

Cultura física terapéutica para la atención a escolares con frenillo lingual corto sustentada en la terapia miofuncional

Physical culture Therapeutic for school care with short lingual frenulum supported in myofunctional therapy

Cultura física terapêutica para o cuidado de crianças escolares com freio lingual curto apoiado por terapia miofuncional

Lic. Cynthia Martínez-Aguilera, <http://0000-0002-3159-4396>

yamirka80@nauta.cu

Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba

Recibido: octubre/2021

Aceptado: diciembre/2021

Resumen

El objetivo de la investigación es elaborar un sistema de actividades educativas mediante la terapia miofuncional que propicie una mejor atención logopédica a los escolares con frenillo lingual corto. En las últimas décadas la terapia miofuncional ha despertado el interés entre logopedas y fonoaudiólogos. Entre los antecedentes detectados en la búsqueda bibliográfica, fueron detectados referentes que abordan lo relacionado al trastorno, así como diversas técnicas para su tratamiento, sin embargo no incluyen la terapia miofuncional en su forma de trabajo. Resulta también novedosa la mirada a los saberes que ofrece la Cultura Física Terapéutica en el tratamiento a esta patología. Fueron empleados diversos métodos y técnicas como el análisis-síntesis, inductivo-deductiva y el análisis documental. Como resultado de la pesquisa destaca la elaboración de un tratamiento estructurado en fases, cuya importancia radica en reeducar la función de las estructuras implicadas, corrigiendo hábitos orales que desencadenan alteraciones en la respiración, masticación, en la deglución y el habla. Se concluye que la pertinencia e implementación de la terapia miofuncional permite una acometida integral del frenillo lingual corto teniendo como factor causal y de riesgo el empuje lingual así como el detrimento del lenguaje y los de patrones respiratorios.

Palabras clave: alternativa terapéutica, frenillo lingual corto, terapia miofuncional, cultura física terapéutica.

Abstract

The objective of the research is to develop a system of educational activities through myofunctional therapy that promotes better speech therapy care for schoolchildren with a short lingual frenulum. In recent decades, myofunctional therapy has aroused interest among speech therapists and speech therapists. Among the antecedents detected in the bibliographic search, references were detected that address what is related to the disorder as well as various techniques for its treatment, however, they do not include myofunctional therapy in their way of working. It is also novel to look at the knowledge offered by Therapeutic Physical Culture in the treatment of this pathology. Various

methods and techniques were used, such as analysis-synthesis, inductive-deductive and documentary analysis. As a result of the research, the elaboration of a structured treatment in phases stands out, whose importance lies in re-educating the function of the structures involved, correcting oral habits that trigger alterations in breathing, chewing, swallowing and speech. It is concluded that the relevance and implementation of myofunctional therapy allows a comprehensive approach to the short lingual frenulum, having tongue thrust as a causal and risk factor, as well as the detriment of language and respiratory patterns.

Keywords: therapeutic alternative, short lingual frenulum, myofunctional therapy, therapeutic physical culture.

Resumo

O objetivo da pesquisa é desenvolver um sistema de atividades educativas por meio da TMF que promova melhor atendimento fonoaudiológico para escolares com frênulo lingual curto. Nas últimas décadas, a TMF despertou interesse entre fonoaudiólogos e fonoaudiólogos. Dentre os antecedentes detectados na pesquisa bibliográfica, foram detectadas referências que abordam o que está relacionado ao transtorno, bem como diversas técnicas para seu tratamento, porém, não contemplam a TMF em sua forma de atuação. Também é novidade olhar para o conhecimento oferecido pela Cultura Física Terapêutica no tratamento desta patologia. Foram utilizados diversos métodos e técnicas, como análise-síntese, indutivo-dedutivo e análise documental. Como resultado da pesquisa, destaca-se a elaboração de um tratamento estruturado em fases, cuja importância está em reeducar a função das estruturas envolvidas, corrigindo hábitos orais que desencadeiam alterações na respiração, mastigação, deglutição e fala. Conclui-se que a relevância e implementação da TMF permite uma abordagem abrangente do frênulo lingual curto, tendo como fator causal e de risco a interposição lingual, bem como em detrimento dos padrões de linguagem e respiratórios.

