



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 16 – MARZO DE 2009

## “TERAPIA MIOFUNCIONAL EN NIÑOS CON DEGLUCIÓN ATÍPICA”

AUTORÍA <b>VIRGINIA ARAGÓN JIMÉNEZ</b>
TEMÁTICA <b>AUDICIÓN Y LENGUAJE</b>
ETAPA <b>EI, EP,ES</b>

### Resumen

A lo largo de estas líneas se ofrecen unas nociones básicas de cada uno de los aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de intervenir con un alumno que presenta una deglución atípica, bien asociado a una patología más compleja (parálisis cerebral, disglosia...) o simplemente de tipo funcional. Primeramente habrá que hacer una diferenciación entre lo que se considera una deglución normal y una deglución atípica, para posteriormente realizar una evaluación exhaustiva de todos los órganos implicados en proceso, determinando sus necesidades y así establecer el programa de intervención más adecuado al caso.

### Palabras clave

Deglución

Terapia miofuncional

Musculatura orofacial



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

## 1- INTRODUCCIÓN.

Las praxias del habla son las mismas que las de la deglución, esto es, la lengua toca en la deglución los mismos puntos de articulación de los fonemas.

Las funciones reflejo- vegetativas de respiración, succión, masticación y deglución son consideradas funciones previas que preparan los mecanismos del lenguaje articulado.

Enseñando a un niño a respirar bien y alimentarse correctamente, se le está preparando para hablar y si todas estas funciones se desarrollan dentro de sus patrones correctos, van a influenciar de forma positiva en la definición de formas y contornos de las arcadas dentarias, en la mímica expresiva y en la articulación.

Pero, ¿en qué consiste la deglución? Ésta se produce por el paso de los alimentos desde la boca al estómago como consecuencia de movimientos musculares de la faringe, del esófago y del cardias. Su función debe realizarse de forma mecánica y ordenada, existiendo un equilibrio en las características orofaciales del individuo y una coordinación con la respiración.

Alteraciones en la dentición, en la morfología maxilar, factores de tipo genético, presencia de disglosias, etc, pueden afectar a dicha función hasta convertirlas en un proceso largo y costoso, con una musculatura poco efectiva.

Algunas de las causas que determinan la presencia de una deglución atípica podrían ser:

- De carácter psicológico: deficiencia mental.
- De carácter neurológico: disartrias.
- De carácter orgánico: disglosias.
- Por malos hábitos: succión digital, respiración oral, interposición lingual o labial al tragar, abuso del chupete o biberón...

La terapia miofuncional sería la disciplina que se encarga de reeducar y rehabilitar estos trastornos de respiración, masticación, deglución y habla.

Por lo tanto a partir de una evaluación orofacial exhaustiva, podremos determinar las necesidades precisas que manifiesta el sujeto y establecer las líneas de intervención más adecuadas de manera que podamos superar estos problemas que dificultan el desarrollo adecuado del lenguaje en muchos niños.

El objetivo del presente trabajo es que el lector conozca los pasos que se dan en una deglución normal y atípica, de manera que a la hora de realizar una evaluación, se sepan conocer los aspectos deficitarios en el proceso y tras los resultados, establecer unas bases para su rehabilitación.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

## **2- FASES DE LA DEGLUCIÓN NORMAL.**

En la deglución normal podemos distinguir dos fases:

- Fase oral: voluntaria y controlable. La reeducación se centra en esta fase.
- Fase faríngea: refleja e involuntaria.

### **2.1- Fase oral o bucal.**

Esta fase incluye el corte, aprensión, trituración, molienda y salivación de los alimentos. El corte de un alimento sólido se realiza con los incisivos y es importante determinar la cantidad de comida que vamos a introducir en la cavidad bucal.

Mientras se mastica, se genera saliva y el bolo alimenticio pasa de un lado a otro trasladándose por la zona central de la lengua. Es importante el grado de trituración del alimento.

El alimento triturado con saliva se coloca sobre la lengua mediante movimientos mandibulares, linguales y contracciones de los músculos orbicular y buccinador. Después se sitúa entre el paladar y la región dorsoanterior lingual.

