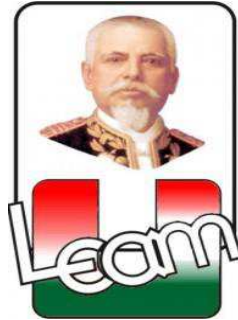


**UNIVERSIDAD “LAICA ELOY ALFARO” DE MANABÍ**



**TEMA:**

La terapia miofuncional y su efecto en la deglución atípica

**AUTORA:**

Kimberly Tatiana López Checa.

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Carrera Terapia de Lenguaje**

**TUTORA:**

Mg. María Elena Carreño.

Manta, noviembre del 2018

## **CERTIFICACIÓN.**

En mi calidad de director de proyecto de titulación, de la Facultad Ciencias Médicas carrera de Terapia de Lenguaje de la universidad “Laica Eloy Alfaro de Manabí”, certifico:

Haber dirigido y revisado el proyecto de investigación con el Tema: “La terapia miofuncional y su efecto en la deglución atípica.” de la estudiante: López Checa Kimberly Tatiana, considero que el mencionado trabajo investigativo cumple con los requisitos y tiene los méritos para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador que las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas designen:

En honor a la verdad

---

Mg. María Elena Carreño Acebo.

CI. 1306304963

## TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

### Miembros del tribunal

-----  
-----  
-----  
-----

### Firmas

-----  
-----

### Calificación Trabajo de Graduación

Calificación Trabajo Escrito:

-----

Calificación Sustentación de Proyecto

-----

De Investigación:

Nota Final de Trabajo de Graduación:

-----

### Lo certifico

Lcda. Alexandra Bailón.

Secretaria Facultad de Ciencias Médicas.

## DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a Dios porque es el pilar fundamental en mi vida es el que me presta vida, salud, sabiduría y fuerzas para lograr mi culminación académica

A mis padres por todo el esfuerzo, ayuda y dedicación que me brindan por ser esa guía en mi camino y mi gran ejemplo a seguir, en especial a mi padre por su amor incondicional y esos deseos de lucha y perseverancia me ayudaron a seguir adelante

A hermano, abuelos, tíos que con sus consejos y apoyos de motivación me brindaron las energías suficientes para mantenerme firme ante las adversidades

A mis maestros por el tiempo brindado y sus conocimientos que compartieron en nuestra formación profesional, a mi tutora de este proyecto Mg. María Elena Carreño por su dedicación y apoyo incondicional para la culminación de mismo.

A mi amiga por su apoyo, motivación, ayuda y amistad que me brindo para este proyecto

Kimberly López checa

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por ser esa gran guía en todo este proceso de formación estudiantil

A mis padres por ser esa ayuda incondicional, por ser ese ejemplo de vida constancia y lucha, por todo el esfuerzo que hacen día a día por mí.

A la universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por su gran acogida desde el inicio hasta la culminación de nuestros estudios profesionales.

A la Carrera de Terapia de Lenguaje que me mostro lo maravilloso que es estudiar esta y a sus docentes por sus conocimientos impartidos.

A mi tutora de proyecto de Investigación, Mg. María Elena Carreño Acebo que con sus conocimientos y paciencia me guio para la culminación satisfactoria de este proyecto de investigación.

Kimberly López checa

## RECONOCIMIENTO

Declaramos que el actual proyecto de investigación cuyo título es: La terapia miofuncional y su efecto en la deglución atípica, que pertenece a: Kimberly Tatiana López Checa, es original con sus respectivas evidencias mostradas a los miembros del tribunal de la facultad de Ciencias Médicas, carrera de Terapia de Lenguaje de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, el contenido de este proyecto de investigación es único de nuestros conocimientos intelectuales, usándose también párrafos existentes de trabajos acreditados.

---

Kimberly Tatiana López Checa

CI.131590044-7

## ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	i
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	i
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ABSTRACT .....	x
INTRODUCCIÓN .....	1
Preguntas directrices .....	4
Delimitación de Contenido. ....	4
Delimitación Espacial. ....	4
Delimitación Temporal. ....	4
Unidades de Observación.....	5
Hipótesis .....	5
Variables .....	5
Variable Independiente. ....	5
Variable Dependiente.....	5
Objetivo General .....	5
Objetivos Específicos.....	5
CAPITULO I.....	6
1. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. Deglución .....	6
1.2. Fases de la deglución.....	6
Fase oral preparatoria .....	7
Fase oral propulsiva .....	8
Fase faríngea .....	9
Fase esofágica.....	10
Sistema orofacial.....	11
1.3. ¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES OROFACIALES?.....	11
Función respiración .....	11
Función masticatoria.....	11
Función fonatoria .....	12
El habla.....	12
La succión.....	12
1.4. Trastornos o disfunciones orofaciales .....	13

Alteraciones de la respiración .....	13
Alteración en la masticación .....	13
Alteración en la deglución .....	13
Onicofagia:.....	14
1.5. DEGLUCIÓN ATÍPICA .....	14
1.6. Causas.....	16
1.7. Características .....	17
1.7.2. Deglutorias.....	17
1.8. Factores de riesgo .....	17
1.9. Tratamiento .....	18
1.10. TERAPIA MIOFUNCIONAL .....	19
Ejercicios Isotónicos.....	22
Ejercicios Isométricos .....	22
Ejercicios de los labios .....	22
Movimientos de mejillas: .....	23
Ejercicios de masticación de la terapia miofuncional .....	23
Técnicas para inhibir la protrusión lingual:.....	24
Ejercicios de terapia miofuncional respiratoria .....	25
CAPÍTULO II .....	27
2. Diagnóstico estudio de campo .....	27
2.1 Tipo de investigación .....	27
2.2.1. Métodos de investigación.....	27
2.2.2. Método documental.....	27
2.2.3. Método analítico.....	27
2.2.4. Método explicativo .....	27
2.2.5. Método estadístico: .....	27
2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN. ....	27
2.3.1. Observación.....	28
2.3.2. Trabajo de Campo .....	28
2.3.3. Cuestionario.....	28
2.4. POBLACION Y MUESTRA.....	28
CAPITULO III .....	38
3. DISEÑO DE LA PROPUESTA.....	38
3.1 Denominación de la propuesta. ....	38



3.2 Objetivo General.....	38
3.3 Objetivos Específicos .....	38
3.4 Fundamentación de la propuesta .....	38
3.5. Resultados esperados de la propuesta. ....	39
4. CONCLUSIONES.....	41
5. RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43
Anexos .....	45

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Género .....	29
Tabla 2: Antecedentes alimenticios.....	30
Tabla 3: Enfermedades asociadas.....	31
Tabla 4: Parafunciones o hábitos lesivos.....	32
Tabla 5: Tratamiento realizado o en curso.....	33
Tabla 6: hábitos de alimentación.....	34
Tabla 7: Hábitos alimenticios. ....	35
Tabla 8: Hábitos alimenticios .....	36
Tabla 9: Modo de respiración.....	37

## RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se dará a conocer conceptos sobre lo que es una correcta deglución las fases de esta y como se puede cambiar cuando los niños adoptan malos hábitos, postura y uso inadecuado de la lengua en el acto de la deglución que pueden ocasionar problemas en las funciones orales, respiración, habla, masticación, malformaciones y defectos oclusales.

También explica como la terapia miofuncional puede reducir esa mala deglución ya que esta comprende un conjunto de procedimientos y técnicas utilizadas con el fin de obtener la corrección del desequilibrio muscular orofacial los objetivos de esta investigación se basan en automatizar un patrón muscular funcional apropiado para eliminar la deglución atípica mediante la terapia miofuncional y sus diferentes estrategias.

El estudio de esta investigación se lo realizó en la Unidad de Educación Especializad Angélica Flores de la ciudad de Manta en el área de retos múltiples en los escolares de 14 a 15 años de edad en esta área se evaluó a 14 estudiantes y se le realizó un cuestionario a las madres el cual se utilizó como estrategia para ver características sobre la deglución atípica y así obtener estrategias para la posible rehabilitación mediante la terapia miofuncional y con ello que puedan mejorar la calidad de vida y su alimentación.

**Palabras claves:** deglución atípica, malos hábitos, terapia miofuncional

## **ABSTRACT**

The present work of investigation will be released concepts about what is a correct swallowing phases of this and how it can be changed when children adopt bad habits, posture and inappropriate use of the tongue in the act of swallowing that can cause problems Oral functions, breathing, speech, chewing, malformations and occlusal defects.

Also show how myofunctional therapy can reduce this bad swallowing since it includes a set of procedures and techniques used in order to obtain correction of the orofacial muscle imbalance.

The objectives of this research are based on automating an appropriate functional muscle pattern to eliminate atypical swallowing through myofunctional therapy and its different strategies.

The study of this research was carried out in the special school Angelica Flores of the city of Manta in the area of multiple challenges in schoolchildren from 14 to 15 years of age. In this area, 14 students were evaluated and a questionnaire was carried out. the mothers and with this it was possible to verify how the strategies of the myofunctional therapy we can obtain a better swallowing leaving aside the associated bad habits and power to improve the quality of life and feeding of these children.

Keywords: atypical swallowing, bad habits, myofunctional therapy

## INTRODUCCIÓN

La deglución atípica es una variante alimentaria causada por ruptura en la coordinación de los movimientos musculares faciales que origina anomalías dentomaxilares y foniátricas. Es por eso que se producen los malos hábitos que pueden modificar la función de la musculatura orofacial y causar problemas a la hora de ingerir los alimentos y en conjunto con esto puede traer problemas de mala oclusión, falta de cierre labial, una inadecuada respiración, problemas del habla y en muchos casos hasta desnutrición debido a los malos hábitos que hay dentro de la deglución, de acuerdo a esto, el presente estudio sobre la Terapia Miofuncional y su efecto en la Deglución Atípica que se lleva a cabo en la Unidad Educativa Especial Angélica Flores en el área de retos múltiples aquí radica su importancia por la prevalencia de deglutores atípicos que existen en esta área las alteraciones producidas dependerán de la duración, intensidad y frecuencia del hábito que el paciente lleve.

Estudios llevados a cabo en Europa y en Norteamérica evidencian una incidencia de la patología en la población de entre el 38% y el 62% (Vierna, 2005)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con hábitos bucales. (Carmen T. Medina A.1, 2010)

Los hábitos encontrados con más frecuencia fueron: la deglución atípica y la respiración bucal, seguidos en tercer lugar por el hábito de succión digital el grado de las alteraciones producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito, como así también de las características biotipológicas del paciente.

En Ecuador se han realizado estudios en la ciudad de Loja donde se muestran una prevalencia del 71% de niños que tienen problemas de deglución atípica.

(Cuenca, 2015). Se reflejan daños estructurales y funcionales que han sido ocasionados por un hábito de respiración inadecuada y que impiden que la deglución se pueda ejecutar con normalidad. Por lo tanto, los resultados apuntan hacia la existencia de una clara relación entre respiración oral y deglución atípica. Y esta puede ser detectada cuando se proyecta la lengua en la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua. Estos traen consigo problemas de pronunciación de ciertos fonemas.

La deglución atípica puede provocar malformaciones dentomaxilares la persistencia de la deglución atípica es un problema que no debe subestimarse, ya que puede afectar negativamente en el desarrollo de los huesos maxilares durante el crecimiento, y puede determinar una maloclusión y, por consiguiente, alteraciones estéticas y funcionales **(Giuca, Pasini, Pagano, Mummolo y Vanni, 2013)**. Los problemas deglutorios afectan en la masticación y el movimiento del bolo alimenticio a la hora de masticar el alimento, también se encontrará problemas en el habla provocando dificultad en la hora de la pronunciación de ciertos fonemas y se aumentará también la probabilidad de malos hábitos como la respiración bucal.

