

Actuación ante trastornos del habla y de la voz "disglosias" a través de: La Terapia Miofuncional

Autor: Muñoz Serrano, Catalina Laura ("Maestro. Especialidad en Educación Infantil", Maestra de Educación Infantil).

Público: Especialista de audición y lenguaje, logopeda, equipo de maestros de educación primaria. **Materia:** Audición y lenguaje.

Idioma: Español.

Título: Actuación ante trastornos del habla y de la voz "disglosias" a través de: La Terapia Miofuncional.

Resumen

El déficit mecánico articulatorio, se origina al existir una mala configuración de los órganos que participan en la producción fonética. La alteración estructural dificulta el movimiento para la correcta articulación de los fonemas y ocasiona patología en la producción del habla. Por ello elegimos la terapia miofuncional ya que tiene como fin último lograr el equilibrio anatómico y funcional de las estructuras y de la musculatura orofacial posibilitando un desarrollo y crecimiento normalizado de las mismas.

Palabras clave: disglosia, terapia miofuncional.

Title: Performance before speech and voice disorders "disglosias" through: Myofunctional Therapy.

Abstract

The articulatory mechanical deficit, originates to exist a bad configuration of the organs that participate in the phonetic production. The structural alteration hinders the movement for the correct articulation of the phonemes and causes pathology in the production of speech. That is why we choose myofunctional therapy since it has as its ultimate goal to achieve the anatomical and functional balance of the structures and the orofacial musculature, enabling their normal development and growth.

Keywords: Dysglossia, myofunctional therapy.

Recibido 2018-08-12; Aceptado 2018-09-04; Publicado 2018-09-25; Código PD: 099065

1. INTRODUCCIÓN.

Supongamos que nos encontramos con un niño de 8 años de edad que presenta una disglosia adquirida, la disglosia es causada por una base estructural anómala de los órganos periféricos del habla y de origen no neurológico central; puede ser congénita o adquirida, el niño en cuestión presenta una maloclusión dental por mal hábito oral y una deglución atípica. Desde Educación Infantil y revisando su historial encontramos que ha llevado chupete hasta casi cuatro años a lo que se suma un hábito de succión prolongado, comidas tipo purés y carnes fáciles de masticar, poca cantidad de comida, respiración siempre oral inclusive comiendo y durmiendo por lo que siempre lleva los labios resecos. Presenta problemas de mucosidad y otitis, lengua protráctil y una mordida abierta en la región anterior puesto que presenta protrusión de los incisivos anteriores, todo ello queda reflejado en la poca armonía facial. En cuanto a la deglución no hay cierre labial siendo el labio inferior el que intenta subir para cerrar, con labio superior hipotónico, no hay fuerza en la masticación lo que ha derivado en la extensión del cuello por la dificultad de deglución del bolo alimentario; por lo que encontramos dos posibles causas: *generales* en las que vamos a resaltar la mala alimentación y *locales* en las que nos encontramos con malos hábitos (chupete, succión del pulgar hasta los dos años, carnes blandas), así como respiración bucal frecuente por un posible caso de Adenoide Hipertrófico lo que ocasiona la mucosidad constante y las otitis. Además, debemos resaltar que encontramos una disfunción en la deglución lo que ha ocasionado junto a los malos hábitos del niño una mala oclusión dental a lo que sumamos que la respiración oral constante ha establecido un paladar ojival. Por todo ello presenta una dificultad en la pronunciación de algunos fonemas; el fonema /s/ es sustituido, y distorsiona los fonemas /t/, /d/, /r/, /n/, y /l/.

2. INTERVENCIÓN Y PAPEL DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES IMPLICADOS.

Para conseguir una buena efectividad en el tratamiento que llevaremos a cabo, será muy necesario un enfoque global, que aglutine los esfuerzos de todos los profesionales. Desde el centro escolar se debe tener una reunión con los padres para establecer una serie de acciones que deberán llevar a cabo en algunos momentos de manera conjunta entre el centro.

Los especialistas que deben entrar entonces en acción son:

- El **ortodoncista**. Para la corrección de las maloclusiones. Contamos con diferentes tipos de aparatología: Aparato removible, aquel que puede ser extraído fácilmente de la boca por el propio paciente o aparatología fija multibrackets, complementada, en ocasiones, con arcos completos y elásticos intermaxilares. Este último tipo de aparatos suelen reservarse para la corrección de maloclusiones para la dentición mixta y permanente; por lo que es el recomendado para nuestro alumno.
- El **psicólogo del centro**. La psicología conductual trata de organizar y corregir comportamientos inadecuados que generan desadaptación en el individuo tanto en el plano físico como psíquico.
- El **Logopeda del centro**. Muchos autores que han estudiado la etiología y patogenia de la maloclusión dentaria creen que se debe a movimientos de deglución y de habla defectuosos, y que a veces los dientes vuelven a su posición inicial a pesar de una ortodoncia correcta. Por ello y para evitarlo, destacaremos que los ejercicios de rehabilitación logopédica son de gran importancia.
- Debemos tener en cuenta también al **equipo de maestros** del centro educativo y por supuesto y como máxima importancia, a la colaboración de **la familia**.