Palavras-chave: alternativa terapêutica, frênulo lingual curto, TMF, cultura física terapêutica.

Introducción

El lenguaje como expresión del desarrollo psíquico es el instrumento fundamental del pensamiento y la comunicación, éste se evidencia desde que el niño nace. Por el carácter social deviene en hombre gracias a las condiciones humanas de vida y la educación. Se reconoce al conocimiento de los objetos y los fenómenos de la realidad, como la vía principal de comunicación entre los seres humanos, la que tiene su expresión en una lengua determinada.

Por el valor que tiene el lenguaje para el desarrollo cognitivo, comunicativo y la formación de la personalidad en general, exige que cada vez más se enfatice en su estimulación y desarrollo desde la educación infantil. De ahí la importancia de la labor del maestro-logopeda, quien orienta, dirige y controla la prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del lenguaje, tanto en el contexto educativo regular como específico, así como la orientación familiar y el seguimiento por las vías no formales, el salón y el aula, por su amplio campo de acción.

Las “insuficiencias anatómicas y funcionales que comprometen las estructuras encargadas de la ejecución del enunciado, constituyen esencialmente la base de los trastornos del nivel habla, entre ellas la dislalia”. Este trastorno “engloba aquellos relacionados con la pronunciación que se presentan sin otra manifestación acompañante, y en presencia de una audición normal”. (Fernández, 2012, p. 105)

Entre los diferentes criterios de clasificación de la dislalia, aparece la dislalia orgánica que se define como “trastornos aislados en la articulación motivados por causas orgánicas originadas a nivel periférico del habla y de origen no neurológico central. Estas pueden aparecer en el período normal del desarrollo del individuo o se adquieren en el curso de la vida, son provocadas por diferentes causas, entre ellas: enfermedades infecciosas, traumas, malformaciones”. Entre las malformaciones existentes se encuentran “la disglosia lingual “donde se percibe una alteración de la articulación de los fonemas por un trastorno orgánico de la lengua. Entre las principales causas se señala como una de las más comunes el frenillo lingual corto” (Pérez y Calzadilla, 2017, p. 20).

Para González *et. al.* (2019) el frenillo lingual corto o anquiloglosia “es un pliegue vertical de mucosa que une por su centro la parte delantera de la lengua al suelo de la boca” (p. 2). Cuando es más corto de lo normal, los movimientos de la lengua se ven limitados, de modo que no se pueda tocar el paladar o el labio superior con la punta de la lengua. Su prevalencia en la actualidad es de un 12% y un 62% en varones. “Se estima que uno de cada 4 niños con anquiloglosia tiene antecedentes familiares de frenillo lingual corto” (González *et. al.*, 2019, p. 3)

El frenillo lingual corto “restringe los movimientos de la lengua; del mismo modo, la presencia de un frenillo lingual corto que se extiende desde la punta de la lengua hacia el suelo de la boca y el interior del tejido gingival de la lengua”, limita los movimientos de esta y produce trastornos del lenguaje. Puede ser causado por la “inserción lingual del músculo geniogloso excesivamente espeso, o por la asociación de ambos”. “Si no se corrige esta anomalía, pueden desgarrarse los tejidos linguales”. (Ágreda, 2020, p. 2)

La Cultura Física Terapéutica a partir de su incorporación en los planes de estudios de la carrera Licenciatura en Logopedia ha otorgado diferentes saberes terapéuticos con los que se enriquecen los tratamientos que se brindan. Específicamente la enseñanza-aprendizaje de la Cultura Física Terapéutica proporciona a los estudiantes conocimientos sobre cómo proceder en su futuro desempeño profesional y la interacción con los diferentes trastornos: Estimula el empleo del tiempo libre con actividades físicas que, además de elevar su calidad de vida, establecen un desarrollo equilibrado desde lo intelectual, no

como estado de euforia, sino como sensación de integrar el accionar del cuerpo, la mente y sus sistemas.