En esta fase oral o primer tiempo deglutorio voluntario:

- La mandíbula está ligeramente separada del maxilar superior y un poco adelantada.
- La lengua descansa en la boca con la punta tocando los alvéolos.
- El velo se encuentra inclinado hacia abajo y se apoya contra el dorso de la lengua.
- El pasaje nasal se encuentra abierto a través del conducto nasal.
- Los labios se encuentran juntos pero de forma pasiva sin ejercer ninguna fuerza.
- El ápice lingual se apoya contra la zona alveolar y genera saliva.

En el momento de tragar la lengua realiza un rápido movimiento de succión contra el paladar de delante hacia atrás, expulsando el bolo alimenticio hacia atrás. En este movimiento intervienen los músculos intrínsecos longitudinal superior y transversal de la lengua, y el músculo extrínseco lingual estigloso, cuya contracción logra que la porción posterior de la lengua ascienda.

Los músculos genihioides- milohioides, digástricos y estilohioides mueven el hioides hacia arriba y adelante hasta fijarlo.

Los músculos palatoglosos se contraen y cierran el pilar anterior del velo del paladar, pasando el bolo por el istmo de las fauces a la porción bucal de la faringe.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 16 – MARZO DE 2009

## 2.2- Fase faríngea.

En este momento el velo se levanta, cerrando el pasaje a la epifaringe y a la cavidad nasal. El dorso de la lengua se ha inclinado profundamente y la saliva se desliza a la mesofaringe, la cual está separada de la cavidad bucal por la lengua y la contracción de las fauces. La musculatura faríngea junto con la actividad del dorso de la lengua, transporta la saliva hacia la hipofaringe.

La actividad muscular cierra la faringe por arriba. La epiglotis se coloca horizontalmente y cierra la laringe por su parte superior. La laringe se eleva, aumentando así la presión mientras la saliva se coloca por encima de la epiglotis.

Para abrir el pasaje, la laringe se mueve hacia delante y algunas veces hacia arriba. Por la diferencia de presiones la saliva es dirigida con gran rapidez hacia el esófago, el cual ahora se abre. La punta de la epiglotis es “tragada” con la saliva, retornando pasivamente hacia abajo para cubrir la laringe.

El pasaje aéreo es cerrado de manera parcial por el dorso de la lengua y por la contracción de la laringe. Cuando el acto de tragar se completa, el pasaje aéreo se abre nuevamente por el descenso del paladar blando y la faringe se llena de aire a través de la nariz.

## 3- DEGLUCIÓN ATÍPICA.

En general la deglución atípica se define como la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias durante la deglución.

Existen una serie de características que comparten todos aquellos niños que presentan una deglución atípica:

### *Características anatómico- funcionales:*

- Falta de sellado labial.
- Labios hipotónicos.
- Respiración oral.
- Lengua hipotónica en posición avanzada o interdental.
- Maloclusiones dentales y maxilares.

### *Características deglutorias:*

- Torpeza al realizar movimientos deglutorios de delante hacia atrás.
- Bolo alimenticio formado contra los incisivos.
- Masticación en la zona anterior de la boca y no con los molares.
- Maleteros laxos.
- Contracción labial durante la deglución.
- Los labios no sirven de muro de contracción por lo que suelen aparecer restos de alimentos y saliva en los labios.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- Movimientos acompañados de cabeza y cuello.
- Suele encontrarse paladar ojival estrecho que desubica la posición de la lengua.

*Características en el habla:*

- Dificultades articulatorias habituales con los fonemas /s/ o /r/.

A continuación veremos de forma más detallada, los tipos de degluciones atípicas que aparecen con más frecuencia.

### **3.1- Deglución con interposición lingual.**

En este tipo de deglución, en el momento de tragar, los dientes no se ponen en contacto. La lengua se aloja en los incisivos empujándolos, pudiendo a veces interponerse entre los molares y premolares.

La interposición de la lengua en la parte frontal o lateral produce la mordida abierta anterior o lateral. La actividad labial tiene una influencia dental y alveolar capaz de producir un apiñamiento de los incisivos.

En estos casos de interposición lingual, el entrenamiento está basado en un patrón correcto, con los dientes en oclusión y la lengua en su adecuada posición para resolver los problemas dentoalveolares.

### **3.2- Deglución con interposición labial.**

Se produce por la interposición del labio inferior entre los dientes frontales, en el momento de deglutir.

En posición de descanso no suele haber contacto labial. A pesar de que los labios no están juntos, la respiración es nasal porque la faringe está separada de la cavidad bucal por el velo que se apoya contra el dorso de la lengua.

