



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABÍ”

Facultad Ciencias Médicas.

Carrera terapia de lenguaje

Terapia Miofuncional para pacientes con disartria espástica y atáxica.

Investigadores:

Oscar Emmanuel Parrales Muñiz.


Marcelo Francisco Vera Cevallos

Tutor:

Dr. Santos Domingo Bravo Loor.

MANTA- ECUADOR

2019

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-01-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO.	REVISIÓN: 1 Página II de 61

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de 100 horas, bajo la modalidad de Proyecto de investigación, cuyo tema es **“Terapia Miofuncional para pacientes con disartria espática y atáxica”**, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde a los señores **Oscar Emmanuel Parrales Muñiz y Marcelo Francisco Vera Cevallos**, estudiantes de la carrera de Terapia del Lenguaje, período académico 2019-2020, quienes se encuentran aptos para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 2019.

Lo certifico,

Dr. Santos Bravo Loor.

Docente Tutor

II

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que el actual proyecto de investigación cuyo título es: Terapia Miofuncional para pacientes con disartria espática y atáxica, pertenece a: Oscar Emmanuel Parrales Muñiz y Marcelo Francisco Vera Cevallos, es original con sus respectivas evidencias mostradas a los miembros del tribunal de la Facultad de Ciencias Médicas, carrera de Terapia del Lenguaje de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, el contenido de este proyecto de investigación es único de mis conocimientos intelectuales, usándose también párrafos existentes de trabajos acreditados.

Oscar Emmanuel Parrales Muñiz

CI. 131576122-7

Marcelo Francisco Vera Cevallos

CI. 131362175-5

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Miembros del tribunal

Firma

Lcda Maria Elena Carreño, Mg.

Psc. Eva Ganchoso Macias , Mg.

Lcda. Majiory Ibarra Garcias , Mg.

Calificación Trabajo de Graduación

Calificación Trabajo Escrito:

Calificación Sustentación del proyecto de
Investigación:

Nota Final de Trabajo de Graduación:

Lo Certifico,

Lcda. Alexandra Bailón

Secretaria de la carrera de Terapia del Lenguaje

DEDICATORIA

A Dios por darme fuerza, sabiduría para seguir adelante en este largo camino y poder culminar una de mis metas planteada gracias a sus bendiciones puede vencer obstáculos que se me presentaron en este proceso.

A mis padres Marcelo Vera Delgado y en especial a mi madre Rosa Cevallos Zambrano, gracias a ti hoy puedo decir que todo este esfuerzo se ve reflejado en lo que me eh convertido hoy en día ya que desde pequeño siempre estuviste dispuesta ayudarme sin importa nada me formaste con valores y principio.

A mis hermanos, por siempre estar conmigo por sus consejos, a mis abuelitos que desde pequeño estuvieron conmigo en mi crianza y siempre tuvieron gran consejo para mí, a mis tías por su apoyo que fue fundamental a lo largo de mi vida.

A todas las personas que estuvieron junto a mí en este proceso, pero en especial a ti Gema Belén Tuarez Reyes por ser mi compañera de vida por tu apoyo brindado por caminar juntos de la mano en este largo proceso y como no mencionar a mi chiquita Pauline.

Marcelo Vera Cevallos

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, por ser ese pilar primordial y por demostrarme siempre cuentos con su cariño y apoyo incondicional.

Oscar Parrales Muñiz

AGRADECIMIENTO

Al que me guía en día a día mi Dios por sus bendiciones guiarme en cada paso que doy en cada viaje que tenía que hacer a la Universidad Laica Eloy Alfaro por abrirme su puerta para poder alcanzar esta meta propuesta, a los docentes de la carrera de Terapia de lenguaje por brindarme sus conocimientos y siempre aconsejarme

Quisiera agradecer especialmente a mi tutor el Doctor Santos Bravo Loor que por su guía pudimos salir adelante y culminar de excelente manera este trabajo, a mi compañero de titulación Oscar por darme la confianza y paciencia que me tuvo.

A mis grandes amigas durante este tiempo de estudio y de clases a todos pero en especial María, Erika, Laura, Saskia, Oscar y a mi confidente Génesis Briones gracias por el apoyo brindado... **Marcelo Vera Cevallos**

Me complace de sobre gran manera a través de este trabajo manifestar mi sincero agradecimiento a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Terapia de Lenguaje y en ella a los distinguidos docentes quienes con su profesionalismo y ética puesto de notorio en las aulas enrumbaron a cada uno de los que acudimos con sus ilustraciones que nos servirán para ser útiles a la sociedad.