La persistencia de hábitos orales nocivos puede afectar tanto al patrón de crecimiento y desarrollo normal como a las funciones del sistema estomatognático. Una vez que se ha ejercitado cada uno de los órganos que intervienen en el funcionamiento deglutorio, el último paso que se realizará en el tratamiento será el aprendizaje de una deglución normal, en el que los alimentos sólidos le permitirán mejorar la propiocektividad y ejercitar la musculatura para la masticación, y los alimentos líquidos requerirán una mayor fuerza de succión y velocidad de deglución según **Aragón Jiménez (2009)**.

La terapia miofuncional (TMF) se define como: "El conjunto de procedimientos y técnicas utilizados para la corrección del desequilibrio muscular orofacial, la creación de nuevos patrones musculares en la deglución, la creación de patrones adecuados para la articulación de la palabra, la reducción de hábitos nocivos y el mejoramiento de la estética del paciente". **Meyer, L.A. (2004), Abello y cols. (2005)**.

Se puede corregir estas disfunciones orofaciales que interfiere en el paso normal de los alimentos, ejercitar los músculos de la masticación, y trabajar en una correcta pronunciación ya que en ella se ve afectada en la deglución atípica.

Los entrenamientos que se realizan en la terapia miofuncional son diversos se inicia por realizar masaje a nivel facial para cada uno de los músculos que intervienen en la masticación y deglución, con múltiples ejercicios de fuerza o relajación dependiendo del tono muscular en que se encuentre el usuario para poder lograr una fortaleza mayor o de relajación en los músculos que intervienen en la deglución, se producen praxias a nivel labial, lingual y mandibular, que permiten conseguir agilidad y movilidad en dichas zonas. Además, se emplean ejercicios deglutorios sin alimento para lograr una mecánica deglutoria adecuada.

Así mismo se realizan ejercicios deglutorios con diferentes texturas, materiales adecuados como cucharas y cantidades alimenticias para que logre ingerir alimentos de forma natural.

Es por eso que la presente investigación es de gran importancia ya que mediante la terapia miofuncional se verá el efecto que tiene la rehabilitación de la deglución atípica corrigiendo las disfunciones orofaciales que puedan interferir tanto en la producción del habla como en los malos hábitos y los problemas de alimentación. Siendo una gran necesidad la rehabilitación de la misma para poder obtener una mejor alimentación y con eso una mejor calidad de vida.

Este proyecto de investigación es factible porque cuenta con los recursos bibliográficos necesarios que permitirá la elaboración de la misma, se cuenta con el debido permiso y certificación por parte del distrito para poder realizar el respectivo cuestionario a los padres de la Unidad de Educación Especializada Angélica Flores área de retos múltiples. (Ver anexo 2 y 3).

## **Formulación del problema**

¿Cómo favorece la rehabilitación de la terapia miofuncional en la deglución atípica en niños que asisten a la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores en el área de retos múltiples?

## **Preguntas directrices**

¿Qué es la Terapia Miofuncional?

¿Qué es la Deglución?

¿Qué es la deglución atípica?

¿Cuáles son las consecuencias de la deglución atípica?

¿La terapia miofuncional mejora la función orofacial en niños con deglución atípica?

¿Los resultados obtenidos beneficiaron la calidad de vida de los pacientes que participaron en el estudio?

## **Delimitación de Contenido.**

- **Campo:** Salud y bienestar.
- **Área:** Terapia y rehabilitación de la salud.
- **Aspecto:** La terapia miofuncional y su efecto en la deglución atípica en la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores en el área de retos múltiples.

## **Delimitación Espacial.**

El presente trabajo de investigación se desarrolló en la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores de la Ciudad de Manta, Provincia de Manabí.

## **Delimitación Temporal.**

El trabajo de investigación se desarrolla en los meses de agosto a noviembre del año 2018.

## **Unidades de Observación**

Los niños del área de retos múltiples que asisten a la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores de la ciudad de Manta, provincia de Manabí.

## **Hipótesis**

La terapia miofuncional desarrolla las funciones orofaciales en niños con deglución atípica de la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores de la ciudad de Manta.

## **Variables**

### **Variable Independiente.**

La terapia miofuncional.

### **Variable Dependiente.**

Deglución atípica.

## **Objetivo General**

Automatizar un patrón muscular funcional apropiado para eliminar la deglución atípica.

## **Objetivos Específicos**

- Revisar los procedimientos para la aplicación de la terapia miofuncional en la rehabilitación de la deglución atípica.
- Desarrollar una mejor permanencia muscular de los órganos orofaciales con el fin de que sus movimientos se lleven en correcta coordinación.
- Reeducar los malos hábitos e instaurar nuevos patrones para la deglución y la validación de la terapia miofuncional en la deglución atípica.



# CAPITULO I

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1. Deglución

Después de comer y masticar, tragamos. Los componentes motores de la deglución son principalmente responsabilidad del vago (X) y glossofaríngeo (IX), con el hipogloso (XII) también inicialmente implicado. El vago inerva los músculos de la deglución y los sentidos, aunque sea inconscientemente, después de las etapas iniciales de su progreso. También está implicado en la fonación y el habla que están relacionados con la deglución en los que muchos de los músculos y nervios son los mismos. Estos procesos son ayudados por el nervio glossofaríngeo que, junto al nervio vago, lleva información sensorial al cerebro, y participa en la percepción del gusto y el control de las secreciones salivares. **(MONKHOUSE, 2014, p. 59).**

En la deglución intervienen múltiples sistemas funcionales y estructuras corporales: estado de conciencia, cavidad oral, estructuras óseas, tejidos blandos, pares craneanos (V, VII, IX, X, XI y XII), postura y sostén de tronco. Algunas pruebas permiten evaluar la deglución sin equipos especiales: test de deglución en seco, test de deglución repetitiva de saliva, test de deglución de agua, test de agua coloreada, auscultación cervical de la deglución y el test de provocación de la deglución. **(ORTÍZ , RINCÓN, & MENDOZA, 2016, p. 34).**

Se considera deglución a el paso de los alimentos desde la boca a la faringe y luego hasta el esófago, esto es responsabilidad del vago y glossofaríngeo, con el hipogloso estos alimentos son masticados por los dientes, amasados por la lengua y humedecidos por la saliva luego la lengua empuja y allí ingresan en la faringe.

### 1.2. Fases de la deglución

La deglución está dividida en fases que modifican durante el desarrollo normal debido a la maduración anatómica y fisiológica. Inicia a las doce semanas de

edad gestacional y hasta las 34 semana la mayoría de los bebés son capaces de realizar esta función. En los lactantes y niños pequeños es un proceso dinámico debido al crecimiento y desarrollo. El recién nacido es capaz de respirar y deglutir simultáneamente, habilidad que luego pierde. En el recién nacido y el lactante menor, la secuencia de deglución consiste en el reflejo de succión, seguido por la deglución en sí y la respiración. Esta secuencia madura luego en cuatro fases: que son las siguientes:

### **Fase oral preparatoria**

Es definida como el primer paso del proceso de la deglución es voluntario y consta de una fase preparatoria, durante la cual el bolo alimenticio es procesado para la deglución mediante la masticación, y una fase de transferencia en la que el bolo, gracias a la contracción de la porción anterior de la lengua, pasa a la faringe. (Garijo, 2008).

La contracción de los músculos milohioideos provoca la elevación de la porción posterior de la lengua, lo que hace que el paladar blando ascienda, con lo que la nasofaringe queda sellada y se previene la aspiración nasal.

En esta fase se da lugar a la colocación de la comida dentro de la boca y la masticación y manipulación del alimento para la formación del bolo alimenticio, es importante que la boca se mantenga cerrada y el velo del paladar en la posición de bloqueo del paso del alimento hacia la nariz o faringe.

En esta fase podemos encontrar:

- Dificultad en colocar el alimento dentro de la boca por poca destreza a la hora de llevar la comida del plato o del vaso a la cavidad oral, provocando la caída de la misma antes de llegar a la boca.
- Dificultad para cerrar los labios y la mandíbula provocando la pérdida del alimento fuera de la boca.
- Alteraciones de los movimientos de la masticación, dificultando la unión de los alimentos sólidos en un solo bolo y poder mantenerlos entre la lengua y el paladar. Esto da lugar a restos de comida en la boca y adherencias al paladar y a la lengua. Además, se pueden producir

lesiones por morderse los labios, la lengua o las paredes laterales de la boca.

- Comer de forma acelerada e incontrolada con pérdida de la comida fuera de la cavidad oral; lo que se conoce con el nombre de ingesta compulsiva.

En esta, la primera fase de la deglución interviene una serie de movimientos coordinados de la mandíbula y maxilar que permiten la salivación, la masticación, el sellado labial de los alimentos previo al paso de los alimentos a la faringe.

### **Fase oral propulsiva**

La lengua hace propulsión del bolo alimenticio de la cavidad oral a la orofaríngea. Es voluntaria. Si el alimento es líquido la fase faríngea sigue inmediatamente, si es sólido puede demorarse 5 a 10 segundos mientras el bolo se acumula en la orofaringe y se desencadena el reflejo de deglución cuando el bolo alcanza la pared posterior de la faringe (Marco Antonio Reyes, 2006).

En esta fase podemos encontrar:

- Dificultad para que pase la comida de la boca a la faringe, quedando restos de comida en la cavidad oral y fuera de ella sin conseguir tragar todo el alimento.
- Dificultad que se escape la comida hacia la faringe antes de que se active el reflejo de deglución.
- Dificultad que hay riesgos de atragantamientos y de aspiraciones (que pase la comida al pulmón).
- Se necesite más de una deglución para conseguir tragar todo el alimento.

En esta fase el bolo alimenticio es recogido por la lengua la cual se eleva para presionar el bolo contra el paladar duro y desplazar el bolo hacia atrás concluye cuando se dispara el reflejo deglutorio que normalmente su duración no sobrepasa un segundo o uno y medio.

## **Fase faríngea**

Es un conjunto complejo de movimientos de la lengua, la faringe y la laringe, que conducen el alimento hacia el esófago, sin que caiga en la laringe y la tráquea. Es decir, momentáneamente la vía respiratoria se cierra y la vía digestiva se abre para recibir el alimento (Martinell, 2017).

Cuando el bolo pasa a la faringe, la contracción del músculo constrictor faríngeo superior contra el paladar blando, que a su vez se encuentra contraído, inicia una contracción peristáltica que progresa rápidamente en sentido distal para mover el bolo a través de la faringe y el esófago. Simultáneamente, la laringe y el hioides son retraídos hacia arriba y adelante, provocando la relajación del músculo cricofaríngeo, que forma parte del esfínter esofágico superior.