Al empezar la deglución, la mandíbula se desliza hacia atrás para conseguir la oclusión y el labio inferior va a colocarse más atrás aún de los incisivos. La acción se realiza con una mayor movilidad mandibular que lo normal.

Para sellar la cavidad bucal en la zona frontal, el labio inferior y la borla de la barba se contraen fuertemente contra los incisivos inferiores.

En la masticación, ambos labios son activos y están en contacto, pero la actividad del labio inferior es mayor que en los casos normales.

### 3.3- Síndrome del respirador bucal.

La respiración bucal se relaciona con las deformidades de la arcada dentaria y del paladar duro, el estrechamiento facial y el hipodesarrollo mandibular.

Cuando la respiración se realiza por la nariz se estimula el crecimiento de los maxilares conjuntamente con las demás funciones orofaciales. La respiración nasal filtra, purifica, calienta y humidifica el aire inspirado. El cambio de modo respiratorio, sea bucal o mixto, altera estas funciones.

El aire que entra directamente por la boca ya no recibe este tratamiento de limpieza, calentamiento y humidificación antes de pasar a las vías aéreas inferiores. Por lo tanto, el riesgo de infección es mayor.

Se habla de respiración oral o bucal cuando el niño de forma espontánea ventila por la boca en vez de realizarlo por las fosas nasales.

Esta afectación puede deberse a:

- Presencia de hipertrofia del tejido adenoideo.
- Hipertrofia amigdalina.
- Rinitis alérgica.
- Desviación del tabique nasal.
- Resfriados crónicos.
- Presencia de frenillo labial corto, macroglosia, que impide un correcto sellado labial.

El niño respirador oral suele tener:

- *Labios*: Labios superior corto, labios resecaos, labios hipotónicos, falta de sellado labial.
- *Dientes- encías*: Incisivos superiores emergentes, encías inflamadas.
- *Paladar*: Alto y estrecho.
- *Lengua*: Lengua hipotónica, en posición interdental.
- *Dificultades articulatorias*: Distorsión de sonidos /r/ velar y ceceo.
- *Maxilares*: Deformación provocada por la posición lingual y por la hipotonía muscular presente.
- *Pómulos*: Aplanados.
- *Postura*: Exageración de la curvatura cervical, cabeza y cuello adelantados, pecho hundido, hombros adelantados, curvatura lumbar aumentada y abdomen prominente.
- *Respiración*: Insuficiencia respiratoria, hipoventilación, presencia de apneas nocturnas que conducen a cansancio durante el día.
- *Enfermedades*: Frecuencia de resfriados y otras alteraciones broncopulmonares.
- *Alimentación*: Deglución atípica, fatiga al comer e inapetencia.
- *Atención*. Déficit atencional, hipotonía, apatía.
- *Déficit en peso y talla*: La falta de un adecuado descanso por la noche afecta a las hormonas del crecimiento.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

### 3.4- Succión.

La succión constituye una de las primeras funciones alimenticias. Hay niños que tras la función de la succión como proveedora de alimento desarrollan otros hábitos de succión que con el tiempo pueden conducir a malformaciones orofaciales. Algunos de estos hábitos son:

- *Succión digital:* Succión del pulgar introducido en la boca en forma de gancho. Esto puede provocar deformación y elevación del paladar, profusión de incisivos superiores y retrusión de los inferiores, mordida abierta, alteraciones en la articulación del lenguaje como sigmatismo.
- *Succión labial o lingual:* Interposición y autosucción de labios, de una o ambas mejillas o la lengua. Si se interpone el labio superior provocará retrusión de incisivos superiores con profusión de incisivos inferiores. Si se interpone el labio inferior se produce profusión de los incisivos superiores y retrusión de los inferiores. La interposición o succión de una o ambas mejillas provocará la intrusión de molares y premolares. La succión de la lengua provoca desborde lingual.
- *Succión del chupete:* Si se mantiene el hábito del uso del chupete más allá de la edad, se pueden provocar deformaciones como una mordida abierta.
- *Succión de objetos extraños:* Puede provocar un desequilibrio que finaliza en desviaciones mandibulares hacia el lado del mordisqueo.
- *Onicofagia:* Hábito de morderse las uñas. Provoca lesiones digitales e incluso puede ocurrir que la raíz del diente quede dentro y no salga.