A mi padre por su apoyo moral, económico, y cariño, a mis compañeros de aula por estar siempre a mi lado, ayudándome acompañándome y apoyándome incondicional. A mi amigo Marcelo Vera con quien pudimos realizar este proyectó con esfuerzo y esmero para llegar hasta aquí.

Quiero también gradecer al Dr. Santos Bravo Loor por su buena predisposición para ayudarnos y guiarnos en nuestro proyecto por su apoyo total y por estar siempre ahí cuando lo requerimos... **Oscar Parrales Muñiz**

RESUMEN

La presente investigación está relacionada con la terapia miofuncional para pacientes con disartria espástica y atáxica; tiene como objetivo general, profundizar a cerca de la aplicación de la terapia miofuncional en pacientes con disartria espástica y atáxica que asisten al Centro de Salud Santa Martha de Manta, el estudio es descriptivo, detalla el trastorno, sus características, síntomas y rasgos. La población, estuvo representada por 20 pacientes con disartria espásticas y atáxicas, de los cuales fueron: 11 de sexo femenino y 9 sexo masculino. Para la recolección de la información se aplicó el test Sistema Observación y Análisis del mecanismo oral periférico que consta de 23 ítems agrupados en tres categorías. Se realizó, una entrevista a profundidad a la experta en el área de terapia de lenguaje, se revisaron los expedientes clínico de los pacientes. Los resultados indican que el sexo más afectado con disartria es el femenino y la edad que más afecto fue de 7 años; se demuestra que el nivel de afectación del mecanismo oral periférico es de grado severo; las técnicas que más usan en la terapia miofuncional son: de relajación y respiración, orofacial, de masticación y de praxias, teniendo como principales beneficios observados de la terapia miofuncional la corrección muscular, ayudar a crear patrones musculares correctos en la masticación, corrige las defunciones Orofaciales, regula la sensibilidad, mejora el control de la sialorrea, se concluye que la terapia miofuncional como método de tratamiento fonoaudiológico en pacientes con disartria espástica y atáxica.

Palabras clave: Disartria espástica – disartria atáxica - terapia miofuncional

ABSTRACT

This research is related to myofunctional therapy for patients with spastic and ataxic dysarthria; Its general objective is to deepen the application of myofunctional therapy in patients with spastic and ataxic dysarthria who attend the Santa Martha de Manta Health Center, the study is descriptive, detailing the disorder, its characteristics, symptoms and features. The population was represented by 20 patients with spastic and ataxic dysarthria, of which were: 11 female and 9 male. For the information collection, the Observation and Analysis System test of the peripheral oral mechanism was applied, consisting of 23 items grouped into three categories. It was carried out, an in-depth interview with the expert in the area of language therapy, the patients' clinical records were reviewed. The results indicate that the sex most affected with dysarthria is the female and the age that was most affected was 7 years; it is shown that the level of involvement of the peripheral oral mechanism is severe; The techniques that they use most in myofunctional therapy are: relaxation and breathing, orofacial, chewing and praxias, having as main observed benefits of myofunctional therapy muscle correction, help create correct muscle patterns in chewing, correct deaths Orofacials, regulates sensitivity, improves the control of sialorrhea, it is concluded that myofunctional therapy as a method of phonoaudiological treatment in patients with spastic and ataxic dysarthria.

Keywords: Spastic dysarthria - ataxic dysarthria - myofunctional therapy

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	III
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	7
CAPITULO I	7
1.1 Distarria	7
1.1.1 Características de la disartria	8
1.1.2 Causas de la disartria	8
1.1.3 Clasificación según el lugar de la lesión de la disartria	9
1.1.5 Procesos motores fundamentales implicados en el habla.	11
1.1.6 La afectación del órgano lingual en la disartria	12
1.1.7 Síntomas y signos de la disartria espástica	13
1.1.8 Síntomas y signos de la disartria atáxica.	13
1.1.9 Métodos de intervención fonoaudiológica en la disartria	14