Tales saberes representan herramienta favorable y de necesaria aplicación para el completamiento de sus objetivos y exige un vínculo de aplicabilidad entre ambas ramas (Logopedia-Cultura Física Terapéutica).

La Cultura Física Terapéutica es un proceso cultural-biológico-pedagógico donde se emplean ejercicios físicos con el objetivo de lograr un tratamiento, corrección o compensación, con el empleo de métodos de enseñanza que permitan desarrollar una independencia cognitivo-terapéutica y prevenga desviaciones del estado de salud (Romero, 2016, p. 66).

Algunos de los frenillos cortos son mucosas delgadas, en tanto que otros son adherencias gruesas fibrosas. Cuando existe puede haber modificación de algunos de los sonidos. Las pruebas clínicas para la movilidad de la lengua incluyen que el paciente toque con la lengua el paladar abriendo la boca lo más posible. Con frecuencia la lengua no se eleva y su punta es halada hacia la dentición inferior. Los pacientes con anquiloglosia pueden experimentar dificultades para sacar, lateralizar y elevar la punta o el cuerpo de la lengua. Estas alteraciones funcionales en la movilidad de la lengua pueden impedir el contacto lengua-paladar necesario para crear el efecto "ventosa" que mantiene la lengua en su sitio y evita que caiga en la faringe en estado de reposo.

Los tratamientos existentes por lo general los brindan los médicos odontólogos y son de tipo quirúrgicos. No obstante, a las escuelas llegan niños con este trastorno que no fueron atendidos anteriormente. Las observaciones realizadas al proceso muestran que la mayoría de los logopedas instruyen a las familias como solución al problema, realizar la frenectomía. Esta opción se considera una solución rápida pero más costosa y de más lenta recuperación de las funciones del habla. Cabe destacar que la causa de la anquiloglosia se encuentra en el desarrollo embrionario. Al separarse mal los músculos y hiogloso y geniogloso. Por encima de todo presentar un frenillo lingual corto puede ocasionar distintos problemas.

En primer lugar, va a generar consecuencias respecto a la succión o la alimentación cuando son bebés. Además, al reducir gravemente la movilidad de la lengua se van a ver afectadas funciones como la masticación, deglución, el habla. Una vez el otorrinolaringólogo valora las opciones para el paciente y se plantean distintos tratamientos. El tratamiento quirúrgico es el más habitual.

Para los que no escogen la opción de la cirugía los logopedas brindan tratamientos de instauración de sonidos los que resultan poco efectivos y lentos. Una de las opciones que

en la actualidad se valida desde varios logopedas reconocidos es la terapia miofuncional (TMF).

Se define TMF como; la disciplina que se encarga de prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones que pueden interferir, tanto en la producción del habla como en las diferentes estructuras del sistema orofacial, desde el nacimiento hasta la vejez; en otro sentido, es una disciplina que colabora con la medicina y la odontología coadyuvando los tratamientos del pediatra, odontopediatra, ortodoncista, ortopedista funcional de los maxilares, cirujano, otorrinolaringólogo, y también en la terapia del lenguaje.

De manera directa se trabaja a través de masajes y manipulación manual de la zona para conseguir una mayor movilidad, sensibilidad y reeducación de malos hábitos, como pueden ser, en respiradores bucales, el permanecer con la boca abierta, lo que conlleva consigo una cadena de malas costumbres, apareciendo un exceso de saliva (sialorrea), hipotonicidad o falta de tono en la musculatura facial, masticación más débil, deglución atípica al tener problemas en la creación del bolo alimenticio y su deglución (tragar) y en la alteración de la propia articulación.

En el caso de la TMF se utilizan también diferentes texturas y temperaturas para trabajar la sensibilidad, tanto el defecto como el exceso (hipo o hipersensibilidad), con diferentes materiales metálicos que son fáciles de calentar y enfriar, guías maxilofaciales, depresores (palos) de madera o plástico, vibradores/masajeadores faciales, bolas de diferentes tamaños, alimentos cotidianos, chuches, pan de molde, yogures, purés, espesantes...