También se define como el conjunto de procesos comprendidos entre el paso del istmo de las fauces hasta que el bolo atraviesa el esfínter esofágico superior (EES). En ella se produce la separación funcional de la encrucijada Aero digestiva, que impide el paso de alimento a la vía respiratoria, para lo que se requiere una perfecta coordinación de los distintos movimientos. (B. Molina Gil)

En esta fase ocurren cuatro sucesos

1. El cierre del esfínter velofaríngeo
  2. La oclusión del esfínter laríngeo
  3. La propulsión del bolo a través de la faringe y la apertura del esfínter esofágico superior (EES).
- La oclusión del esfínter velofaríngeo comienza durante la fase oral y termina en la fase faríngea. Tiene por objeto aislar la orofaringe de la rinofaringe y así evitar el reflujo nasal de los alimentos.
  - La oclusión del esfínter laríngeo se realiza por medio del cierre de tres sistemas de válvulas de abajo hacia arriba: Cierre del plano cordal por los músculos tiroaritenoides, Cierre de bandas ventriculares por parte de los músculos tiroaritenoides, basculación de la epiglotis todos estos movimientos aíslan la vía aérea de la digestiva, asistidos además por el

ascenso de la laringe gracias a la contracción de los músculos suprahioides, situándose debajo de la base de la lengua lo que ocluye también el vestíbulo laríngeo.

- La propulsión del bolo a través de la faringe es originada por tres fuerzas: Retroceso de la base de la lengua que realiza un movimiento tipo pistón que coincide con el inicio de la onda peristáltica faríngea, y el movimiento de la epiglotis que dirige el bolo lateralmente hacia los senos piriformes. Peristaltismo faríngeo provocado por la contracción sucesiva de los constrictores superior, medio e inferior.

Esta fase se inicia cuando aparece el reflejo deglutorio y el paso del bolo por la faringe. Se consideran cinco procesos:

1. Cierre velofaríngeo el cual se eleva para prevenir la entrada de los alimentos a la nariz.
2. Cierre laríngeo se protege la vía respiratoria al descender la epiglotis.
3. Elevación y desplazamiento anterior de la laringe para proteger la tráquea
4. Peristaltismo faríngeo.
5. Relajación del esfínter esofágico superior para permitir que el bolo pase de la faringe al esófago.

### **Fase esofágica**

Ésta comprende contracciones musculares que realizan la propulsión del bolo a través del esfínter superior hasta el estómago. La fase esofágica de la deglución se encuentra totalmente a cargo del sistema nervioso autónomo a través de los nervios neumogástricos (X par) y los plexos simpáticos cervicales y torácicos. (Dr. Ignacio Mintz, 2014).

Durante la inspiración el movimiento del bolo aumenta, mientras que la presión positiva durante la espiración enlentece el mismo. El punto final de la deglución ocurre en la unión gastroesofágica, en donde fibras musculares

esofágicas y diafragmáticas se organizan para formar el esfínter esofágico inferior (EEI).

Esta fase comienza con la relajación del EES duración menor de 1 segundo como consecuencia de la llegada de la onda de contracción faríngea. El bolo es conducido desde la faringe al estómago a través del esófago.

### **Sistema orofacial**

Es el conjunto de órganos encargado de las funciones fisiológicas de respiración, succión, deglución, habla y fonación, incluyendo todas las expresiones faciales como: besar o sonreír. Está ubicado en la región cráneo-facial-cervical, por debajo se inicia en la cintura escapular y por la parte superior a nivel del punto craneométrico vextex en el plano sagital sin límites antero posteriores. (Palomero, 2012)

## **1.3. ¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES OROFACIALES?**

### **Función respiración**

La implicación de los órganos fonoarticulatorios con la función respiratoria va más allá del hecho de que el sistema respiratorio es el generador de la energía el soplo espiratorio que dará lugar a la producción de la voz. Durante la respiración tienen lugar a nivel laríngeo movimientos glóticos, que posibilitan los flujos aéreos inspiratorio y espiratorio.

### **Función masticatoria**

La masticación comprende un patrón cíclico y repetido de movimientos de rotación lateral de los labios y de la musculatura mandibular. Tiene por objetivo triturar y fragmentar los alimentos, mezclándolos con saliva para aumentar la superficie de alimento expuesto a la acción enzimática de la misma. (S. Souto, 2008).

El movimiento masticatorio puede comenzarse y pararse a voluntad, pero una vez iniciado continúa de forma totalmente automática por un mecanismo reflejo, cuyo centro de control está a nivel del tronco del encéfalo. El reflejo masticatorio se estimula con el contacto del alimento en la boca. Sin alimentos en su interior

mantenemos la boca cerrada gracias al cierre mandibular, sostenido contra gravedad por los músculos maseteros.

### **Función fonatoria**

La producción de la voz humana requiere de la acción coordinada de muchas estructuras del cuerpo. Para que el sonido se produzca es necesario contar con 3 componentes:

- Sistema respiratorio: Denominado el fuelle del aparato fonador, conformado por los pulmones y la musculatura toracoabdominal que genera la energía necesaria para movilizar la columna aérea que llega a la laringe.
- Sistema vibrador: Representado por las cuerdas vocales.
- Sistema resonador: Formado por la faringe, boca, dientes, fosas nasales, y senos paranasales.

Todas las cavidades situadas por encima de los pliegues vocales actúan o pueden actuar como cajas de resonancia de la voz. Se habla de resonadores o cavidades supraglóticas. La faringe funciona como uno de estos resonadores. Su estructura músculo aponeurótica permite movimientos de contracción y relajación, modificando el diámetro, la forma y el tamaño de ésta, lo cual, asociado a los movimientos de ascenso y descenso laríngeo, generan que la vibración de las cuerdas vocales mediante el aire espirado resuene con mayor o menor intensidad.

### **El habla**

**Souto y González (2003, p.92)**, explican: Es la capacidad de articular o proferir palabras para comunicarnos. Estas estructuras han experimentado en la especie humana un gran desarrollo evolutivo, tan bien medido, que es posible emitir complicadas señales habladas sin detrimento de realizar otras funciones vitales para el sujeto.

### **La succión**

El reflejo de succión es un reflejo arcaico que se da en los seres humanos durante las primeras semanas de vida, generalmente hasta los cuatro o seis meses. Se activa cuando un objeto entra en contacto con los labios del recién

nacido proporcionando que la boca se ponga a succionarlo. Su función es la de succionar el pezón de la madre para garantizar un amamantamiento más eficaz.

#### **1.4. Trastornos o disfunciones orofaciales**

##### **Alteraciones de la respiración**

La respiración oral es la que se efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz. Algunos autores distinguen la respiración oral o bucal del hábito de boca abierta, argumentando que muchos niños mantienen constantemente los labios separados por factores de incompetencia de la musculatura labial o problemas de oclusión dentaria que les impide mantenerlos juntos inconscientemente, sin que ello implique respiración bucal. **(Victoria Limasca, (2015, s.p.).**

##### **Alteración en la masticación**

Cuando la masticación es lateral y/o anterior, es decir, si masticamos marcadamente más de un lado que de otro y si utilizamos solo la zona premolar, caninos e incisivos, se producen alteraciones musculares en las articulaciones, y también en la oclusión. Algunas causas de esta alteración son:

- ✓ Ausencia de piezas dentarias por cambios en la dentición, por extirpación, traumatismos.
- ✓ Alteraciones o desequilibrios en la oclusión por dichas ausencias o por desequilibrios musculares.
- ✓ Respiración oral con la lengua adelantada con las consiguientes dificultades para la trituración del alimento.
- ✓ Factores psicológicos-conductuales relacionados con malos hábitos.

##### **Alteración en la deglución**

Cuando la deglución no sigue los patrones normales y equilibrados a los que nos referíamos en el punto anterior, hablamos de deglución atípica o disfuncional, la cual se da cuando la lengua, los labios o la musculatura peribucal interfieren presionando los dientes en una u otra dirección.



### **Onicofagia:**

Es un mal hábito de comerse las uñas, este hábito puede estar asociado a componentes emocionales, que genera en el sujeto una conducta que es autopercebida como "difícil de detener"

### **1.5. DEGLUCIÓN ATÍPICA**

La deglución atípica consiste en la postura y uso inadecuados de la lengua en el acto de deglución. Se define como "la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias" (**Zambrana y Dalva, 1998**). La lengua se posiciona entre los incisivos o se apoya contra su cara posterior al acabar la fase de masticación y realiza una presión contra ellos durante la fase de deglución.

La palabra atipia se emplea para indicar que algo se aleja de lo común. Pero en lo personal el término "deglución atípica" se define mejor con el concepto de "deglución infantil" La deglución a la que se hace referencia no es exactamente un estadio evolutivo sino una forma diferente de deglutir que puede ser la consecuencia de alteraciones anatómicas. Y esta se puede ver en niños o adultos de edad avanzada.

Algunos autores interpretan la deglución atípica como la persistencia del reflejo de deglución infantil. Probablemente la mayoría de niños cambian su forma de deglutir entre los dos y tres años. Inicialmente el bebé posee un reflejo de succión-deglución adaptado a la lactancia materna que abandona al adaptarse a la masticación y deglución de todo tipo de alimentos

La deglución atípica se detecta cuando los niños proyectan la lengua en la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua. (Reyes., 2013)

esto se traduce en problemas para pronunciar con claridad ciertos fonemas como: /D/, /T/, /L/, /N/, /R/.

La deglución atípica se da cuando la lengua, los labios o la musculatura peribucal infieren presionando los dientes en una u otra dirección (Alvador Borrás

Sanchis, 2011). Así, nos encontramos con diferentes posibilidades: deglución con interposición lingual entre los dientes, con empuje sobre los incisivos inferiores o superiores, deglución con interposición del labio inferior, con succión labial entre los incisivos, que provocan sobre todo mordidas abiertas anteriores, y deglución con interposición del labio inferior contra los incisivos inferiores.

- Deglución con interposición lingual: en este tipo de deglución, en el momento de tragar, los dientes no se ponen en contacto. La lengua se sitúa en los incisivos empujándolos, pudiendo a veces interponerse entre los molares y los premolares. La interposición de la lengua en la parte frontal o lateral produce mordida abierta anterior o lateral.
- Deglución con interposición labial: se produce por la interposición del labio inferior entre los dientes frontales en el momento de tragar. Aunque en reposo no suele haber contacto labial, la respiración es nasal.
- 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. Mayor riesgo de infecciones, ya que el aire que entra directamente por la boca no se filtra, ni se calienta, ni se humidifica antes de pasar a las vías aéreas inferiores.

En muchos casos una evaluación e intervención logopédica temprana puede evitar que se instauren patrones y hábitos incorrectos que generen anomalías estructurales en los órganos fonarticulatorios: maxilares, paladar, mejillas y dientes.

En la deglución atípica se pueden apreciar en ocasiones movimientos del cuello asociados a mala masticación, aspecto que en la deglución normal desaparece. Si el bolo está mal formado, los alimentos no están bien triturados, por lo que pueden existir dificultades para que estos sean introducidos en la orofaringe y la persona, por lo tanto, se ve obligada a realizar un movimiento de estiramiento del cuello y extensión de la nuca para ayudar al alimento a descender.

Según Queiroz (2002) este problema debe considerarse aparte de la deglución atípica, ya que es una adaptación a la mala masticación. Igualmente, se observa

la presencia de ruidos al tragar en las personas con deglución atípica porque realizan un exceso de fuerza y contracción del dorso lingual contra el paladar en el momento de la deglución. Además, mantienen residuos de alimentos en la boca después de deglutir debido a la hipotonía de los músculos de las mejillas, que favorece el almacenamiento de partículas en el vestíbulo de la boca.