1.1.10 Objetivo general para la intervención fonoaudiología de la disartria	14
CAPITULO II	16
2.1 La Terapia Miofuncional	16
2.1.1 Los objetivos de la terapia miofuncional	16
2.1.2 Condiciones generales de la intervención de la terapia miofuncional	17
2.1.3 Ventajas y limitaciones de la Terapia miofuncional	17
2.1.4 Evaluación miofuncional	19
2.1.5 Técnicas de la terapia miofuncional	20
2.1.6 La aplicacion de la terapia miofuncional en el campo logopedico	21
3. DIAGNÓSTICO O ESTUDIO DE CAMPO	22
4. DISCUSIÓN	34
5. DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA	36
5.1 Objetivo general.	36
5.2 Objetivos específicos	36
5.3 Fundamentación de la propuesta.	37
5.4 Resultados esperados de la propuesta.	37
Actividades y tareas.	38
ANEXOS	45

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que sufren una alteración motora orofacial manifiestan algún trastorno del habla, es decir, presentan dificultades en las habilidades para comunicarse en forma oral. En ese orden de ideas se presenta la disartria, la cual es un trastorno motor del habla de origen neurológico que se caracteriza por la lentitud, debilidad, imprecisión, incoordinación de la musculatura, movimientos involuntarios y alteraciones del tono muscular implicado en el habla. (Donoso y González, 2012)

Vértice (2009) enfatiza que, “Disartria es un trastorno motor del habla causado por lesión del SNC o de nervios periféricos que abarca alteraciones motrices de respiración, fonación, articulación, resonancia y prosodia” (pág. 88). Cabe señalar, dentro del marco propuesto por la Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la disartria es una alteración del habla que se la ubica en (b 320) de las funciones de articulación. Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), pertenece al (F80.0) como trastornos específico de la pronunciación.

Por su parte Duffy (2005) indica que, las prevalencias de los trastornos del habla en la población habitual son inciertas. Sin embargo, estos trastornos son frecuentes en la práctica neurológica habitual y representa una proporción significativa de las alteraciones de la comunicación de origen neurológico. La disartria ocurre en un 25% del paciente por Traumatismo Craneanoencefalo (TCE).

Luego de una revisión bibliográfica amplia, sobre estudios relacionados con la disartria espástica y atáxica no se evidenció que hubiesen investigaciones de este tema en Ecuador. Además, debido a que numerosas situaciones neuropatológicas posibles pueden dar lugar a la disartria, no es productivo estudiar acerca de las evidencias gráficas específicas o generales de este desorden multivariado. Las enfermedades neurodegenerativas son situaciones muy debilitantes, que afectan a los individuos de todas las edades y repercuten en la degeneración progresiva y/o muerte de neuronas por las funciones del Sistema Nervioso Central (SNC), esta degradación puede provocar problema para articular sonidos, palabras y la actividad del cerebro.

Referente a la terapia miofuncional Ayarza (2013), menciona que, son un conjunto de procedimientos y técnicas manipuladas para la mejora del desequilibrio muscular orofacial, creando nuevos patrones musculares en la deglución, la instauración de patrones adecuados para la articulación de la palabra, la reducción de hábitos nocivos y el mejoramiento de la estética del paciente.

Por su parte Primo (2014), realizó un análisis de caso de la intervención de la disartria aplicando la terapia miofuncional, este trabajo tuvo como objetivo general: Diseñar y aplicar un programa de intervención a un alumno con discapacidad física que presentaba disartria, terapia miofuncional, llegando a la siguiente conclusión: Disminución las alteraciones del habla a través de la terapia miofuncional en el alumno con disartria. Esta investigación, aporta significativamente conocimientos sobre el tratamiento de la disartria a través de la terapia miofuncional, siendo estos temas los ejes centrales del presente estudio.

Por otra parte, el trabajo de Mejía Rada (2017), presentó una guía de manejo de pacientes con disartria aplicando la terapia miofuncional, este trabajo se basó en fundamentar el estudio de la disartria mediante la investigación bibliográfica, documental y de campo en usuarios con discapacidad intelectual severa. Por ende, es una fuente de información, que aporta en la comprensión de los signos y síntomas de las disartrias y los ejercicios de rehabilitación necesarios para la recuperación de los pacientes tratados mediante la terapia miofuncional.

López (2016), hace un proyecto de investigación de la terapia miofuncional en pacientes de 10 a 13 años con disglosia para corregir la deglución atípica, este estudio fue realizado en la fundación Cree. Es basado, en la aplicación de técnicas de rehabilitación de Terapia Miofuncional en pacientes con disglosia para corregir la deglución atípica y mejorar su calidad de vida. Concluyendo que, la terapia Miofuncional devolvió a los pacientes el equilibrio muscular orofacial, reeducando los patrones musculares inadecuados y reestableciendo nuevos comportamientos en los pacientes con disglosia. Este trabajo investigativo, afianza el uso de la terapia miofuncional como método de rehabilitación para los pacientes con compromisos en el mecanismo oral periférico.