La TMF orofacial (también conocida como miología orofacial) se ha utilizado durante muchos años para reformar los hábitos orales disfuncionales como la succión prolongada del pulgar, la interposición lingual, morderse las uñas y dejar la boca abierta en reposo entre otros objetivos.

La TMF para Argüello *et. al.* (2019), es un “método aplicado para la prevención y rehabilitación de las disfunciones o desequilibrios de los músculos orofaciales”. Entre las diferentes alteraciones que pueden provocar esos desequilibrios, “las más habituales son: malformaciones faciales y craneofaciales, desequilibrios en la estructura de los dientes o de la mandíbula, enfermedades degenerativas, traumatismos o accidentes cerebrovasculares y frenillo lingual corto”. (p. 2).

La TMF, logra “transmitir los resultados y reducir la instauración de maloclusiones que hoy en día ocupan el 3er lugar entre las enfermedades bucales a nivel mundial” (Agnes, 2016, p.45). El objetivo principal de la TMF es la creación de una función muscular

orofacial normal y así, ayudar al crecimiento y desarrollo de la oclusión normal; no incrementar el tamaño o la fuerza de los músculos, que a menudo es el principal propósito de los ejercicios musculares de otras partes del cuerpo. La principal razón de ser de los ejercicios mioterapéuticos es lograr la adecuada coordinación de la musculatura orofacial.

Entre los campos de intervención de la TMF aparecen:

- La TMF es 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. Se suele relacionar la TMF al tratamiento de la deglución atípica sin embargo, son muchos los campos de intervención además de los relacionados con la ortodoncia.
- Malformaciones faciales y/o craneofaciales como fisuras labiopalatinas, síndromes congénitos.
- Discapacidades cognitivas, como el Síndrome de Down.
- Parálisis cerebral infantil: En estos casos la TMF temprana es necesaria de cara a conseguir patrones de masticación, deglución y respiración que consigan que la alimentación, y a su vez el habla, sean lo menos patológicas posible.
- Secuelas de Accidentes cerebro vasculares (con implicación de las estructuras bucofaciales).
- Trastornos degenerativos y de origen neurológico. (Parkinson, parálisis faciales, afectación de pares craneales).
- Postoperatorios linguales, laríngeos, o maxilofaciales.
- En general en cualquier trastorno, síndrome, traumatismo y /o enfermedad en el que la funcionalidad de la musculatura orofacial esté comprometida.

La intervención puede ser activa, con participación voluntaria del paciente, o pasiva sin ella. Esta reeducación se basa principalmente en la ejercitación específica, mediante praxias, masajes, estimulación mecánica, control postural. Tiene como finalidad conseguir un equilibrio muscular orofacial que permita realizar adecuados patrones neuromotores de comportamiento del sistema orofacial.

Entre los objetivos de la TMF se encuentran:

- Explorar y valorar las alteraciones que pueden aparecer, tanto a nivel estructural como funcional, respecto a la respiración, masticación y deglución.

- Hacer un diagnóstico miofuncional, definiendo además las alteraciones estructurales y funcionales que se observen desde un punto de vista cualitativo.
- Diseñar el plan de intervención individualizado para cada caso, que consistirá en ejecución de ejercicios, supresión de hábitos y toma de conciencia de los nuevos patrones adquiridos. El tratamiento se diseñará al tener en cuenta el nivel cognitivo del paciente.
- Coordinar la intervención miofuncional con otros profesionales como pueden ser el fisioterapeuta, médico rehabilitador, etc. decidiendo la manera de intervenir y valorando conjuntamente la evolución del caso.

Estas técnicas nos ayudan a:

- Equilibrar o compensar las estructuras óseas implicadas y las estructuras musculares a nivel orofacial y contiguas a éstas.
- Crear nuevos patrones neuromotores de comportamiento y llegar a una generalización.
- Reducir las parafunciones y mejorar la estética del paciente.

