de sesiones	duración sesión	Nº de sesiones	duración sesión	Nº de sesiones	duración sesión
PATOLOGÍAS							
PATOLOGÍAS DEL LENGUAJE	AFASIA	20	30 min.	20	30 min.	20	60 min.
		40	45 min.	40	15 min.		
	DISFASIA	10	30 min.	10	30 min.	60	60 min.
		10	45 min.	10	15 min.		
PATOLOGÍAS DEL HABLA	DISARTRIA	5	30 min.	5	30 min.	40	60 min.
		5	45 min.	5	15 min.		
	DISGLOSIA Y PATOLOGÍAS OROFACIALES	5	30 min.	5	30 min.	30	60 min.
		5	45 min.	5	15 min.		
	DISLALIA	2	30 min.	2	30 min.	60	60 min.
	TARTAMUDEZ	6	30 min.	6	30 min.	50	60 min.
PATOLOGÍAS DE LA VOZ	DISFONÍA	6	30 min.	6	30 min.	30	60 min.
	LARINGECTOMÍA	5	30 min.	5	30 min.	30	60 min.

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

- **TRASTORNO DE LA LECTURA: DISLEXIA EVOLUTIVA**
- **TRASTORNO DE LA ESCRITURA: DISGRAFIA EVOLUTIVA**
- **TRASTORNO DEL CÁLCULO: DISCALCULIA**

TRASTORNO DE LA LECTURA: DISLEXIA EVOLUTIVA

Definición

La dislexia evolutiva es un trastorno cognitivo del desarrollo cuyo signo principal es la dificultad para aprender a leer, que no se explica por razones intelectuales, escolares o socioculturales. El punto de corte para el diagnóstico de este trastorno se sitúa en dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado.

Las técnicas de neuroimagen y los estudios genéticos han puesto de manifiesto que en el cerebro existen alteraciones estructurales (ausencia de asimetría cerebral, deficiencias en el sistema magnocelular, diferencias en tamaño y forma del cuerpo calloso, simetría cerebelosa) y funcionales (patrón diferente de activación cerebral). Asimismo, la actividad lectora depende de estructuras cerebrales destinadas a otros procesos (sistema visual de reconocimiento de patrones, sistema fonológico, sistema semántico, sistema motor, etc.); esto explica que la dislexia incluya un grupo bastante heterogéneo de trastornos.

Criterios de identificación

- Alteraciones significativas en las tareas de conciencia fonológica.
- Dificultad en la memoria de trabajo fonológica.
- Dificultad para la asociación fonema-grafema.
- Dificultades en la comprensión lectora.
- Errores frecuentes de precisión (omisiones, sustituciones, inversiones) y de mecánica lectora (rectificaciones, repeticiones, vacilaciones).
- Diferencia significativa superior a dos años en el proceso lector.

Clasificación

- Dislexia Fonológica: La ruta fonológica está alterada, por lo que se realiza la lectura por la ruta léxica, siendo los errores más frecuentes en pseudopalabras, en palabras que comparten el mismo lexema y en palabras de función.
- Dislexia Superficial: Supone una alteración de la ruta léxica. Leen todas las palabras -frecuentes e infrecuentes- y las pseudopalabras a través de la ruta fonológica. Presentan errores en palabras irregulares.
- Dislexia Mixta: Alteración de ambas rutas.

Derivación para diagnóstico

Se remitirá cuando la demanda por escrito provenga del EOEP de Educación y se aporte Informe de Evaluación, y el objetivo será exclusivamente el diagnóstico diferencial.

TRASTORNO DE LA ESCRITURA: DISGRAFIA EVOLUTIVA

Definición

La disgrafía evolutiva es un trastorno cuyo signo principal es la dificultad para el aprendizaje de la escritura en niños con una inteligencia normal, buen ambiente familiar y sociocultural, adecuada escolaridad y aspectos perceptivos y motores normales.

Interfiere de manera significativa en el rendimiento académico y en las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos.

Clasificación y Criterios de Identificación según los tipos:

La clasificación de este trastorno se realiza en base al inadecuado funcionamiento de alguno de los procesos cognitivos que intervienen en la escritura:

- **Trastorno de los procesos de planificación:** se refiere a la realización de las diferentes operaciones de selección y organización de la información que se quiere transmitir.
- **Trastorno de los procesos sintácticos:** implica la construcción de oraciones gramaticalmente admisibles, así como a la indicación de los rasgos prosódicos (uso adecuado de signos de puntuación) y a la separación de las palabras que componen una oración.
- **Trastorno de los procesos léxicos:** se refiere, en primer lugar, a los problemas para encontrar las palabras precisas que les permitan expresar el mensaje (porque su léxico es muy reducido o por las dificultades de acceder a él). Una vez seleccionada la palabra, el siguiente estadio va dirigido a conseguir la forma ortográfica de dicha palabra. Aquí aparecen dos tipos de dificultades:
 - Referidas a la ruta fonológica: la aplicación de las reglas de conversión fonema-grafema (errores de omisión, adición y/o sustitución de letras, inversión de los rasgos de las letras e inversión de letras dentro de una palabra).
 - Referidas a la ruta ortográfica: la recuperación de la representación ortográfica de las palabras directamente del léxico mental (errores en palabras formadas con sonidos de doble representación grafémica).
- **Trastorno de los procesos motores** implicados en la representación de la palabra mediante signos gráficos:
 - Referente a la selección de alógrafos.
 - Referente a la recuperación del patrón motor correspondiente al alógrafo: secuencia, dirección y tamaño proporcional de los rasgos.

- Referente a la organización general: espacio interlineal, espacio entre las palabras, márgenes, etc.

Derivación para diagnóstico

Se remitirá cuando la demanda por escrito provenga del EOEP de Educación y se aporte Informe de Evaluación, y el objetivo será exclusivamente el diagnóstico diferencial.

TRASTORNO DEL CÁLCULO: DISCALCULIA

Definición

El trastorno del cálculo se caracteriza por una alteración significativa para aprender a contar, realizar cálculos matemáticos simples, conceptualizar series de objetos y pensar desde el punto de vista espacial.

Este trastorno no es producto de un déficit intelectual, ni de una inadecuada escolarización, ni de problemas visuales o auditivos.

Se considera que la base del problema es el “sentido del número” entendida como la habilidad para representar, entender y manipular mentalmente y con rapidez magnitudes numéricas en una línea interna de número (análogo a la conciencia fonológica en la lectura), lo que alteraría la habilidad para monitorizar y formar números.

Los déficit pueden apreciarse al copiar formas, así como en la memoria para el cálculo, en la secuencia de los números y del procedimiento y en la denominación de los conceptos y operaciones matemáticas.

Clasificación y Criterios de Identificación según los tipos:

La clasificación de este trastorno puede realizarse en base al inadecuado funcionamiento de las siguientes áreas.

- **Trastorno de las destrezas lingüísticas:** deficiencias relacionadas con la comprensión de términos matemáticos y la conversión de problemas matemáticos en símbolos matemáticos.
- **Trastorno de las destrezas de percepción:** dificultad en la capacidad para reconocer y entender los símbolos, así como para ordenar grupos de números.
- **Trastorno de las destrezas matemáticas:** incluye la dificultad con las operaciones básicas y sus secuencias.
- **Trastorno de las destrezas de atención:** se trata de dificultades en copiar figuras y observar los símbolos operacionales correctamente.

Derivación para diagnóstico

Se remitirá cuando la demanda por escrito provenga del EOEP de Educación y se aporte Informe de Evaluación y el objetivo será exclusivamente el diagnóstico diferencial.

CUADRO DE TRASTORNOS

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

DERIVABLES

CON EL OBJETIVO ÚNICO DE
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y CON
PETICIÓN EXPRESA DEL E.O.E.P.

DISLEXIA EVOLUTIVA

DISGRAFÍA EVOLUTIVA

DISCALCULIA

GRUPO DE TRABAJO

Abón Santos, Alejandro, Director Médico G.A.P. Área 8.

López-Táppero Sainz, José, Médico Adjunto de Rehabilitación del Hospital Universitario la Paz.

Sánchez Callejas, Silvia, Médico Adjunto de Rehabilitación del Hospital. Universitario 12 de Octubre.

Ubach Badía, Belén, Directora Médico de G.A.P. Área 1.

Vázquez Castro, Jesús, Director Médico de G.A.P. Área 5.

COLABORADORES

Andueza Echevarria, Asunción, Médico Adjunto de Rehabilitación del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Barrio Sotillos, Rosario, Jefa de Sección de Rehabilitación del Hospital Central de la Cruz Roja S. José y Sta. Adela.

Díaz García, Fermín, Jefe de Sección de Rehabilitación del Hospital Universitario la Paz.

Jiménez Cosmes, Lorenzo, Jefe de Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Mur de Viu, Carlos, Coordinador Asistencial de la Ofical Regional de Salud Mental.

Nieto Sánchez, Esther, Jefa de Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Núñez Núñez, Concepción, Médico Adjunto de Rehabilitación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Pascual Gómez, Felipe, Jefe de Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico San Carlos.

Ruiz Molina, Diego, Jefe de Servicio de Rehabilitación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Valverde Carrillo, Dolores, Jefa de Sección de Rehabilitación del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

COORDINACIÓN

de Andrés de Colsa, Rosa M^a, Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales.

Nicolás Bueno, Concepción, Técnico de Apoyo de la Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales.

Antonio Burgueño Carbonell, Director General de Hospitales.

Foto de portada: <http://1kids.net/blog/>