Cabe mencionar, que una vez realizada una amplia búsqueda bibliográfica sobre la temática investigada se puede mencionar que la información es muy escasa. Sin embargo, la disartria siendo una dificultad del habla resulta un tema muy interesante, ya que es un problema que está presente en todos los grupos etarios, dificultando una de las funciones humanas más importante como es la comunicación, además limita las etapas del desarrollo del lenguaje, si no se hace una detección temprana y un óptimo tratamiento a quienes padecen este tipo de trastorno.

Según el registro del Consejo Nacional para la igualdad de Discapacidades (CONADIS (2019)) proporciona la siguiente información: existe un total de 468.537 personas con discapacidad registrados, donde 30.876 son niños en edades de 4 a 10 años y 2.455 presentan algún tipo de trastorno asociados al lenguaje. Este grupo en particular, son pacientes vulnerables ya que están en proceso de formación de ideas y creación de conceptos derivados del intercambio de información que mantiene con el medio que los rodea.

De esta situación, se desagregan las siguientes interrogantes que orientaran el proceso investigativo: ¿Cuál es la caracterización de la población con disartria espástica y atáxica atendido en el centro de salud Santa Martha en función de edad y sexo? ¿Cuál es el nivel de afectación del mecanismo oral periférico en los pacientes con disartria espástica y atáxica atendidos en el centro de salud Santa Martha? ¿Qué técnicas se aplica en la terapia miofuncional en pacientes con disartria espástica y atáxica?, ¿Cuáles son los beneficios de la terapia miofuncional aplicada a los pacientes con disartria espástica y atáxica?,

En consecuencia, se plantea el siguiente objetivo general, profundizar a cerca de la aplicación de la terapia miofuncional en pacientes con disartria espástica y atáxica, que asisten al Centro de Salud Santa Martha; como objetivos específicos se derivan los siguientes: 1) Caracterizar la población con disartria espástica y atáxica atendido en el centro de salud Santa Martha en función de edad y sexo. 2) Diagnosticar el nivel de afectación del mecanismo oral periférico en los pacientes con disartria espástica y atáxica atendidos en el centro de salud Santa Martha. 3) Describir las técnicas aplicadas en la terapia miofuncional en pacientes con disartria

espástica y atáxica. 4) Reconocer los beneficios de la terapia miofuncional aplicada en pacientes con disartria espástica y atáxica que acuden al centro de Salud Santa Martha.

En referencia a las variables de la investigación, se presenta la variable dependiente: La disartria espástica y atáxica y como variable independiente: la terapia miofuncional. Con base a lo expuesto, esta investigación tiene un alcance descriptivo debido a que detalla el nivel de afectación del mecanismo oral periférico de los pacientes con las disartrias mencionadas. Al respecto Van Dalen y William (2006) indican, la investigación descriptiva consiste en llegar a afirmar muchos puntos de las situaciones, actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y elementos. Así mismo, su fin no se limita a la recolección de datos, sino al pronóstico e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

Sumado a lo expuesto, el estudio es de tipo descriptivo, debido a que detalla el tipo de trastorno, características y rasgos sin influir en el objeto de estudio; la población estuvo representada por 20 pacientes que asisten al centro de salud tipo “C” de Santa Martha en el Cantón de Manta que presentaron disartria espásticas y atáxicas, de los cuales fueron: 11 de sexo femenino y 9 sexo masculino. Se consideraron como criterios inclusión el tipo de disartria presente en el paciente, la edad comprendida entre 6 a 10; que todos asistan al a terapia de lenguaje.

Para la recolección de la información, se aplicó el test de Sistema de Observación y Análisis (SAO) en el que evaluó la estructura del esqueleto, es decir, medir los niveles de afectación,

atrofia y la conducta motora bucal, también se aplicó una entrevista a profundidad a la experta en el área de terapia de lenguaje del centro de salud; a demás, de la revisión y análisis a los expedientes clínicos de los investigados. Una vez obtenida la información, se realizó el procesamiento, análisis e interpretación de los resultados, presentándose en tablas y gráficos.

2. MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

1.1 Distaríá

La disartria es un trastorno neurológico o trastorno del habla, los cuales se derivan de problemas del control motor- debilidad, disminución o incoordinación del mecanismo del habla causado por una lesión en el sistema nervioso central (SNC) o periférico (Donoso y González, 2012)

De acuerdo a esta definición, se asume que la disartria presenta alteraciones y anomalías que compromete de manera significativa la capacidad de la comunicación oral, de acuerdo a los criterios de los autores arriba mencionados, los que refieren que, para poder llevar acabo un lenguaje oral en aquellos pacientes que presentan estos trastornos, se debe realizar un adecuado diagnóstico fonoaudiológico y una óptima rehabilitación del lenguaje mediante la terapia miofuncional para fortalecer los órganos bucofonoarticulatorios los cuales interviene en la fonación o en el proceso del habla.

Lo antes expuesto es apoyado por Melle (2007), “la disartria es una afectación neurológica del sistema nervioso central y/o periférico que produce dificultades en la programación o la ejecución motora dando lugar a la presencia de alteraciones en el recorrido muscular, la fuerza, el tono, la velocidad y la precisión de los movimientos realizados por la musculatura de los mecanismos que participan en la producción, esto es, en la respiración, fonación, la articulación y resonancia” (p. 13-14).

1.1.1 Características de la disartria

De acuerdo a la definición anterior, la disartria involucra las siguientes características:

Es un trastorno neurológico, es una alteración motora o de la intervención motor del movimiento, que puede catalogar según los siguientes la existencia de diferentes criterios (Duffy, 1995, 2005):

Según la edad de iniciación las distarías puede ser de origen genético o adquirida en cualquier edad.

Según la causa de alteración motora puede darse por traumatismo, neoplasia, metabólicas, desorden vascular, entre otras.

Da cuerdo el nivel de lesión en el sistema nervioso central o periférico o ambos, incluye el cerebro, cerebelo, ganglios basales, tronco cerebral, nervios craneales, placas neuromusculares.

1.1.2 Causas de la disartria

La disartria puede tener diversos y múltiples orígenes, de acuerdo a determinadas medicinas como analgésicos y narcóticos, haber sufrido un Traumatismo Craneoencefálico (TEC), trombosis, parálisis facial, ictus, un tumor cerebral o enfermedades degenerativas como alzhéimer, párkinson, esclerosis múltiple, ELA y demencias. Cortavitarte, (2019).

Entonces, para que se dé la disartria tiene que subsistir lesión en una zona específica del cerebro, que es la encargada de planificar, ejecutar o regular, las órdenes motoras de los músculos encargados del habla, entonces, el SNC emite correctamente la orden motora para la ejecución de los movimientos pero los mismos no son ejecutados con propiedad.

Por su parte Duffy (2005), las prevalencias de los trastornos del habla en la población habitual son inciertas. Sin embargo, estos trastornos son frecuentes en la práctica neurológica habitual y lo más probable es que representa una proporción significativa de las alteraciones de la comunicación de origen neurológico. La disartria ocurre en un 25% del paciente por traumatismo craneoencefálico. (p. 300)

1.1.3 Clasificación según el lugar de la lesión de la disartria

Siguiendo a Melle (2007), las características propias de cada subtipo de disartria según el lugar donde se origina lesión se puede clasificar de la siguiente forma:

Disartria espástica: Esta se produce en la corteza motora, con manifestación en el habla entrecortada, poca precisión articulatoria y de ritmo lento. Su primordial origen son los accidentes cerebro vasculares (ACV), Traumatismo cráneo cefálico (TEC), infecciones del SNC y enfermedades degenerativas. Este tipo de disartria se determina por una debilidad en los rangos de movimiento límite, lentitud en los movimientos.

Disartria flácida: Es producida una lesión en las neuronas motoras inferior. El origen de esta puede ser por ACV, TEC, tumores del sistema nervioso central, neuronitis y síndrome distritico. Se trata de una modificación en el movimiento consciente, involuntario y reflexivo, provocado por una parálisis flácida y la disminución de los reflejos del estiramiento muscular. En el habla se forma un sonido con escasa tensión muscular. Se demuestra como un habla intermitente, donde se enlaza de manera confusa con un sonido de rinolalia abierta.