A partir de los resultados de la revisión bibliográfica realizada, así como la consulta a especialista y observaciones realizadas se definieron las siguientes **insuficiencias**:

- Pobre preparación de los maestros logopedas para favorecer una mejor atención desde las clases logopédicas a los escolares con frenillo lingual corto.
- Limitada actualización de saberes en los maestros logopedas relacionados con la TMF a tono con las tendencias internacionales de modo que puedan impregnar la clase logopédica de una dinámica actual.
- Limitado empleo de las potencialidades que brinda la TMF para el tratamiento frenillo lingual corto.
- Escasos conocimientos de la familia relacionados con el frenillo lingual corto de manera que les permita brindar el apoyo requerido al tratamiento.

Por lo que se define el siguiente **problema científico**: ¿cómo favorecer a la atención de escolares con frenillo lingual corto? Declarándose como **objeto**: el proceso de la Cultura Física Terapéutica. Se precisa como **objetivo**: elaborar un sistema de actividades de Cultura Física Terapéutica mediante la TMF que propicie una mejor atención logopédica a los escolares con frenillo lingual corto.

Material y métodos

En la selección se tuvo en cuenta la densidad poblacional de la escuela primaria Reinaldo Boris Luis Santa Coloma, para un total de población de 348 escolares. La muestra escogida es de carácter intencional y la componen 7 escolares con frenillo lingual corto con una edad promedio entre 6 y 8 años, así como 4 docentes del centro.

En la investigación se emplearon diversos **métodos teóricos**:

- **Análisis-síntesis:** para el examen de fuentes teóricas y prácticas que permitieron profundizar en el objeto de investigación, precisar los fundamentos; así como las valoraciones de los resultados de su implementación.
- **Inductivo:** como estrategia de razonamiento lógico que permitió llegar a las premisas particulares y el arribo a conclusiones generales desde una orientación en un paradigma crítico.

Entre los **métodos empíricos** se emplearon:

- **Análisis documental** para la revisión de planes y programas de estudio.
- La **observación** de actividades y sesiones de tratamientos.
- **Entrevista y encuestas** para la recolección de datos en docentes y escolares, lo que permitió extraer conclusiones que ayudaron a definir los indicadores que permitieron validar la propuesta.

Resultados

Para la realización del diagnóstico se aplicó la exploración logopédica siguiente:

1. Estudio Anamnésico
2. Valoración del estado de los sistemas sensoriales
3. Estado de los órganos de la articulación y la fonación
4. Estado de la conversación inicial
5. Examen de la respiración
6. Examen de la pronunciación
7. Examen de vocabulario
8. Exploración del componente gramatical
9. Examen de la voz

10. Estado de la Percepción fonemática
11. Exploración de la lectura y la escritura
12. Caracterización del ritmo y la fluidez
13. Conducta observada
14. La exploración complementaria
15. Asimilación, utilización y transferencia de la ayuda brindada
16. Diagnóstico logopédico descriptivo- explicativo
17. Estrategia de atención logopédica
18. Pronóstico

Se pudo demostrar a partir de la exploración realizada la existencia de frenillo lingual corto en el estado de los órganos de la articulación y la fonación. El examen de la pronunciación arrojó como resultado que existe distorsión del sonido /r/. Se precisó la forma en que se afecta el sonido de manera constante.

Se exploraron además sonidos aislados, en palabras, oraciones y mediante el lenguaje relacionado y dialogado.

Se observa burla entre los compañeros de clase al no poder pronunciar correctamente las palabras con sonido /r/ y por tanto los escolares desarrollan un retraimiento.

La propuesta que se presenta es de naturaleza didáctica, porque revela una vía de tratamiento tomando en consideración a aspectos de la Cultura Física Terapéutica. Permite el desarrollo de las habilidades y procederes beneficiosos en los alumnos y brinda un camino para su preparación con el fin de mejorar su calidad de vida y preservar la salud, a partir de posiciones desarrolladoras en correspondencia con las exigencias actuales de la sociedad y la escuela cubana.

Se presentan fundamentos desde la Filosofía, la Pedagogía, la Psicología, la Didáctica general, así como posiciones sociológicas y culturales.