## 4- EVALUACIÓN Y EXPLORACIÓN DEL NIÑO CON POSIBLE DEGLUCIÓN ATÍPICA.

Es esencial detectar a tiempo al posible niño que presente una deglución atípica, ya que así se evitará la aparición de posibles maloclusiones o problemas articulatorios que le impidan comunicarse de forma normalizada en su contexto escolar y familiar.

De importancia en un primer momento es establecer una entrevista inicial con la familia para obtener todos los datos posibles acerca del desarrollo evolutivo en su hogar. Así, los datos más relevantes que nos pueden proporcionar:

- Datos de embarazo y parto: Tiempo de gestación, enfermedades durante el embarazo, tipo de parto, complicaciones.
- Enfermedades del niño: Enfermedades generales, convulsiones, alergias, enfermedades respiratorias (resfriados continuos, sinusitis, asma, hipertrofia amigdalina, de adenoides), problemas de audición, motóricos, problemas dentales.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- Alimentación: Alimentación en los primeros meses, paso a alimentos sólidos, dificultades de masticación, deglución, succión. Si come rápido o lento, si bebe mucho líquido, si hace ruidos al comer...
- Hábitos de succión: Si succiona el dedo o nudillo, si usa chupete, si se lleva objetos a la boca, si se chupa o muerde el labio...
- Sueño: Si ronca por la noche, si duerme con la boca abierta...
- Desarrollo del lenguaje: Edad de aparición de las primeras palabras, primeras frases, inteligibilidad de su habla, vocabulario, estructuración de las frases, comprensión, si afecta su problema al lenguaje.
- Desarrollo psicomotor: Edad de gateo, cuándo se sostuvo de pie, sus primeros pasos, control de esfínteres, habilidad motora en la actualidad.
- Desarrollo psico-socioafectivo: Rasgos de su personalidad, relaciones con sus familiares, preferencia de juegos.
- Desarrollo escolar: Nos lo proporciona la maestra- tutora, si tiene problemas escolares, relación con compañeros y otros profesores...

Una vez conseguidos los datos de la anamnesis, se procederá a la exploración funcional. Tenemos que comprobar la anatomía orofacial:

- Labios: Tamaño, sellado, tono, aspecto, frenillo labial, musculatura donde veremos las praxias labiales que ejecuta.
- Lengua: Tamaño, tono, aspecto, posición, frenillo lingual, musculatura a partir de la ejecución de praxias linguales.
- Paladar: Tamaño, aspecto, úvula.
- Amígdalas: Tamaño y aspecto.
- Mejillas: Exploración de la cara interna, musculatura a partir de praxias.
- Maxilares: Configuración de los maxilares, musculatura a partir de praxias mandibulares, articulación temporo-mandibular mientras abre y cierra la boca.
- Mordida: Tipo de mordida (normal, cubierta, abierta, cruzada, invertida).
- Dentición: Desplazamiento de la línea media, lateralizaciones, salivación, estado de la dentición (presencia de caries, empastes, muda).
- Fosas nasales: Aspecto, mucosidad, narinas, prueba de permeabilidad de Rosenthal.
- Respiración: De forma espontánea si es nasal u oral, tipo respiratorio, inspiración, espiración, apnea. De forma dirigida inspiración y espiración nasal y bucal. Soplo.
- Postura: Presencia de asimetrías, hombros, cabeza, lordosis excesiva.

A continuación, si el niño colabora en la exploración, pasaremos a observar la fase oral de la deglución. Para ello utilizaremos algún alimento sólido como una galleta:

- Corte: Observaremos los dientes que utiliza y la cantidad de comida que tritura.
- Masticación: Movimiento de los maseteros, labios en el momento de la masticación, lengua, bolo alimenticio, uso de la dentición, salivación.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- Al tragar: Lengua, participación de mímica compensatoria, labios, maseteros, hioides (situar el pulgar debajo de la mandíbula y hacer tragar).

Para la evaluación de los líquidos, podemos utilizar un vaso de agua o zumo en un vaso:

- Colocación de la lengua.
- Labios.
- Derrame de líquido.
- Vicios: Presencia de chupeteo, lamido, aspira.
- Mímica facial.
- Observar con pajita o con jeringuilla.

## 5- BASES PARA SU REHABILITACIÓN.

### 5.1- **Terapia miofuncional.**

Se trata de la aplicación de un conjunto de procedimientos y técnicas para reeducar patrones musculares inadecuados y establecer nuevos comportamientos eliminando los malos hábitos.