Disartria atáxica: se presenta lesiones en los estadios del control cerebeloso motores. Se originan por ACV, tumores del cerebelo, etc. Se muestra por los movimientos voluntarios torpe o no coordinados y especialmente presta dificultad la realización del movimiento fino. Por tal motivo la articulación también se encuentra afectada a veces se le hacen imposible la unir los labios. Se presenta inconvenientes cuando les resulta imposible ordenar una información sensorial que la obtiene con la producción motriz de que son capaces. Como consecuencia en cuanto a su expresión oral será lenta con alteraciones en la fonética.

Disartria hipocinética: se produce por el descenso en cantidad y velocidad de los movimientos comprimido en el sistema extra piramidal. El origen más habitual es el Parkinson. Este tipo de disartria se determina por hipocinesia y temblor en reposo.

Disartria Mixta: esta se presta por la combinación de cualquiera de las anteriores primordialmente se da entre la disartria espástica y flácida y disartria mixta atáxica flácida.

En base a lo antes expuesto, no toda disartria tiene la misma causa u origen debido a que hay diferentes acontecimientos que las provoca.

1.1.4 Niveles de afectación de la disartria.

Álvarez (2008), las clasifica en disartrias ser leves, moderadas o severas, existe un grado extremo pero denomina anartria. En cuanto a la evolución y el pronóstico, dependen de: la patología de origen, del nivel de afectación fono articulatorio, de la característica personal y el entorno social de cada paciente. Para las disartrias leves y moderadas tienen buen pronóstico, mientras que las severas o las causadas por enfermedades progresivas tienen mal pronóstico o reservado. Es pertinente resaltar, que no se puede realizar un tratamiento de rehabilitación estándar debido a las combinaciones de los factores antes descritos.

1.1.5 Procesos motores fundamentales implicados en el habla.

Las etapas motoras básicas comprometidas en el habla son la articulación (labios, mandíbula, lengua), la prosodia, la fonación, la respiración y la resonancia.

Respiración: provee la materia prima para la emisión de la voz y la producción del habla, por tanto, los malos hábitos o la falta de control en el proceso respiratorio influyen negativamente en la expresión oral (Barrena González, 2006).

Fonación: La voz, es “un soporte fundamental en la comunicación y una parte de la identidad de cada persona” y está dotada de cualidades que son: intensidad, tono, timbre y duración (Suarez, 2004). En la cual, se produce sonido mediante la vibración de las cuerdas vocales en la laringe, exceptuado para las consonantes sin sonido, se genera un tono elemental.

Resonancia: Es el medio por el cual se amplía en forma elegida el tono vocal. Los resonadores están compuestos por: la cavidad nasal, la cavidad oral y la faringe. Un sujeto con parálisis del velo del paladar realizará un habla hipernasal.

Articulación: Es un aspecto de la articulación consistente en la emisión de signos con significado (palabras u oraciones) mediante la emisión de unidades que en sí mismas carecen de significado (fonemas). Martínez, (2017).

Prosodia: Es el conjunto de fenómenos fónicos que comprenden más de un fonema o segmento - entonación, acentuación, ritmo, velocidad de habla, Hernández. T. y Mueses. W. (2014)

1.1.6 La afectación del órgano lingual en la disartria

La lengua u órgano lingual, es un órgano muscular muy movable, el más importante para la articulación de los sonidos del habla. Existen cambios de la salud que pueden perturbar a uno o los dos nervios hipoglosos, proveedores de la motricidad lingual, a sus núcleos de origen en el tallo cerebral o a cualquiera de sus ramas una vez que han surgido del tronco encefálico. Las patologías neurológicas que provocan trastornos de la pronunciación son más frecuentes en los adultos que en los niños, sus causas son muy diversas y pueden asociarse a accidentes vasculares, hipo-oxigenación cerebral, traumas craneoencefálicos, trastornos metabólicos, neoplasias, enfermedades degenerativas o, incluso, ser de origen desconocido (Hernández, 2008).

1.1.7 Síntomas y signos de la disartria espástica

Caracterizada por la imposibilidad de relajar los músculos que intervienen en el habla, pudiendo presentarse variables si el problema es unilateral, ya que el trastorno sería leve o transitorio. Al respecto Álvarez, indica la siguiente sintomatología y signos:

Habla: Imprecisa y torpe por debilidad espástica de labios mejillas y lengua. Lentitud articulatoria. En cuanto a la voz: ahogada, dura, espástica, monótona, hiperrinofonía; por su parte los labios y lengua: Movimientos limitados, lentos, Lengua pequeña. Aunado al velo: poco móvil por debilidad espástica. Reflejo nauseoso aumentado. Así mismo la laringe: Normal. Hiperaducción de cuerdas vocales y bandas ventriculares.