## **1.6. Causas**

Es consecuencia de uno o varios factores que han incidido sobre la evolución de las praxias estomatológicas durante la infancia impidiendo la maduración adecuada y la adquisición de los patrones musculares adultos. Estos factores pueden ser de tipo hereditario, respondiendo a patrones de tipo óseo y a patrones de conductas heredados. Así, es frecuente observar degluciones difusionales en los padres de los niños que la presentan también podemos hablar de factores relacionados con una malnutrición, con dificultad para abandonar la alimentación materna o en el cambio de líquidos a sólidos.

La presencia de hábitos perniciosos o parafuncionales como consecuencia de falta de maduración a nivel orofacial son fácilmente observables en niños que siguen succionando objetos como: el dedo, los labios, entre otros y que, además han utilizado el chupete o el biberón hasta edades avanzadas. Otras causas favorecedoras de un tipo deglutorio disfuncional son: la respiración bucal, frenillos linguales y labiales cortos y amígdalas hipertróficas.

Algunas condiciones que alteran el proceso de deglución en el recién nacido y en el lactante son: **(Moyano, H., 1998)**

- Nacimiento prematuro.
- Bajo peso al nacer.
- Retardo madurativo.
- Problemas neurológicos transitorios o permanentes.

Producto de alguna de estas situaciones, se puede ver alterado el tríptico funcional Succión, Deglución, Respiración y se puede observar una succión débil que se reconoce por:

- Presentar una lengua plana, que no envuelve al pezón.

- Fácil retiro del pezón, por la escasa fuerza de succión.
- No se logra generar el estímulo suficiente para la buena producción y evacuación de la leche.
- Agotamiento rápido del niño, ante la escasa cantidad de leche que obtiene, frente a su gran esfuerzo.

## **1.7. Características**

### **1.7.1. Anatómico-funcionales:**

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

### **1.7.2. 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.
- Maseteros laxos.
- Los labios no sirven de muro de contracción por lo que suelen aparecer restos de alimentos y saliva en los labios.
- Movimientos acompañados de cabeza y cuello.
- Suele encontrarse paladar ojival estrecho que desubica la posición de la lengua.

## **1.8. Factores de riesgo**

Se ha observado que los hábitos orales, tipo de alimentación, anomalías anatómicas, hábitos posturales alterados, así como la respiración bucal y sus causas, son factores que se diferencian respecto a la población que presenta una deglución normal y que fácilmente conducirán por su parte a la atipia en la deglución. (Iranzo, 2011).

Algunos autores también han identificado como factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes la falta de armonía familiar y el bajo y sobrepeso del niño al nacer.

- Uso del biberón, considerado una de las causas de la deglución atípica.
- Uso de alimentos triturados más allá de la edad adecuada. La alimentación blanda exige poca actividad de la musculatura peri-oral, "situándonos en la etapa de deglución infantil y potenciando en consecuencia la aparición de un aparato estomatológico inmaduro.
- Hábitos orales nocivos: La persistencia de hábitos orales nocivos puede afectar tanto al patrón de crecimiento y desarrollo normal como a las funciones del sistema estomatognático.

### **¿La deglución atípica siempre se manifiesta de la misma forma?**

No, se puede manifestar de diversas formas:

- Se puede encontrar niños que contraen los músculos risorios (son los que se ven con los hoyuelos cerca de las comisuras), retrayendo el maxilar hacia dentro, la lengua queda en la base sin apoyar en el paladar y a este modelo le llamamos deglución atípica por contractura de la comisura labial.
- También se da la deglución atípica en niños que, con contracción de comisuras, colocan la lengua en los espacios interdentes (diastema) manteniéndola con excesiva presión, es la llamada deglución con presión atípica lingual.
- Cuando anatómicamente hay una retracción mandibular (prognatismo) y para conseguir el sellado labial la mandíbula debe adelantarse, al deglutir se vuelve a su sitio y el labio inferior se coloca en la cara anterior de los incisivos superiores, pasando a llamarse deglución con presión atípica labial.

### **1.9. Tratamiento**

Es de vital importancia que la deglución atípica se detecte de forma temprana ya que así, se evitará la aparición de posibles maloclusiones o problemas articulatorios que impidan una comunicación adecuada (Aragón Jiménez, 2009).

Para ello, la derivación temprana al logopeda es esencial, ya que será necesario una exhaustiva exploración, valoración y posterior rehabilitación.

Sin embargo, el diagnóstico de los trastornos que presenta el paciente deberá ser realizado por un equipo multidisciplinar, formado por el logopeda, otorrinolaringólogo, odontólogo y el psicólogo (Mohedano Irazo, 2011).

El tratamiento de la deglución atípica se basa fundamentalmente en la rehabilitación mediante terapia miofuncional, realizada por el logopeda y en algunos casos se precisa de la utilización de aparatología física o movable (rejilla lingual o perla de tucat) **(Castells, 1992; Grandi y Donato, 2008; Lugo y Toyo, 2011)**.

Para la intervención de estas alteraciones, existe la terapéutica de tipo miofuncional, que se enfoca a la corrección y manejo de la deglución en la fase oral, apoyando al balance orofacial a través de procedimientos y técnicas para la corrección del equilibrio en patrones neuromusculares, problemas de articulación lingüística, y reducción de hábitos orales nocivos, así como la modificación de la postura corporal general

#### **1.10. TERAPIA MIOFUNCIONAL**

La terapia miofuncional procede etiológicamente de terapia (curación) y mio (músculo), por lo que podría definirse como el estudio y tratamiento de los músculos relacionados con el habla, la dentición, la masticación/formación del bolo alimenticio, el tragado y todos los aspectos de la salud física y mental relacionado con ellos. En definitiva, es el conjunto de procedimientos para evaluar el patrón miofuncional orofacial para el habla y las funciones relacionadas (alimentación), y prevenir o intervenir los desórdenes miofuncionales orofaciales existentes. (Bartuilli, 2008).

Los bloques de mordida pasivos posteriores son aparatos funcionales que son usados para mordidas abiertas de 3 a 4 mm más allá de la posición de descanso. En los pacientes en desarrollo, éstos inhiben el crecimiento en altura del proceso dentoalveolar bucal, lo cual previene una rotación hacia abajo y atrás de la mandíbula. **(S. GILL & B. NAINI, 2013, p. 216)**.

Consiste en la reeducación de la musculatura lingual, respiratoria, masticatoria, labial y fonética; a través de una serie de ejercicios, con una dificultad creciente, que permiten consolidar a nivel del sistema nervioso central un reflejo normal.

La terapia miofuncional es un conjunto de procedimientos y técnicas para reeducar patrones musculares inadecuados y aberrantes. En 1920 el doctor Rogers en los Estados Unidos involucró la mioterapia al tratamiento de ortodoncia, haciendo énfasis en el equilibrio mantenido por las fuerzas intraorales y extraorales. Por ejemplo, un niño respirador bucal o con deglución atípica, presenta ciertas maloclusiones en relación a dichas disfunciones y no habrá éxito en el tratamiento ortopédico si no se realiza la reeducación de las funciones aberrantes, y al revés, si estas maloclusiones presentes no son tratadas, así se haga la terapia miofuncional no se llegará al éxito. La terapia miofuncional está orientada a lograr un correcto cierre bucal, dar equilibrio muscular y funcional del órgano bucal.

La reeducación neuromuscular trabaja en base a un plan terapéutico dirigido a:

- Músculos orofaciales.
- Interposición lingual y deglución atípica.
- Respiración bucal.
- Masticación temporal. (Sepúlveda, 2012)

Esta se puede definir como una herramienta de rehabilitación que utiliza un sin número de técnicas y procedimientos disciplinados que se encargan de corregir las disfunciones orofaciales que previene, valora, mejora o corrige dificultades relacionadas con el habla, la estructura de los dientes y las relaciones maxilares.

El tratamiento de la zona oral requiere de una serie de métodos para mejorar la movilidad, sensibilidad y funcionalidad de mejilla, boca, labios y lengua a través de ejercicios aislados y otros ligados a funciones que implican coordinación, como succión, reflejo de morder y la deglución correcta. (Velasco, 2011)

El conjunto de procedimientos y técnicas utilizadas en la corrección del desequilibrio muscular orofacial, crea un nuevo comportamiento muscular normal, puesto que es en la zona oral, donde se encuentran los órganos que intervienen en diferentes funciones, estas a su vez cambian y maduran el desarrollo del individuo, cuando existen alteraciones con respecto al tono muscular oral, debido a rigidez y tensión muscular.

Las funciones básicas de estas zonas abarcan desde la respiración, masticación, habla, succión, deglución y otras secundarias como pueden ser bostezar, escupir, llorar, soplar, vomitar, de ahí la importancia de esta herramienta de rehabilitación logopédica en un sinnúmero de disfunciones. (Cortavita, 2018)

### **¿Qué objetivos se pretenden con la Terapia Miofuncional?**

Los objetivos son varios:

- Corregir las alteraciones anatómicas producidas por los malos hábitos: succión del dedo pulgar con apoyo palatal, permanencia de chupete, hábito prolongado de tetinas.
- Reorganizar el equilibrio muscular de los órganos orofaciales con el fin de que sus movimientos y praxias estén en perfecta coordinación.
- Conseguir una mejora en la oclusión modificando los patrones incorrectos por un desequilibrio de fuerza muscular.
- Reeducar el modelo respiratorio que con frecuencia ocasiona una hipotonía del velo del paladar. En muchos niños la hipertrofia de vegetaciones adenoideas (HVA) y la hipertrofia amigdalina (HA) obligan a convertirlos en respiradores bucales persistiendo este modelo aun después de su extirpación.
- Procesos respiratorios, pulmonares y alérgicos (bronquiolitis, bronquitis, procesos asmáticos, crisis alérgicas) en su primer año de vida manteniendo la incorrecta respiración derivada de su proceso inflamatorio.

Otro de los objetivos es el de modificar la interposición lingual entre los arcos dentarios impidiendo la correcta oclusión. La musculatura peribucal se contrae impidiendo la movilidad de la mandíbula y con ello el desarrollo de los maxilares



ocasionando un desajuste mandibular. A esta alteración se le denomina deglución atípica (Ortofon, 2017)

### **1.11. Ejercicios de la lengua para la corrección de la deglución atípica**

El niño con deglución atípica, cuando deglute, efectúa una serie de contracciones musculares que pueden incluir los labios, los carrillos y el mentón; en donde, además, se interpone la lengua entre los incisivos al deglutir. Objetivos al deglutir:

- Labios cerrados.
- Molares en contacto.
- Punta de la lengua en el lugar.

#### **Ejercicios Isotónicos**

Son movimientos repetidos sin resistencia que se emplean sobre todo en las primeras sesiones con pacientes muy afectados, ejemplo: realizar movimientos pasivos de movilización de la mandíbula en un paciente que no la mueve voluntariamente, mover la lengua de forma pasiva de derecha e izquierda (sujetándola en pinza con dos dedos)

#### **Ejercicios Isométricos**

Son movimientos con resistencia, ejemplo: el niño abre la boca voluntariamente y el fonoaudiólogo aplica resistencia moderada a la apertura, el niño intenta llevar sus labios en protrusión y el terapeuta ejerce presión sobre ellos

#### **Ejercicios de los labios**

- Colocar los labios juntos proyectándolos hacia adelante y después contrayéndolos. Este ejercicio produce una independencia labial porque trabajan los músculos orbiculares y buccinadores.
- Hacer un buche de aire inflando la mejilla de derecha a izquierda alternadamente.
- Vibrar los labios.