Con la terapia miofuncional se pretende:

- Devolver el equilibrio muscular orofacial reeducando patrones musculares inadecuados.
- Modificación del patrón deglutorio incorrecto estableciendo nuevos comportamientos.
- Corrección de hábitos nocivos como puede ser una postura inadecuada, una respiración oral o armar el bolo contra los incisivos durante la deglución.
- Instauración de hábitos correctos como puede ser una correcta postura, respiración y deglución.

Así, los objetivos que pretendemos conseguir con la terapia miofuncional son:

- Eliminar la tensión como medida previa para facilitar la respiración.
- Modificar la postura corporal.
- Adquirir patrones correctos de respiración y soplo.
- Reeducar patrones musculares inadecuados.
- Eliminar malos hábitos e instaurar nuevos comportamientos.

En este trabajo nos centraremos sobre todo en:

- Actividades de relajación básicos.
- Trabajo general para conseguir una correcta respiración.
- Ejercitación para la musculatura labial.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- Ejercitación para la musculatura lingual.
- Ejercitación para la musculatura velar.
- Ejercitación para la musculatura temporo- mandibular.
- Enseñanza básica de la deglución.

## 5.2- Materiales a utilizar.

Hay material diverso para trabajar este tipo de patologías. Algunos que podemos destacar:

- Velas, matasuegras, silbatos para favorecer la intensidad, duración, direccionalidad y durabilidad del soplo.
- Espejos individuales: Para la observación directa de la postura de la cabeza, movimientos de labios, comisuras, mentón, situación y ubicación de la lengua, gestos, armado del bolo, saliva, etc.
- Linternas pequeñas: Para mejorar la luminosidad de la zona bucal y peribucal si no se posee la luz directa de la ventana, o para centrar la atención en lo que deseamos destacar.
- Galletitas obleas: Para aprender a llevar la lengua al paladar duro y succionarla hacia dentro para que vaya disolviéndose.
- Gotero o jeringuilla: Para enviar un chorro de líquido hacia la faringe y trague con la boca abierta, elevando la ase de la lengua y mirándose al espejo.
- Pajita: Para aspirar papelitos, para sorber alimentos pastosos y líquidos, ubicando la pajita en el centro del paladar, para hacer burbujas...
- Vaso: Para sorber progresivamente varios tragos seguidos.
- Escarbadientes: Para tocar su lengua en las diferentes zonas y mejorar la sensibilidad lingual.
- Botones de diversos tamaños: Para la estimulación táctil dentro de la boca.
- Mordillos de goma: Para la reeducación de la masticación ubicado entre sus molares.
- Espátula de madera: Presionamos la base de la lengua y subir y bajar la lengua, presionar labios...
- Gomitas de ortodoncia: Para ubicar sobre la lengua y mantenerlas apretadas contra la parte anterior del paladar.
- Chupete ortodónico: Sólo en casos determinados donde se debe intensificar la reeducación de la succión y dentro de la sesión.
- Botones grandes y elástico: Para la fuerza labial.
- Pañuelo: Para sonarse la nariz, para sostener entre los labios y traccionarlo, para comprimir los labios.
- Chupetín: Para sostenerlo dentro de la boca e ir haciendo otra tarea.
- Lápiz: Atravesado entre los dientes, para repetir series y palabras con consonantes bilabiales. Para sostener entre el labio superior y la nariz.
- Silbatos.
- Sustancias aromáticas: Para el reconocimiento olfativo de las diferentes sustancias.
- Cucharita: Para la enseñanza de la deglución de alimentos pastosos.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- Plato: Para recoger miguitas con la punta lingual, para sorber líquidos con proyección labial y mucha fuerza de succión.

### 5.3- Relajación.

Se practicará en casos excepcionales de gran tensión en la zona de la cabeza y rostro, especialmente lengua, mandíbula, labios, mejillas, frente y ojos; así como en la nuca, hombro, brazos y pelvis.

Podemos aplicar:

- Ejercicios locales de cabeza y cuello como flexiones y extensiones cervicales, rotaciones, lateralizaciones...
- Expresiones faciales: Cara de enfado, de alegría, sorpresa...
- Movimientos de hombros: Juntos o alternativamente.
- Masajes de forma pasiva o activa, con manipulaciones directas sobre la zona facial en general y sobre labios y lengua en particular. Podemos utilizar también pelotas de goma presionando la zona dibujando círculos.
- Tumbados, favorecer la sensación de tensión- relajación sobre cada grupo muscular.