Se asumen para la elaboración los principios didácticos metodológicos de la Cultura Física descritos por Calderón *et. al.* (2016): Principio de la conciencia-actividad, el Principio sensoperceptual, el de la asequibilidad e individualización, el Principio de la sistematicidad y del aumento dinámico y gradual de las exigencias. Además de sus principales leyes, entre ellas la Ley de la ejercitación, Ley de la unidad del organismo y el medio, de la dependencia recíproca de los cambios cuantitativos y cualitativos que se

operan en el organismo, Ley de la unidad de la teoría y la práctica, Ley del conocimiento sensorial y racional (p. 22 – 46).

Como sustento filosófico-dialéctico se asumen los postulados acerca de la educabilidad del hombre y la educación como categoría más general. En él se define un saber eminente crítico y revolucionario, lo cual supone una partida no de una filosofía abstracta sino de una filosofía con capacidad para asimilar dialécticamente lo mejor de las concepciones vigentes, y analizar las limitaciones conceptuales y los intereses a los que estas responden.

Como fundamentos pedagógicos se establecen los principios del proceso de enseñanza-aprendizaje de Bermúdez entre ellos: “La unidad entre el protagonismo del estudiante y la dirección del profesor. La vinculación de la educación con la vida, el medio social, el trabajo y el proceso de educación de la personalidad. La unidad de lo instructivo, lo educativo. La unidad de lo afectivo y lo cognitivo en un aprendizaje vivencial. La unidad del aprendizaje individual y grupal más la unidad de la actividad y la comunicación” (2014, p.1).

La valoración miofuncional está basada en protocolos de evaluación estandarizada y manejados rigurosamente desde la conformación del estado del arte que los rige hasta los valores procedimentales de cada uno de los hallazgos. Se aplica para todos los usuarios teniendo en cuenta la edad como parámetro diagnóstico, se apoya de la observación, palpación, ejercitación, praxis, técnicas de contrarresistencia y realización de pruebas subjetivas que den cuenta por aspectos como el tono, la fuerza, la competencia funcional, la suficiencia anatómica y la sensibilidad. A partir de los resultados obtenidos se propone el siguiente tratamiento estructurado mediante fases:

Fase I Programa preliminar: está concebido para escolares, con madurez neurofisiológica y psicosocial adecuadas a su edad. Pretende estimular el sistema orofacial, primero de forma inconsciente y luego de forma consciente. Se hace a través del juego.

Estimulación de la sensibilidad

- Percepción corporal
- Percepción de los dedos
- Percepción de la cara y labios
- Contacto en la cavidad oral

Estimulación de la sensibilidad y la motricidad de

- La lengua, los labios y las mejillas
- Activación del sellado labial.
- Estimulación del movimiento de la mandíbula.
- Eliminación de hábitos (succión, onicofagia, bruxismo).
- Medidas de estimulación pasiva.

Ejercicios de respiración para corregir malos hábitos (respiradores bucales)

- Praxias con dados, ocas, parchís, en listados, con gráficos para conseguir un mayor control en los diferentes movimientos linguales, labiales y mejorar el tono y eliminar tensiones innecesarias.
- Sujeción de botones de diferentes tamaños con los labios para fortalecer la fuerza de estos.
- Abrebocas, hilos dentales para trabajar para tonificar maseteros.
- Juegos de memoria donde el paciente deba ejecutar la acción emparejada

Fase II: sensibilización

Mejoría de la sensibilidad

- Mejoría de la motricidad bucal (activación de la musculatura de los labios, mejillas y lengua, atendiendo a la sensibilidad para los movimientos).
- Mejoría de la organización sensitivomotora para preparar el modelo de deglución correcto (articular bien los sonidos /l/, /n/ y /t/).
- Lectura, masticación con cuerpos de diferentes tamaños, mayas de masticación para que no se sufran atragantamientos.
- Sujeción de un palo con el labio superior, con ambos labios sin morder, en vertical sujeto con los dientes mientras se articulan diferentes palabras para mejorar la tonicidad de los músculos maseteros.
- Practicar las comidas/alimentación con el propio paciente para corregir la postura, malos hábitos a la hora de masticar, como usar un solo lado de la boca, masticar con la boca abierta, respirar por la boca durante la deglución, un mal posicionamiento de la lengua al intentar tragar, no limpiar correctamente los restos

sólidos que se puedan quedar tras tragar, colocar al introducir el alimento en la boca mal los cubiertos, mezclar alimentos líquidos con sólidos dependiendo del caso y de la afectación en la deglución