- Abrir y cerrar los labios dejándolos contraídos, como pronunciando las vocales O, U, O, U. Estimula el tonismo de los músculos orbiculares de los labios.
- Con la boca entreabierta se lleva con fuerza la mandíbula hacia atrás estirando las comisuras y el labio inferior hacia atrás, haciendo presión sobre la cara vestibular de los incisivos inferiores
- Sostener una tarjeta plastificada entre los labios mientras se estudia o se ve televisión.
- Tener un botón grande agarrado de un hilo largo y colocado en el vestíbulo de la boca entre los labios y los dientes, y tirando el niño del otro extremo del hilo, evitando que el botón salga de la boca haciendo presión con los labios, esto ayuda al cierre bucal.
- Sensibilidad de las encías: Aplicar con el dedo índice tres movimientos a cada lado ejerciendo presión y después de ellos se espera que el niño trague

Alargar los orbiculares con las manos en un movimiento decidido y luego relajado en cada labio independientemente, aplicar hielo para una rápida contracción y cierre. Con la mandíbula parcialmente abierta y los labios relajados, colocar el dedo índice sobre el labio superior y presionar con fuerza de esta manera se favorece el cierre de los labios se reduce el babeo y se facilita el cierre de la boca

### **Movimientos de mejillas:**

Introducir un dedo a lo largo de éstas por fuera y otro por dentro en forma de pinza (dedos índice y pulgar), realizar movimientos de vibración, y de empuje, hacia adelante favoreciendo su estiramiento.

### **Ejercicios de masticación de la terapia miofuncional**

Se debe definir si el paciente tiene una función masticatoria tipo temporal, pterigoidea o maseterina, recordar que esto es de gran importancia porque es determinante en la conformación del órgano bucal para bien o para mal.

Las facetas de desgaste de los dientes anterosuperiores y de los caninos son determinantes en la evaluación clínica. El niño masticador tipo temporal

desgasta la cara palatina de incisivos y caninos desde el borde incisal hasta gingival. Sólo ejecuta movimientos de apertura y cierre, es decir es patológica y necesita terapia miofuncional.

En el niño masticador maseterino se observa movimientos de diducción, en donde desgasta las cúspides de caninos y de los posteriores generando crecimiento bimaxilar tridimensional. La masticación pterigoidea se manifiesta en los pacientes de Clase III o mordida cruzada anterior

Ejercicios:

- Abrir y cerrar la boca lentamente.
- Abrir y cerrar la boca rápidamente.
- Abrir la boca lentamente y cerrarla rápidamente.
- Abrir la boca rápido y cerrarla lentamente.
- Mover la mandíbula hacia la derecha e izquierda lentamente tocando las superficies oclusales.
- Mover la mandíbula hacia adelante y hacia atrás, tocando las superficies oclusales.

Cuando el niño realice bien los anteriores ejercicios, deberá hacerlos con un chicle a una velocidad normal durante 10 minutos todos los días.

Estos ejercicios estimulan la masticación maseterina ejercitando principalmente los músculos pterigoideo externo e interno, fibras horizontales del temporal y músculo masetero profundo.

### **Técnicas para inhibir la protrusión lingual:**

Para que la lengua adopte una posición correcta dentro de la boca se masajean los músculos de la base de la mandíbula con un movimiento anteroposterior en dirección al cuello ejerciendo una presión firme, con las manos o un vibrador, también se puede beber de una botella con el cuello pequeño o ejercer presión bajo la boca con el dedo índice. Introducir un fino chorro de agua a presión bajo la boca después de las comidas favorece la limpieza de cuerpos extraños y la deglución

## **Ejercicios de terapia miofuncional respiratoria**

La respiración nasal es la normal, es la ideal y está acompañada de cierre labial influyendo en el correcto desarrollo del órgano bucal. La respiración bucal es causa de maloclusiones.

### **Características de respiración oral o mixta:**

- Incompetencia oral anterior por falla de cierre labial.
- Labio superior corto e hipotónico con superficie seca, agrietada (acompañada esta respiración oral por obstrucción alta) dando como consecuencia protrusión superior dentoalveolar.
- Las encías al estar en contacto con un medio seco como es el aire se inflaman, inclusive generando halitosis.
- Narinas estrechas, diámetro transversal del orificio nasal disminuido por hipotonismo en las fibras anteriores del músculo transverso de la nariz y de los dilatadores propios de las aberturas nasales.
- Mordida abierta anterior Mordida cruzada posterior.

La terapia miofuncional respiratoria está orientada a corregir la respiración bucal convirtiéndola en un ciclo respiratorio nasal:

- Estando el paciente acostado se le colocará sobre el abdomen a la altura del diafragma un libro no tan pesado para que tenga sensaciones propioceptivas durante la inspiración.
- El paciente infla los pulmones de aire lentamente, inspirado por la nariz haciendo subir el libro que está sobre el abdomen, luego espirar el aire por la nariz en donde el libro ayudará en ese movimiento.
- El paciente de esta manera, viendo subir y bajar el libro, aprenderá y controlará la respiración diafragmática. Hacer el ejercicio varias veces.
- Se debe hacer rodar un lápiz de color sobre un vidrio mediante la espiración nasal.
- El paciente también deberá practicar con la espiración nasal apagando una vela en varias ocasiones como ejercicio.

- Hacer los anteriores ejercicios de los labios. (Sepúlveda, respiracion mixta , 2012)

## CAPÍTULO II

### 2. Diagnóstico estudio de campo

#### 2.1 Tipo de investigación

Este proyecto de investigación es cualitativo y cuantitativo, su estudio se centró en la comprobación y análisis sobre la terapia Miofuncional y su efecto en la Deglución Atípica. Se reconoce la investigación documental-bibliográfica, porque tuvo como propósito conocer, comparar, profundizar y deducir los diferentes enfoques, teorías, y criterios de diferentes autores sobre la problemática.

Se relaciona también con la investigación de campo que permitió asistir al lugar de estudio para poder aplicar el cuestionario y la recolección de la información necesaria.

##### 2.2.1. Métodos de investigación.

Se utilizaron los siguientes métodos:

**2.2.2. Método documental:** Reflexiona sobre realidades usando para ello diferentes tipos de documentos.

**2.2.3. Método analítico:** Permitted la descomposición de las dos variables en este caso la terapia miofuncional y su efecto en la deglución atípica.

**2.2.4. Método explicativo:** Se dio la explicación de ciertas posturas dentro de la investigación y la explicación de los resultados obtenidos.

**2.2.5. Método estadístico:** Se empleó para obtener información factible aplicada específicamente a los resultados obtenidos de la aplicación de cuestionarios.

#### 2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

Las técnicas que se aplicaron en este proyecto de investigación son:

**2.3.1. Observación:** Se utilizó la observación directa a los niños de la escuela especial y a los padres antes y durante el proceso de investigación y me permitió un análisis sin interrupción alguna.

**2.3.2. Trabajo de Campo:**

Recolección de datos relevantes por medio de un cuestionario realizado a los padres acerca de la información de los niños de la Escuela Especial Angélica Flores del área de retos múltiples (ver anexo1).

**2.3.3. Cuestionario:** Se facilitó mediante una serie de preguntas para obtener información personalizada y confirmación de las variables.

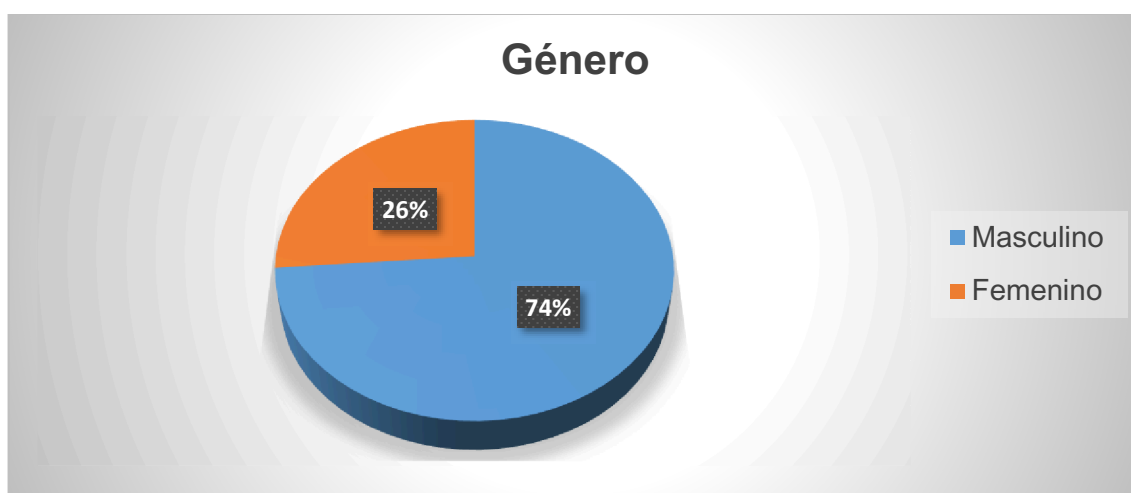
**2.4. POBLACION Y MUESTRA.**

La población y muestra para efectos del proyecto de investigación presentado lo constituyen 14 personas que involucra a los niños y a las mamás de la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores del área de retos múltiples, para lo cual se ha realizado un cuestionario.

## 2.5. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.

**Tabla 1:** Género

sexo	
genero	
Masculino	9
Femenino	5



**Fuente:** Encuesta aplicada a niños de la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores del área de retos múltiples

**Investigadora:** Kimberly Tatiana López Checa.

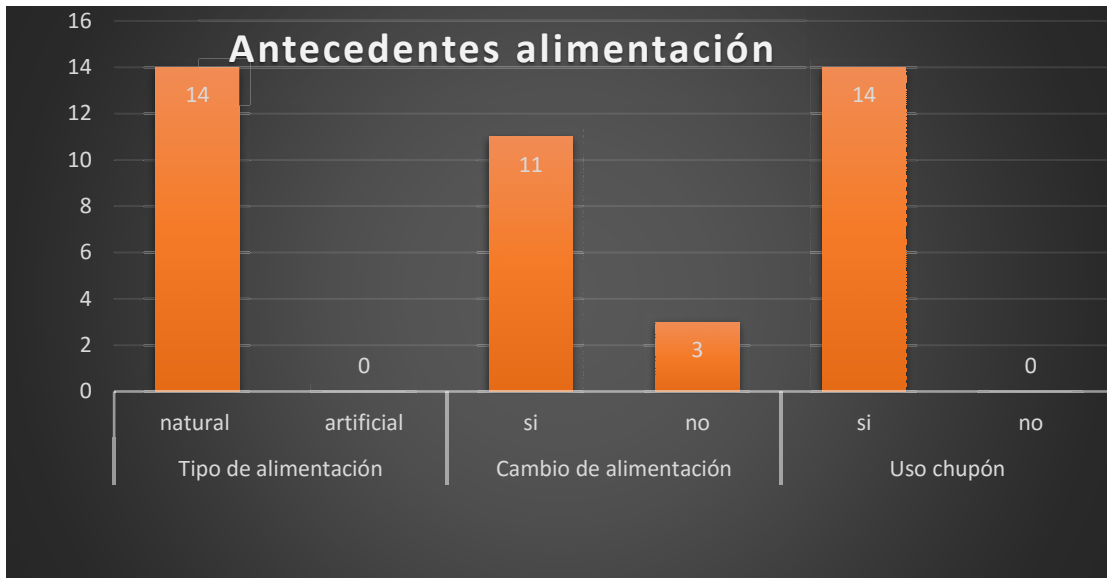
### Análisis e interpretación #1

En la tabla y gráfico #1 podemos observar que en el área de retos múltiples de la Escuela Especializada Angélica Flores hay un 64% de niños con sexo masculino y en un menor grado teniendo el 36% son de sexo femenino.