1.1.8 Síntomas y signos de la disartria atáxica.

Se precisa la interrupción en la correcta coordinación de los movimientos rítmicos del habla o sus patrones. De este modo, los signos y síntomas según Álvarez son: habla: articulación imprecisa, decadencia irregular, bradiartria, superficialidad, disprosodia (marca mucho acento prosódico donde no van), alarga fonemas e intervalos. Con respecto a la voz: normal, intensidad explosiva (voz escondida), tono grave, temblor, ronquera dura, monotonía. Para los labios y lengua: incoordinación e irregularidad de los movimientos alternos. Igualmente se refiere al velo, movimientos irregulares incordiados, puede estar bajo por la hipotonía. En referencia a la laringe: normal, puede haber patrones de tensión y coordinación alterados.

1.1.9 Métodos de intervención fonoaudiológica en la disartria

Puyuelo (2005), indica que uno de los trastornos del habla más común en la parálisis cerebral es la disartria, clasificando métodos de intervención para la disartria infantil de la siguiente forma:

Método médico: este método está directamente ligado a los tratamientos farmacológicos y los procedimientos quirúrgicos orientados a la mejoría del lenguaje.

Método instrumental: Se refiere a la ayuda instrumentos que facilitan la comunicación continua como amplificadores, prótesis o métodos alternativos.

Método conductuales fono-audiológico: Son aquellos que se basan en las estructuras y funciones del habla, tienen como objetivo reeducar los motores del habla. En este sentido, dentro de los métodos conductuales existen diferentes técnicas: Técnica de relajación, Técnica de control postural, Técnica respiratoria, Técnica miofuncional y Técnicas específicas de articulación.

Según los métodos antes expuestos, para la rehabilitación eficaz y veraz de los pacientes tratados, el asociado a la creación de patrones con métodos conductuales fonoaudiológicos y el seleccionado para el desarrollo de esta investigación es la técnica de la terapia miofuncional.

1.1.10 Objetivo general para la intervención fonoaudiología de la disartria

La rehabilitación integral (2017), nos indica como objetivo general, las intervenciones para la disartria es maximizar en los niños la capacidad de comunicarse a través del habla, los gestos o las herramientas complementarias para la comunicación, para permitir que se conviertan en comunicadores independientes lo que se relaciona directamente con el funcionamiento del niño con parálisis cerebral.

CAPITULO II

2.1 La Terapia Miofuncional

Bartuilli (2008), define la terapia miofuncional, como “una terapia orientada a la curación de alteraciones relacionadas con la funcionalidad de los músculos” (p.11). Actualmente, esta intervención se centra en todos los músculos que intervienen en el sistema orofacial. Por otro lado, el sistema orofacial según Bartuilli (2008), “es el conjunto de órganos encargados de las funciones de respiración, succión, masticación, salivación, deglución, habla y fonación” (p. 25).

Igualmente Grandi y Donato (2006), la terapia miofuncional brinda al profesional logopeda un campo de intervención amplísimo, que va desde la prevención incluso la detección, interceptación y rehabilitación de las funciones del Sistema Estomatognático (SE), aportando a su equilibrio. Se dice que, la terapia miofuncional ha existido y sigue existiendo como un motor importante para trabajar en los órganos que intervienen en el sistema orofacial. Esta terapia se maneja hoy en día para intervenir en patologías funcionales, craneales y bucales. En patologías neurológicas o neuromusculares, dentro de ellas nos encontramos la disartria, entre otras.

2.1.1 Los objetivos de la terapia miofuncional

Los objetivos, que se persiguen con la terapia miofuncional van a estar pendiente de la evaluación y el diagnóstico realizado principalmente, persiguiendo como finalidad principal la regulación y normalización de las alteraciones anatomofuncionales del sistema orofacial (Grandi y Donato, 2011).

Según Paskay L(2019), reafirma que la terapia miofuncional tiene como objetivo principal es contribuir a la restauración y mantención de un entorno normal y armónico de los músculos orofaciales, para ello trabaja en la evaluación y tratamiento de disfunciones relacionadas con dichos músculos.