### 5.4- Respiración.

Debemos conseguir que el niño tome conciencia de una respiración costo-diafragmática correcta, respetando los tiempos respiratorios, coordinándola con la fonación y deglución.

La mejor manera de vivenciar la respiración es primeramente en decúbito- supino, sentado y por último de pie.

Comenzaremos con ejercicios tumbado en una colchoneta, colocando una mano en el abdomen y otra en el pecho, y posteriormente sobre ambas costillas, para comprobar el movimiento al inspirar (de forma nasal) y espirar (de forma bucal).

Cuando el niño sea consciente de ese movimiento de ascenso al introducir aire en nuestros pulmones (podemos decir que son saquitos o globos) y de vuelta a la posición normal al expulsar el aire, podremos continuar con actividades para controlar los tiempos respiratorios de inspiración- pausa- espiración, primero un solo tiempo, para llegar hasta 5 tiempos cuando tenga un cierto dominio respiratorio. También alternaremos la entrada y salida de aire de forma nasal y bucal.

Estos mismos ejercicios seguirán realizándose sentado y de pie. En esta última postura su percepción es más complicada, por lo que podemos ejemplificar con diferentes imágenes que faciliten la sensación: “Imagina que al coger aire dentro de ti se abre un paraguas y desplaza las costillas”,



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 16 – MARZO DE 2009

“imagina que coges aire por los pies, ¿qué es lo que pasa?” También podemos acompañar estos tiempos respiratorios acompañados de movimientos de brazos.

Por último pasaremos a ejercicios con fonación de sonidos como /sss/, /fff/, listas automáticas como los días de la semana, los meses del año...

Los ejercicios de soplo acompañan el trabajo respiratorio ya que permiten controlar, dirigir e intensificar esa salida de aire. Por ejemplo podemos apagar velas, mantener la llama de la vela a diferentes distancias, hacer burbujas con agua y pajitas, soplar fuerte un matasuegras, un silbato y entonar una melodía con distintos tonos...

### **5.5- Ejercitación para la musculatura labial.**

Algunos ejercicios esenciales:

- Praxias labiales clásicas.
- Sacar la lengua y presionar con el depresor sobre ésta.
- Introducir los dedos meñiques del niño en las comisuras y ensanchar la abertura bucal, haciendo al mismo tiempo fuerza con los músculos (fruncir) para lograr la aproximación de los dedos (boca de payaso).
- Alargar el labio superior por debajo del borde de los incisivos superiores. Contar hasta diez y descontraer. Elevar el labio inferior por encima del superior y frotarlo hacia abajo con fuerza.
- Elevar el labio superior mientras ambos se mantienen juntos de manera que se arrugue la piel del mentón.
- Introducir un buche de agua en la boca y llevarla hacia las mejillas. Desde allí volver a hacer pasar el agua a presión a la cavidad bucal.
- Sostener una pajita apretada entre los labios.
- Sostener un lápiz entre el labio superior y la nariz que actúa como bigote.
- Atravesar un lápiz entre los dientes y repetir series de palabras que comiencen con consonantes labiales /p/, /b/, /m/.
- Ejercicios con botones: Sujetos con una cuerda y colocados entre los labios y dientes, tirar de ellos evitando que salgan de la boca, para ello habrá que hacer presión fuerte para que los labios no se abran.
- Emitir el sonido /m/ a la vez que se realizan ejercicios escritos. Se pretende mantener la boca cerrada el mayor tiempo posible.