**Tabla 2:** Antecedentes alimenticios

<b>Tipo de alimentación</b>	natural	14
	Artificial	0
<b>Cambio de alimentación</b>	Si	11
	No	3
<b>Uso chupón</b>	Si	14
	No	0



**Fuente:** Encuesta aplicada a niños de la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores del área de retos múltiples

**Investigadora:** Kimberly Tatiana López checa

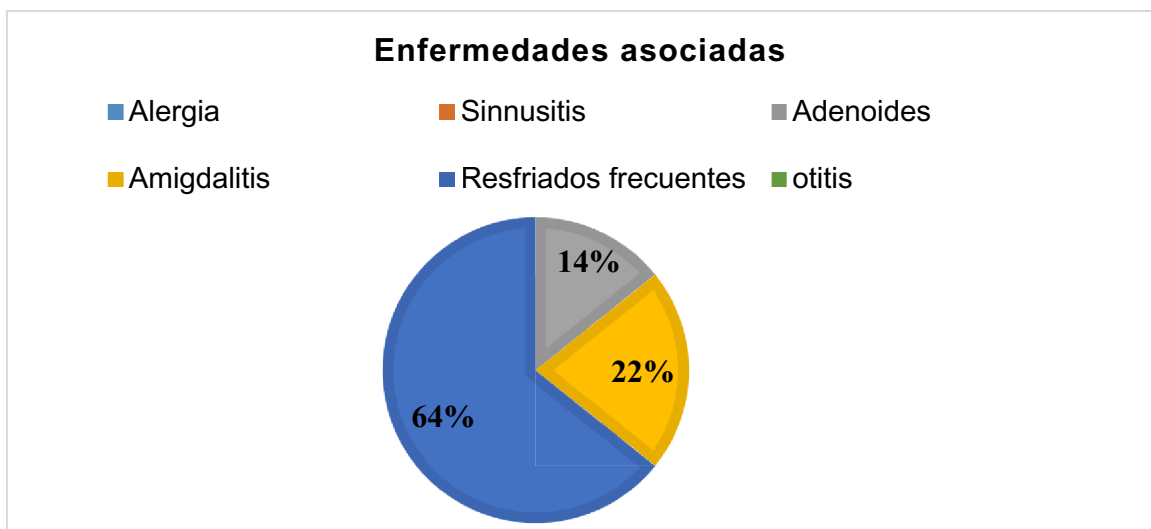
### **Análisis e interpretación #2**

En la tabla y gráfico #2 podemos observar que existe un 100% de niños con alimentación natural, el 79% de los niños observados si presenta dificultad ante el cambio de alimentación a diferencia del 21% que no la tiene, y también podemos observar que el 100% de la muestra hizo uso del chupón.

se puede establecer que los niños de área de retos múltiples se pueden alimentar de manera natural sin necesidad de usar sondas para el paso de la comida, presentan dificultades deglutorias al realizar cambios bruscos en la alimentación, y solo una minoría en esta población no presenta dificultades. se cree que el chupón puede favorecer al niño, pero lo que hace es la alteración de los pliegues dentales alterando la cavidad oral y por ende provocar lesiones físicas que influyen en una mala deglución.

**Tabla 3:** Enfermedades asociadas

Enfermedades asociadas	
Alergia	
Sinusitis	
Adenoides	2
Amigdalitis	3
Resfriados frecuentes	9
Otitis	



**Fuente:** Encuesta aplicada a niños de la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores del área de retos múltiples

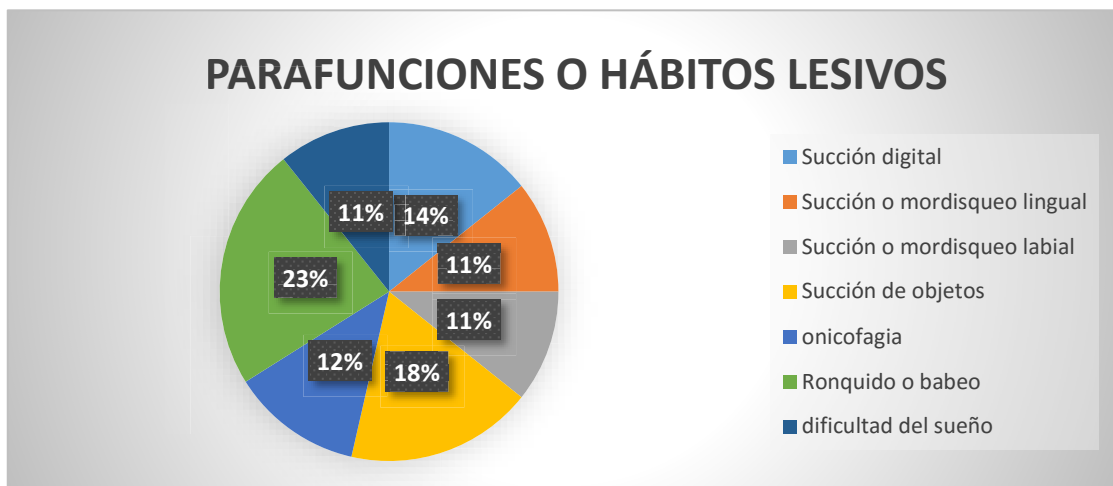
**investigadora:** Kimberly Tatiana López Checa.

### Análisis e interpretación #3

De acuerdo a la tabla y gráfico #3 podemos ver que entre las enfermedades asociadas se encuentra en mayor porcentaje los resfriados comunes en un 64%, seguido de la amigdalitis presentada en un 22% y los adenoides en un 14%. podemos ver que los resfriados comunes suelen estar con frecuencia en los niños del área de retos múltiples bachillerato, seguidos de inflamaciones de las amígdalas y adenoides, en poca frecuencia o en minoría se vieron casos de alergias, sinusitis u otitis.

**Tabla 4:** Parafunciones o hábitos lesivos

PARAFUNCIONES O HABITOS LESIVOS	
Succión digital	8
Succión o mordisqueo lingual	6
Succión o mordisqueo labial	6
Succión de objetos	10
Onicofagia	7
Ronquido o babeo	13
Dificultad del sueño	6



**Fuente:** Encuesta aplicada a niños de la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores del área de retos múltiples

**Investigadora:** Kimberly Tatiana López Checa.

#### **Análisis e interpretación #4**

De acuerdo a la tabla y gráfico #4 podemos ver la frecuencia en que se presentan los hábitos lesivos teniendo en mayor porcentaje el ronquido o babeo en un 23%, seguido de la succión de objetos presentado en un 18%, la succión digital en un 14%, onicofagia en un 12%, en un 11% se presentó la dificultad del sueño, succión o mordisqueo lingual, succión o mordisqueo labial. podemos observar que presentan ronquido o babeo, realizaran la succión de objetos es decir con frecuencia llevaran a su boca lo que presenten en sus manos o tengan cerca, la succión digital y la onicofagia es un hábito lesivo muy frecuente no solo en niños con retos múltiples, en menor frecuencia podemos ver que se realiza la

succión o mordisqueo labial, succión o mordisqueo lingual y la dificultad del sueño.

**Tabla 5:** Tratamiento realizado o en curso

Tratamiento realizado o en curso	
Ortodoncia	13
Logopédico	12



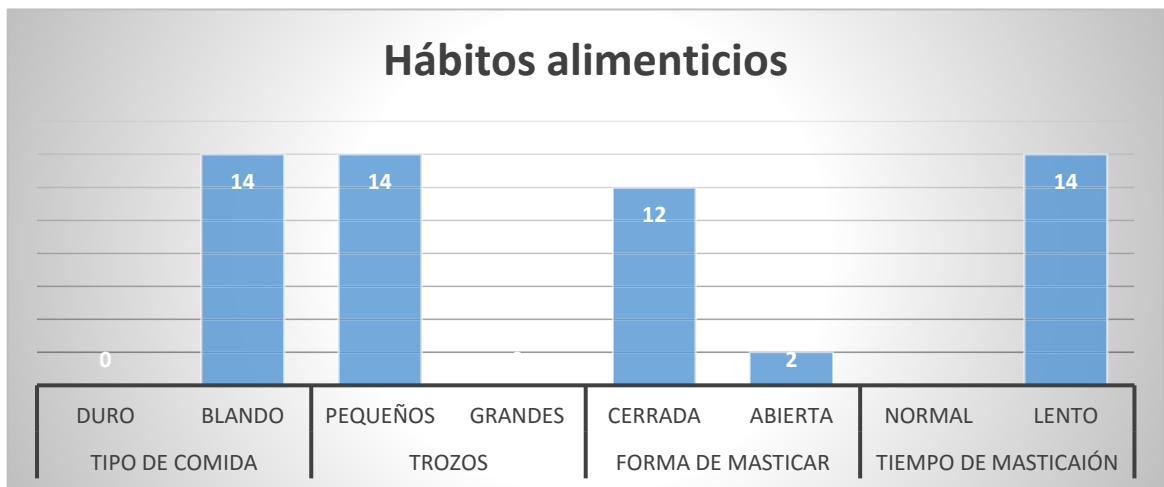
**Fuente:** Encuesta aplicada a niños de la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores del área de retos múltiples  
**Investigadora:** Kimberly Tatiana López Checa.

### **Análisis e interpretación #5**

De acuerdo a la tabla y gráfico #5 podemos observar que entre los tratamientos realizados o en curso se presenta en mayor frecuencia la ortodoncia teniendo un 52% a diferencia del tratamiento logopédico que se presentó en un 48%. Podemos ver que debe realizarse tratamientos de ortodoncia y logopédico en pacientes del área de retos múltiples bachillerato por la frecuencia en la que se presentan alteraciones en la cavidad oral y como esto radica de manera negativa en la deglución de estos pacientes

**Tabla 6:** hábitos de alimentación

Hábitos alimenticios		
Tipo de comida	Duro	0
	Blando	14
Trozos	Pequeños	14
	Grandes	0
Forma de masticar	Cerrada	12
	Abierta	2
Tiempo de masticación	Normal	
	Lento	14



**Fuente:** Encuesta aplicada a niños de la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores del área de retos múltiples

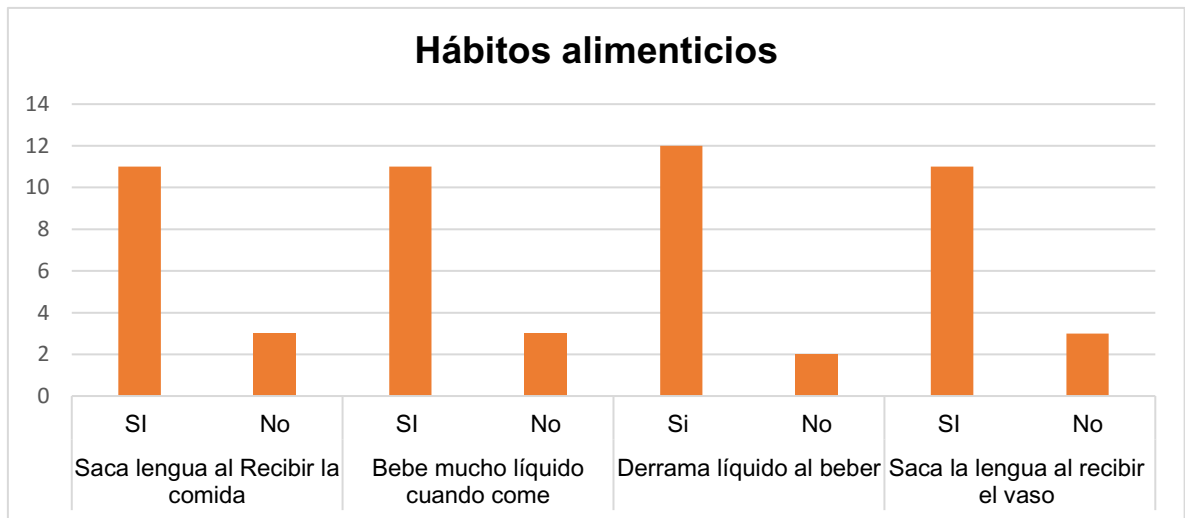
**Investigadora:** Kimberly Tatiana López Checa.