3. TRATAMIENTO LOGOPÉDICO.

Los logopedas especialistas en este campo, son los encargados de la intervención. Esta terapia se descompone en tres tiempos esenciales: supresión de obstáculos y malos hábitos, educación de la musculatura oro-facial (lengua, labios, músculos masticatorios...) y fijar el nuevo esquema funcional en el subconsciente.

El objetivo primordial es conseguir adaptar el movimiento a las estructuras para mejorar la funcionalidad de los órganos a través de la aplicación de técnicas y ejercicios motores. Para ello deberemos marcarnos unos objetivos generales tales como: modificar la postura corporal, establecer un patrón deglutorio adecuado, automatizar un patrón muscular funcional en el momento de la deglución, eliminar la tensión como medida previa para la respiración, adquirir patrones correctos de respiración y soplo, reeducar patrones musculares inadecuados, lograr las condiciones necesarias para obtener una correcta articulación, conseguir la adecuada producción de los fonemas, eliminar malos hábitos e instaurar nuevos comportamientos.

La metodología más apropiada es llevar a cabo una **Terapia Miofuncional**: Borrás & Rosell (2008) definen la terapia miofuncional como “una disciplina que se encarga de prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones orofaciales que pueden interferir, tanto en la producción del habla, como sobre la estructura de los dientes y las relaciones maxilares”. La Terapia Miofuncional es una técnica que favorecerá la corrección de los desequilibrios en la musculatura orofacial, ayudará a la creación de nuevos patrones en la deglución y en la articulación del habla, y evitará que se produzcan ciertos hábitos que resultan nocivos.

En la terapia miofuncional se realizan tres tipos de ejercicios, estos son, isotónicos, isométricos e isocinéticos.

A continuación, se refleja de forma breve algunas de las diferentes actividades.

- En posición de decúbito supino y con los ojos cerrados: Se facilita un globo al paciente el cuál lo colocará entre su mano y su abdomen. Se le explica de forma previa que debe inspirar por la nariz y sentir como el globo asciende para posteriormente descender expulsando el aire por la boca. Una vez interiorizado, se le pide que lo realice en sedestación y en bipedestación.

- Sentarse de manera correcta corporalmente para realizar diferentes ejercicios.
- Hacer que se muevan unos papelitos sujetados cerca de la nariz con el aire saliente de la cavidad nasal.
- Crioterapia: Se utilizará un material frío que potencia la contracción muscular.
- Praxias o Protrusión labial: Se consigue la contracción de los labios y la relajación de los músculos elevadores del labio superior; así como la adecuada pronunciación de los fonemas distorsionados.
- Para que el paciente se adapte a la prótesis se recomienda practicar ejercicios diarios de lectura en voz alta.
- Abrir y cerrar la boca.

- Realizar una “O” con los labios, posteriormente everterlos y, por último, contraer los músculos elevadores del labio superior.
- Mantener con sus labios un corcho, cada vez de tamaño más pequeño.
- Explicar de manera detallada el mecanismo de deglución adecuado. Para ello, se podrá hacer uso de un espejo, mostrándole al niño, e indicándole, potenciando la propiocepción, el lugar adecuado de posicionamiento lingual.
- Alguna vez pedir al paciente que lleve comida para explicarle como se come tanto a él como a su entorno.
- Generalizar lo aprendido a la vida cotidiana de forma natural e ir mejorando en estos nuevos hábitos de manera continuada.

La decisión de dar de alta dependerá de muchas variables: la evolución del habla, la inclusión de una adecuada deglución en su vida diaria o el cambio de respiración oral a respiración nasal. Antes de dar por finalizada nuestra intervención debemos estar seguros de que ha generalizado sus aprendizajes registrando las consecuciones que se han generado desde las recogidas en cuanto al trastorno inicial. Debemos tener en cuenta que el logopeda debe seguir unas actuaciones tras retirarle el aparato corrector que haya llevado.

4. CONCLUSIÓN.

El déficit mecánico articulatorio, generado por las diferentes alteraciones anteriormente expuestas, se origina al existir una mala configuración de los órganos que participan en la producción fonética. La alteración estructural dificulta el movimiento para la correcta articulación de los fonemas y ocasiona patología en la producción del habla. Por ello elegimos la terapia miofuncional ya que tiene como fin último lograr el equilibrio anatómico y funcional de las estructuras y de la musculatura orofacial posibilitando un desarrollo y crecimiento normalizado de las mismas, contribuye a reducir el tiempo de intervención ortodóncica, aumenta la participación activa del paciente en el proceso de intervención, disminuye el riesgo de recidivas respecto a un patrón deglutorio incorrecto, potencia los resultados del tratamiento ortodóncico y establece el balance muscular orofacial normal

Bibliografía

- - Borrás, S. & Rosell, V. (2008). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. 3ª Edición. Valencia: Nau Llibres.
- Catalina Laura Muñoz Serrano.