Fase III: desarrollo de un proceso de deglución correcto

- Mejoría de la motricidad bucal: activación del sellado labial y ejercitación de los tercios medio y posterior de la lengua. Activación de todos los músculos maseteros y masticadores.
- Ejercitación motricidad fina, dominando todos los movimientos linguales que se realizan durante el proceso de la deglución (cada uno de ellos por separado).
- Deglución automática (con la boca abierta).
- Deglución con apoyo lingual adecuado y boca abierta (luego con mandíbulas cerradas y labios separados, finalmente con sellado labial).
- Vaciados de saliva y deglución (como en el apartado anterior).
- Deglución con diferentes texturas, combinado con masticación.

Fase IV: automatización

- Se inicia una vez terminada la rehabilitación presencial.
- Se establecen unas rutinas para el sellado labial y reposo lingual, que persiguen la instauración del hábito.
- Hay otras rutinas para la deglución de alimentos y de la saliva.
- Articulación. Introducción del modelo de articulación correcta en el habla espontánea.
- Esta parte del tratamiento es la más difícil de superar, ya que no existe la tutela del terapeuta, la autoexigencia es tan diversa como lo son los propios pacientes.

El tratamiento fue desarrollado durante un período de 3 meses, dividido de la siguiente manera: 24 sesiones, 2 a la semana). Posteriormente se realizó un seguimiento periódico variable hasta forjar hábitos. A partir de la implementación de la propuesta se obtuvieron los resultados mostrados en la tabla 1:

Tabla 1 resultados de la implementación de la propuesta. Fuente elaboración del autor

Participantes	Fonemas	Pronunciación antes	Fonemas	Pronunciación después
Escolar 1	R, RR, BR	Distorsión y sustitución /r/ x /l/	R, RR, BR	Compensado
Escolar 2	R, RR	Distorsión	R, RR	Corregido
Escolar 3	R, RR, TR	Distorsión y sustitución /r/ x /l/.	R, RR, TR	Compensado
Escolar 4	R, RR	Distorsión	R, RR	Corregido
Escolar 5	R, RR, PR	Distorsión y omisión	R, RR, PR	Compensado
Escolar 6	R, RR	Distorsión	R, RR	Corregido
Escolar 7	R, RR	Distorsión	R, RR	Corregido

Fuente: Creación propia

Discusión

Las fases de diagnóstico situacional confirman la pertinencia de implementar un servicio de TMF dado que el 100 % de los escolares presentaron un diagnóstico de desorden provocado por la existencia del frenillo lingual. En lo referente al diagnóstico profesional, el 91 % de los docentes encuestados presentó una experiencia positiva con la TMF tanto en la fase desarrollo de un proceso de deglución correcto como la de automatización. Se consolidaron las guías de manejo que rigen el servicio tanto en acciones evaluativas, diagnósticas y terapéuticas.

El conjunto de los ejercicios propuestos busca que el paciente adquiera un mayor control de los diferentes órganos de esta área, labios, lengua, músculos maseteros, paladar. Con la propuesta desaparece la excesiva tensión de la zona mandibular o zona del cuello si existiera, corrige malos hábitos, establece un correcto patrón respiratorio, un buen sellado labial, un control adecuado de los órganos que intervienen en la articulación y masticación y una reeducación de los movimientos voluntarios e involuntarios como los ocasionados por el uso excesivo del chupete o succión del dedo, así como trabajar la sensibilidad de la zona.