### Análisis e interpretación #6

De acuerdo con la tabla y gráfico #6 podemos ver que los pacientes con dificultad deglutoria tienen un tipo de alimentación de comidas blandas en un 100%, también podemos ver que el tamaño de los alimentos ingeridos se da en trozos pequeños en un 100%, que la forma de masticación que se presenta en mayor frecuencia es la abierta con un 86% a diferencia de la cerrada presentándose en un 14%, podemos percatar que el modo de la masticación es lento en un 100%. Se puede establecer entonces que debido a las probabilidades de atragantamiento por las dificultades deglutorias de estos pacientes se realiza la ingesta de alimentos de consistencia blanda, que la ingesta de alimentos en trozo grandes no es una opción recomendable, por lo que la ingesta de pequeños bocados de alimentos es lo más factible.

**Tabla 7:** Hábitos alimenticios.

Hábitos alimenticios		
Saca la lengua al recibir la comida	Si	11
	No	3
Bebe mucho líquido cuando come	Si	11
	No	3
Derrama líquido al beber	Si	12
	No	2
Saca lengua al recibir el vaso	Si	11
	No	3



**Fuente:** Encuesta aplicada a niños de la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores del área de retos múltiples

**Investigadora:** Kimberly Tatiana López Checa.

### **Análisis e interpretación #7**

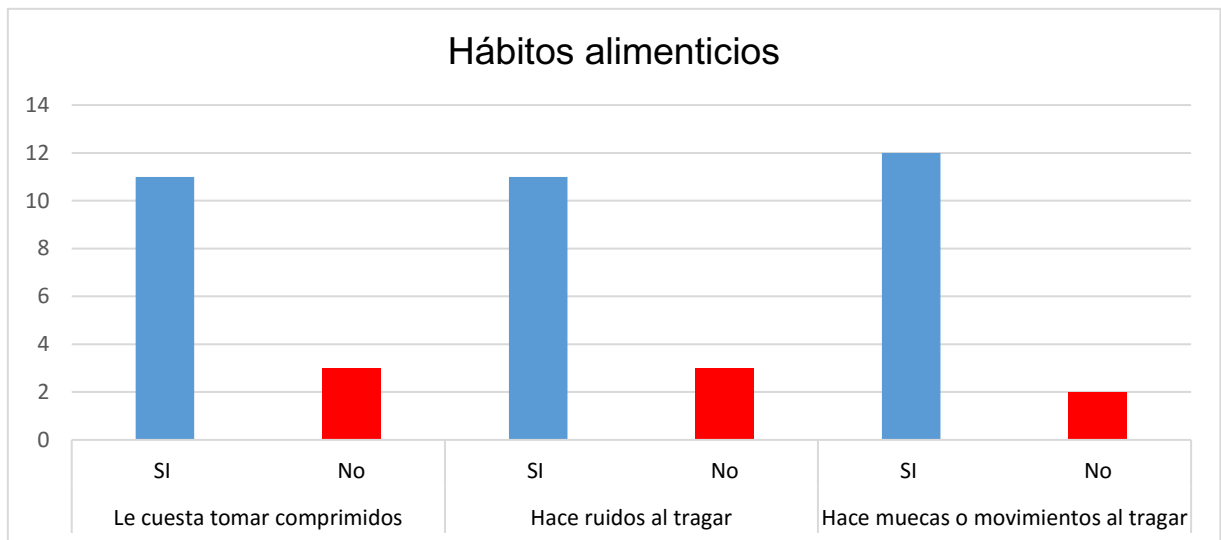
De acuerdo a la tabla y gráfico #7 podemos ver que en un mayor porcentaje la muestra analizada saca la lengua al recibir el alimento en un 79% a diferencia de un 21% que no lo hace, el 79% de los niños con problemas en la deglución beben demasiado líquido durante la comida a diferencia de un 21% que no lo hace, el 79% de los niños con problemas en la deglución saca la lengua al recibir el vaso a diferencia de un 21% que no lo hace, el 86% de los niños con problemas en la deglución derrama líquido al beberlo a diferencia de un 14% que no lo hace.

Debido a las dificultades que presentan las cuales son: respiración inadecuada, hipotonía, y los malos hábitos que se dan en la deglución atípica se refleja un alto porcentaje en los niños del área de retos múltiples bachillerato que sacan la lengua para recibir el alimento, ellos también presentan problema al

momento de la masticación ya que esta es lenta y pueden tener dificultad al momento de deglutir suelen beber demasiado liquido durante la comida, los deglutores atípicos Protruyen la lengua para alcanzar y contactar los alimentos.

**Tabla 8:** Hábitos alimenticios

Hábitos alimenticios		
Le cuesta tomar comprimidos	SI	11
	No	3
Hace ruidos al tragar	SI	11
	No	3
Hace muecas o movimientos al tragar	SI	12
	No	2



**Fuente:** Encuesta aplicada a niños de la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores del área de retos múltiples

**Investigadora:** Kimberly Tatiana López Checa.

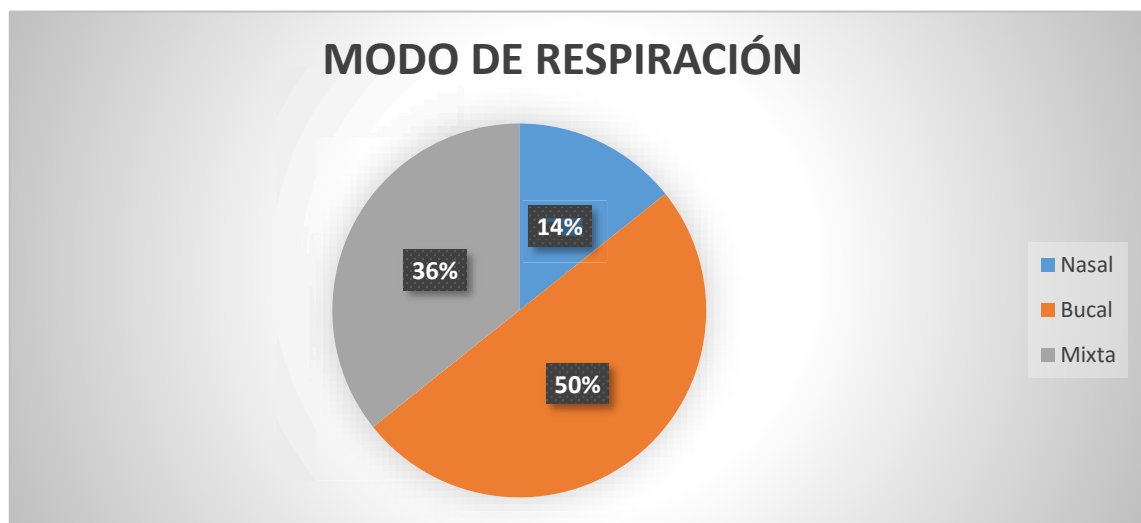
### Análisis e interpretación #8

Podemos ver en la tabla y gráfico #8 que el 79% de los niños con problemas en la deglución le cuesta la ingesta de comprimidos a diferencia de un 21% que no le cuesta, el 79% de los niños con problemas en la deglución hace ruidos al trabajar a diferencia de un 21% que no lo hace, podemos observar que la muestra estudiada hace muecas o movimientos al tragar con una frecuencia del 86% a diferencia un 14% que no lo hace. El niño realiza un exceso de fuerza y contracción del dorso lingual contra el paladar en el momento de la deglución. debido a que no realizan una deglución adecuada porque mastica con los dientes

y no con los molares posteriores quedan sobras de alimento en el vestíbulo y la cavidad bucal realiza movimientos excesivos como hacer muecas o ruidos al tragar, llevar la cabeza, contraer los labios excesivamente.

**Tabla 9:** Modo de respiración

Modo de respiración	
Nasal	2
Bucal	7
Mixta	5



**Fuente:** Encuesta aplicada a niños de la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores del área de retos múltiples

**Investigadora:** Kimberly Tatiana López Checa.

### Análisis e interpretación # 9

De acuerdo a la tabla y gráfico #9 podemos observar que la muestra de modo de respiración que el 50% de los niños respiran de forma mixta a diferencia de la respiración bucal que hay un 36% que lo hace y en un menor grado la respiración nasal en un 14% que lo hace.

Debido a que las anomalías funcionales dentofaciales están asociadas con hábitos inadecuados como son la respiración bucal es por eso que esta se encuentra en mayor porcentaje ya que no hay cierre labial y tienden a tener la boca abierta



## **CAPITULO III**

### **3. DISEÑO DE LA PROPUESTA.**

#### **3.1 Denominación de la propuesta.**

Propuesta de rehabilitación en los niños con deglución atípica mediante la terapia miofuncional.

#### **3.2 Objetivo General.**

Diseñar un plan de intervención para la rehabilitación en la deglución atípica mediante la terapia miofuncional.

#### **3.3 Objetivos Específicos**

- Desarrollar una adecuada tonicidad de los músculos hipotónicos e hipertónicos que intervienen en la deglución.
- Aplicar técnicas para favorecer el cierre y el control de los labios para mejorar la deglución atípica en los niños con esta patología.
- Mejorar la sensibilidad y funcionalidad de la musculatura de la cara y cuello.

#### **3.4 Fundamentación de la propuesta**

La Unidad Educativa Especializada Angélica Flores área de retos múltiples, se escogió como fuente de esta investigación por ser un centro académico que cuenta con la población requerida para llevar a cabo el proyecto de investigación.

La presente propuesta de rehabilitación mediante la terapia miofuncional ayudará a corregir las disfunciones orofaciales que pueden interferir en la ingesta de alimentos y la reeducación de malos hábitos al tener problemas en la creación del bolo alimenticio y su deglución, claro está que con estas terapias mejorara la calidad de vida en los niños que padecen esta patología en la Unidad Educativa Especializada Angélica Flores.

La práctica de esta propuesta se realizará a través de los ejercicios que forman parte de la terapia miofuncional los cuales aportará para mejorar la deglución de los niños

### 3.5. Resultados esperados de la propuesta.

Se espera que con la aplicación de esta propuesta de rehabilitación mediante la terapia miofuncional los niños logren un mayor control de los diferentes órganos de esta área, labios, lengua, músculos maseteros, paladar, conseguir que desaparezca tensión excesiva de la zona mandibular o zona del cuello si existiera, corregir malos hábitos para conseguir una correcta 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, lo cual aportara para mejorar su deglución .