### **5.6- Ejercitación para la musculatura lingual.**

- Ejercitación clásica de las praxias linguales.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 16 – MARZO DE 2009

- Introducir en la punta de la lengua una gomita de ortodoncia y retraerla con la boca abierta, sin que toque dientes o labios y sin levantarla. La lengua se ensancha y la gomita se desprenderá sola.
- Ubicar un pedacito de galletita oblea en la punta de la lengua, colocarlo en el paladar, debe despegarlo con la lengua en movimiento de delante hacia atrás.
- Succionar la lengua contra el paladar y mantenerla allí succionada estirando el frenillo lingual.
- Sacar papada, presionando con la punta de la lengua el paladar como queriendo perforarlo.
- Alargar lo más posible la lengua hacia fuera y luego retraerla con sensación de que se apoya en la nuca.
- Juntar miguitas de un plato con la punta de la lengua.
- Lamer el dulce que se ubicó en un labio.
- Pegar un chicle y apretar sobre la arruga palatina.
- Enroscar la lengua hacia atrás y chuparla con fuerza hasta que se encuentre lo más atrás posible.
- Presionar la lengua contra el paladar y hacer aspiraciones ruidosas.
- Colocar una miga de pan en medio de la lengua y apretar contra el paladar rítmicamente.
- Decir de forma prolongada y continua: tac-tec-tic, ac-ec-ic, aj-ej-ij, laleli...

#### **5.7- Ejercitación para la musculatura velar.**

- Bostezos.
- Gárgaras.
- Vocales en diferentes tonos.
- Silbidos en diferentes tonos, largos y cortos, suaves y fuertes.
- Inflado de globos.
- Inspirar por la nariz y alternar la espiración con soplo nasal y bucal.
- Intentar mover el velo sin ayuda.
- Emitir la vocal /a/ con golpe glótico.
- Cantar con boca cerrada y pronunciar el fonema /k/.

#### **5.8- Ejercitación para la musculatura temporo-mandibular.**

- Ejercicios clásicos mandibulares.
- Mantener la contracción de ambos maseteros con labios juntos mientras contamos hasta diez y relajar.
- Masticar con boca cerrada con control táctil de los maseteros.
- Masticar alternando de uno a otro lado.
- Masticar con poca y mucha fuerza.
- Mascar chicles con labios juntos.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 16 – MARZO DE 2009

### 5.9- Enseñanza de la deglución.

El último paso en el tratamiento será el aprendizaje de una deglución normal, una vez que ha ejercitado cada uno de los órganos que intervienen en el funcionamiento deglutorio.

La orden de ingestión de los alimentos será: 1- sólidos, 2- pastosos, 3- líquidos, 4- saliva.

Los alimentos sólidos le permiten mejorar la propioceptividad y ejercitar la musculatura para la masticación.

Los alimentos líquidos requieren mayor fuerza de succión y velocidad de deglución.

El proceso básicamente sería:

- Masticar: Con los molares sintiendo la contracción de los maseteros y apoyando sus manos en los mismos. Labios juntos.
- Armar el bolo: Juntando, aspirando y succionando el alimento ya triturado sobre el paladar, sin presionar los labios.
- Colocar la lengua en posición correcta: Punta en los alvéolos, succionar la lengua contra el paladar y hacer un movimiento ondulante hacia atrás.
- Tragar: Llevando el bolo hacia atrás, sin llevar la cabeza hacia atrás. No debe haber restos. Se debe controlar el ascenso y descenso del hioides colocando su mano en el cuello.

## 6- CONCLUSIÓN.

Se considera esencial la detección precoz de este problema, en el caso de que sean funcionales, ya que no son evidentes a simple vista. Generalmente es el odontólogo el que diagnostica la posible deglución atípica y suele derivarlo al logopeda privado y al maestro de audición y lenguaje en la escuela, sobre todo en el caso que tenga asociado problemas del habla, para que realicen un trabajo previo en el caso de que posteriormente tengan que utilizar ortodoncia, de manera que los niños adquieran la función deglutoria correcta, mejorando la articulación en muchos casos, y el tratamiento protésico sea eficaz.

## 7- BIBLIOGRAFÍA.

- Agustoni, Celia H. (1985): *Deglución atípica. Guía práctica de ejercitación para su reeducación*. Publicaciones médicas argentinas. Puma.
- Dalva Lopes, Lucy; Zambrana Toledo González. (2003): *Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial*. Masson.
- Peralta Garcerá. (2001): *Reeducación de la deglución atípica funcional en niños con respiración oral*. Isep textos.
- Segovia, María Luisa. (1988): *Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología*. Editorial Médica Panamericana.



ISSN 1988-6047    DEP. LEGAL: GR 2922/2007    Nº 16 – MARZO DE 2009

Autoría

---

- VIRGINIA ARAGÓN JIMÉNEZ
- Algeciras, Cádiz.
- E-mail: [lapeke\\_virgy@hotmail.com](mailto:lapeke_virgy@hotmail.com)