Conocer la efectividad de la TMF abarca no solo un interés específico en la caracterización en un tratamiento logopédico, además de ello, ofrece el reconocimiento a las acciones interdisciplinarias. En esta investigación de implementación, la posición, actitud y creencia positiva por esta modalidad terapéutica, vienen determinadas desde la

prevención primaria informativa, prevención secundaria de pautas de riesgo y prevención terciaria desde la intervención propiamente dicha; así se evita el desarrollo de recaídas, alteraciones en la posición lingual y disminución de la posibilidad de hábitos bucales.

Las aportaciones de Fernández (2012); Agnes (2016) y Pérez y Calzadilla (2017), abordan lo relacionado al trastorno, así como diversas técnicas para su tratamiento sin embargo, no incluyen la TMF en su forma de trabajo. Reconocer la efectividad de la TMF es argumentar su necesidad fundamental y pertinente de implementación en contextos educativos. Lo anterior resalta la importancia de reconocer esta terapia como un servicio complementario y necesario a procesos de intervención. Se requiere que desde la formación se ofrezca importancia a la existencia otras vías terapéuticas, de relaciones de cambios, compensaciones y desarrollo anatómico y funcional.

Para la investigadora la TMF es una de las herramientas de tratamiento más útiles de la logopedia, ya que permite corregir problemas que afectan la respiración, la masticación, la articulación y la deglución

Conclusiones

1. La pertinencia e implementación de la Cultura Física Terapéutica como servicio de TMF permite el abordaje integral del frenillo lingual corto teniendo como factor causal y de riesgo el empuje lingual y el detrimento del lenguaje y los de patrones respiratorios.
2. Se justifica la pertinencia de la implementación de la TMF no solo desde los efectos bucofaciales logrados, sino desde la prevención de estos, donde se ejecutan actividades de protección específica, detección temprana y atención oportuna.
3. La relevancia de la Cultura Física Terapéutica aplicada como TMF y su enfoque de intervención complementario a tratamientos logopédicos es clara, reconocimiento que desde la formación de pregrado hasta la formación postgraduada es una exigencia de comprensión teórica y práctica desde la interdisciplinariedad.

Referencias bibliográficas

1. Agnes-Vega, N. (2016). Resultados en la instauración de maloclusiones. Caleidoscopio

2. Ágreda-Osorio, P. (2020). Terapia Miofuncional en frenillo lingual corto <https://www.psicologoinfantil.es/logopedamadrid>
3. Argüello-Vélez, T.; Cabello-Sofía, H. y Fonseca-Ademán, M. (2019). Prevención y rehabilitación de las disfunciones o desequilibrios de los músculos orofaciales. *Ciencia*.
4. Bermúdez-Morris, R. (2014). Aprendizaje como problema en la Psicología Contemporánea. *Ciencia y Técnica*.
5. Calderón-Jorrián, C.; López-Rodríguez, A.; Morales-Ferrer, A. M.; Álvarez-Guerra, D.A. y Deler-Sarmiento, P. (2016). Teoría y Metodología de la Educación Física (tomo I). *Deportes*.
6. Fernández-Pérez-De Alejo, G. R. (2012). *Logopedia Primera y Segunda Parte*. Pueblo y Educación.
7. González-Jiménez, M.; Costa-Romero, I.; Riaño-Galán, M. T.; González-Martínez, M. C., Rodríguez-Pandoe, C. y Lobete, P. (2019). Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. <https://www.analesdepediatria.org/es-prevalencia-anquiloglosia-recien-nacidos-el-articuloS1695403313004347>
8. Pérez, E. y Calzadilla, O. (2017). Dirección del tratamiento logopédico en la dislalia. *Revista electrónica Luz*, 20 (18).
9. Romero-León, M. A. (2016). La enseñanza de la Cultura Física Terapéutica con el uso del Tai chi a los estudiantes asmáticos del nivel superior Tesis doctoral inédita). Santiago de Cuba, Universidad de Oriente.

Declaración de Contribución

La autora declara que la presente investigación y su redacción no responde a ningún conflicto de interés y que es un artículo inédito.