**Tabla 10:** Resultados esperados de la propuesta.

<b>Objetivos</b>	<b>Como se lograría</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tonificación y relajación de los músculos que intervienen en la deglución</li> </ul>	<p>Con la realización de los ejercicios isométrico mantienen el tono mediante el acortamiento y el alargamiento, implican movimiento. Para su mayor eficacia se deben de realizar las apraxias hasta 3 segundos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Aumentar el tono muscular de los órganos que interviene en la masticación</li> </ul>	<p>En la realización constate y de los ejercicios que se le empleo a cada niño los cuales son: ejercicios isométricos los</p>

	<p>cuales los cuales ayudan a dar fuerza a los músculos y su resistencia. Para obtener resultados satisfactorios la contracción se deberá mantener entre 6 y 8 segundos y deben ser realizados de la manera correcta.</p>
<p>❖ Corregir los malos hábitos que influyen en la deglución atípa.</p>	<p>Corregir los hábitos inadecuados como el uso de chupón, la succión digital, la incorrecta postura al sentarse, esto ayudará a mejorar su deglución atípica lo cuales le permitirá tener un buen estilo de vida.</p>
<p>❖ Aumentar la sensación propioceptiva</p>	<p>Con la realización de ejercicios para fortalecer los músculos orbiculares de los labios, fortalecer la lengua, el control lingual y con ellos se fortalecerá la rehabilitación en la deglución.</p>
<p>❖ Establecer técnicas para inhibir el reflejo de mordida</p>	<p>Los músculos de la masticación pueden estimularse antes de comer aplicando masajes sobre los temporales con los dedos ejerciendo presión y se relajara progresivamente.</p>

## 4. CONCLUSIONES

Culminado este proyecto de investigación realizado en Unidad Educativa Especializada Angélica Flores, en el área de retos múltiples se concluye.

- ❖ Que existen un número considerable de niños que padecen deglución atípica.
- ❖ Que muchos de ellos continúan teniendo malos hábitos que influyen en la deglución atípica
- ❖ Que hay colaboración de las mamás en el área y el debido cuidado de ellos en cuanto a sus necesidades básicas.
- ❖ Que no todos los niños reciben tratamiento logopédico.
- ❖ Que varias mamás desconocían sobre el efecto favorable que tiene la terapia miofuncional para mejorar la deglución atípica.
- ❖ Que fue muy satisfactorio haber realizado este proyecto de investigación en esta unidad educativa en la cual se pudo aportar positivamente indicando el efecto que tiene la terapia miofuncional en los niños con deglución atípica.

## 5. RECOMENDACIONES

Durante el proceso de investigación de las siguientes recomendaciones:

- ❖ Que el ministerio de educación siempre este preste para permitirnos este tipo de investigaciones en las unidades educativas.
- ❖ Que la rectora y maestros de esta prestigiosa Unidad Educativa Especializada Angélica Flores continúe con esa predisposición en permitir que se realicen proyecto de investigación.
- ❖ A la maestra de esta área de retos múltiples continúe con el entusiasmo y predisposición en ayudar la cual aporta para mejorar el estilo de vida en los niños.
- ❖ A las madres que tomen en cuenta la importancia en que sus niños reciban terapia miofuncional para mejorar la deglución atipia.
- ❖ A las madres que deben de tener constancia en las terapias logopédicas para la mejora de sus niños.
- ❖ A los padres de familia que deben de corregir constantemente los malos hábitos que existes en sus niños que padecen de deglución atípica.
- ❖ Brindar las oportunidades a los futuros estudiantes a realizar proyectos relacionados con la terapia miofuncional la cual tiene efectos muy beneficiosos para los niños con deglución atípica y aportan notablemente a tener un mejor estilo de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alvador Borrás Sanchis, V. R. (2011). *Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados*. Nau Llibres.
- Aragón Jiménez, V. (2009). Terapia miofuncional en niños con deglución atípica.
- B. Molina Gil, F. J. (s.f.). DISFAGIA Y ASPIRACIÓN. *seorl-pcf*, 2-6.
- Bartuilli, M. P. (2008). Guía técnica de intervención logopédica.
- Carmen T. Medina A.1, M. L. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria. *revista Latinoamerica* .
- Cortavitate, M. (21 de Mayo de 2018). *webconsultas*. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/logopedia/terapia-miofuncional>
- Cuenca, S. M. (2015). deglucion atípica y la terapia miofunciona en niños con síndrome down . *artículo científico* .
- Dr. Ignacio Mintz, D. F. (2014). Fisiología de la faringe. *REVISTA FASO* , 28-29.
- Garijo, L. O. (2008). trsatornos en deglución. *Sesenta* , 40.
- Grand, D. y. (2006). En "*Diganóstico y tratamiento*". Barcelona: Lebón .
- Iranzo, M. M. (2011). La deglución atípica. Factores de riesgo y trastornos asociados. Importancia de la prevención.
- Marco Antonio Reyes, G. A. (2006). *Neumología Pediatrica/ Pediatric Neumology*. Bogota: Médica Panamericana.
- Martinell, M. (2017). La disfagia. *Neurorrehabilitación*, 12.
- Mohedano Iranzo, M. (2011). La deglución atípica: factores de riesgo y trastornos.

- Ortofon. (2017). Obtenido de  
<https://www.logopediapsicologia.com/logopedia/preguntas-frecuentes-sobre-la-terapia-miofuncional/>
- Palomero, A. (2012). Terapia orofacial y miofuncional . *CRENE "CENTRO DE REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA"*.
- Reyes., V. B. (2013). Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. *Latin Americana de Ortodoncia Y Odontopediaria* .
- S. Souto, L. G. (2008). Fisioterapia orofacial y la reeducacion de la deglución. *científico*, 6.
- Sepúlveda, H. (2012). la terapia miofuncional. 317.
- Sepúlveda, H. (2012). respiracion mixta .
- Velasco, Y. M. (2011). habilitacion oral en parálisis cerebral. *RevMOF*.
- Vierna. (2005). deglucion atipica y la terapia miofuncional .

## Anexos

### Anexo N°1 cuestionario

#### Identificación:

Nombre: .....Apellidos: .....

Fecha de nacimiento: .....Edad: .....

Teléfono: .....Fecha: .....

#### Antecedentes alimenticios

- Alimentación natural: .....
- Alimentación Artificial: .....
- • Dificultad ante el cambio de alimentación: No  Si
- • Uso del chupón: No  Si

#### Enfermedades:

Alergias  Sinusitis  Adenoiditis

Amigdalitis  Resfriados frecuentes  otitis

#### Parafunciones o hábitos lesivos:

Succión digital  Succión o mordisqueo labial

Succión o mordisqueo lingual  Succión de objetos

Onicofagia

Ronquido y/o babeo nocturno  Dificultad en el sueño

#### Tratamientos realizados o en curso:

- Ortodóncico
- Logopédico

#### Hábitos de alimentación

- Tipos de alimentos que prefiere:  
Duros  Blandos



Trozos de alimentos:

Pequeños  Grandes

Forma de masticación con la boca:

Cerrada  Abierta

Modo de masticación:

Normal  Lento

Rápido

Saca la lengua al recibir el alimento:

No  Sí

Bebe demasiado líquido durante las comidas:

No  Sí

Saca la lengua al recibir el vaso:

No  Sí

Derrama líquida al beber:

No  Sí

Hace ruidos al tragar

No  Sí

Hace muecas o movimientos al tragar

No  Si

Le cuesta tomar comprimidos:

No  Sí

**Modo de Respiración:**


Nasal

Bucal

Mixta

Anamnesis citada en "Terapia Miofuncional. Diagnóstico y tratamiento" – Grandi, D. y Donato, G., Editorial Lebón, Barcelona 2006) (Grand, 2006)

**ANEXO N°2 SOLICITUD DE PERMISO EMITIDO POR LA UNIVERSIDAD**

 **Uleam**  
UNIVERSIDAD LAICA  
ELOY ALFARO DE MANABÍ

*Terapia de Lenguaje*  
**Facultad Ciencias Médicas**

Manta, martes 30 de octubre del 2018

BESPACHO  
H. INCDUC. CEY 13D02 UBAO-2018  
5770 E 13:24 #  
30.10.2018


Leda.  
**Sandra Patricia Franco Raffo**  
**DIRECTORA DEL DISTRITO**

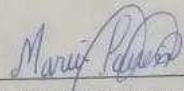
De mi consideración:

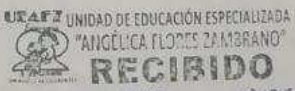
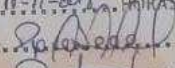
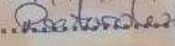
Yo **Kimberly Tatiana López checa**, portadora de cedula **131590044-7**, estudiante de noveno semestre de la facultad de ciencias médicas, carrera terapia de lenguaje de la "universidad laica Eloy Alfaro de Manabí", solicito a usted respetuosamente que me permita su autorización para realizar mi proyecto de investigación "LA TERAPIA MIOFUNCIONAL Y SU EFECTO EN LA DEGLUCIÓN ATÍPICA" en la unidad educativa especial "Angélica Flores Zambrano" y así llevar a cabo el proceso de titulación

Por la atención a la presente agradezco antemano esperando una respuesta positiva

Atentamente

  
**KIMBERLY LÓPEZ CHECA**  
C.I.131590044-7

  
**LCDA. MARIA ELENA CARREÑO. MG**  
C.I. 130630496-3

  
FECHA: 30/10/2018 HORA: 13:25  
FIRMA:   
DPTO.: 

05-2623-740 ext 181 / 05-2613-483  
Av. Circunvalación Vía a San Mateo  
[www.uleam.edu.ec](http://www.uleam.edu.ec)

## ANEXO N°3 CERTIFICACION DE APROBACION EMITIDA POR EL DISTRITO DE EDUCACIÓN.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Oficio Nro. MINEDUC-CZ4-13D02-2018-0969-OF  
Manta, 09 de noviembre de 2018

**Asunto:** SOLICITA AUTORIZACIÓN

Señorita  
Kimberly Tatiana López Checa  
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MINEDUC-CZ4-13D02-UDAC-2018-5771-E, donde la señorita Kimberly Tatiana López Checa, estudiante de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí de la Facultad de Ciencias Médicas se encuentra cursando el noveno semestre de la carrera de terapia de lenguaje, solicita autorización para implementar su proyecto de investigación previo a la obtención del título de tercer nivel denominado "La terapia Miofuncional y su efecto en la deglución atípica" en la Unidad Educativa Especializada Angelica Flores Zambrano. Esta Dirección Distrital de Educación 13D02 autoriza su requerimiento, debiendo el interesado coordinar con la Autoridad Institucional y con el Departamento de Consejería Estudiantil la correcta implementación de la encuesta y el proyecto.

Con sentimientos de distinguida consideración.


Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*

Sandra Patricia Franco Raffo  
**DIRECTORA DISTRITAL DE EDUCACIÓN 13D02 - MANTA - JARAMIJÓ - MONTECRISTI**

Referencias:  
- MINEDUC-CZ4-13D02-UDAC-2018-5771-E

Anexos:  
- mineduc-cz4-13d02-udac-2018-5771-e.pdf



**ANEXOS N°4 APLICACIÓN DE CUESTIONARIO A LOS PADRES DE FAMILIA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ESPECIALIZADA ANGÉLICA FLORES ÁREA RETOS MÚLTIPLES.**