Sobre la base de lo expuesto, el programa establecerá los objetivos que permitan intervenir sobre el control postural, sensibilidad, alteraciones anatómicas de los órganos del sistema orofacial, las funciones (respiración, soplo, succión, masticación, deglución, fonación y articulación) y la eliminación de parafunciones.

2.1.2 Condiciones generales de la intervención de la terapia miofuncional

A continuación, indicamos algunas consideraciones que hay que tener en cuenta para llevar a cabo la terapia miofuncional según Bartuilli, (2008):

1) Adaptado a las necesidades del paciente. 2) La realización de pocos ejercicios de forma sistemática. 3) Material y las actividades atractivas. 4) La explicación de los ejercicios estarán adaptados a la edad cronológica y mental del individuo. 5) Seleccionar adecuadamente los ejercicios que favorecerán el desarrollo de cada sujeto. (p. 154)

2.1.3 Ventajas y limitaciones de la Terapia miofuncional

Calvo (2016) La terapia miofuncional, es ampliamente utilizada en diferentes campos para la rehabilitación de varios trastornos que aborda el terapeuta del lenguaje, esta presenta ventajas y limitaciones que se deben tener presente en el momento de aplicarlas en los pacientes.

Es así, que para el terapeuta del lenguaje le resulta una terapia versátil ya que le presentan una variedad de situaciones que le incumben como profesional, es decir, los trastornos o problemas asociados a la producción del habla, articulación, masticación, succión, deglución y respiración, pueden abordarse con la terapia miofuncional. En síntesis, a través de la terapia miofuncional puede tratar muchas patologías.

Esta terapia ayuda a: reducir para funciones, crear nuevos patrones neuromotores de comportamiento y llegar a una generalización y equilibrar o compensar las estructuras óseas implicadas y las estructuras musculares a nivel orofacial y contiguas a éstas.

Por otra parte, se dilucidan algunas limitaciones las cuales también deben considerarse antes de iniciar el tratamiento. Son las siguientes:

El apoyo familiar: son las personas más allegadas al paciente y los que pueden dar fe de la continuidad de la terapia en el hogar.

La edad del paciente: iniciar a una edad temprana en la reeducación de los músculos y estructuras óseas afectadas hacen que sea de mayor facilidad y adaptabilidad, si el paciente es menor de 6 años resulta más complejo ya que no interiorizan la viabilidad o el favorecimiento

de las terapias para su desarrollo, por el contrario, si el paciente es muy mayor sus hábitos o rigidez en sus órganos pueden jugar en contra en la rehabilitación o hacer más demorada la misma.

La motivación e interés del paciente: si el paciente se siente motivado e interesado, será capaz de apoyar el proceso de rehabilitación y dar continuidad por si solo con las indicaciones del terapeuta.

2.1.4 Evaluación miofuncional

Según Bartuilli (2010), para que la intervención miofuncional sea satisfactoria, es primordial realizar primero una evaluación exhaustiva, la cual comprenderá la valoración anatómica o morfológica que será realizada por los clínicos especialistas (odontólogos, cirujanos maxilofaciales, otorrinolaringólogos). También, se llevará a cabo la valoración funcional del sistema orofacial, la cual realizará el logopeda.

Como complemento, los apartados que comprende la evaluación miofuncional son los siguientes: Anamnesis, técnicas específicas de evaluación orofacial, exploración anatómica y funcional logopedica. Según lo anterior y con toda la información obtenida a través del proceso de evaluación, el logopeda deberá ser capaz de emitir un diagnóstico y plantear el tratamiento correspondiente (Bartuilli, 2010; Grandi y Donato, 2006).

2.1.5 Técnicas de la terapia miofuncional

Técnicas de postura corporal: buena postura corporal es importante para la adecuada emisión de los sonidos, una buena respiración para los efectos del habla y la voz, un eficiente desarrollo articulatorio y una mejor deglución. Estas técnicas incluidas en el llamado tratamiento neuroevolutivo desarrollado, tienen como meta la facilitación del tono postural normal. En los niños espásticos reducen el tono y en los flácidos tienden a normalizarlos, además de crear patrones de movimientos adecuados.

Técnicas de respiración: la técnica general o método eficaz para el intercambio de gaseoso es una respiración diafragmática lenta y profunda

Técnicas para aumentar el tono muscular de los labios: al respecto Bartuilli (2010), “al momento de realizar una función de esfínter. Debe tener tanto el labio superior como el inferior, uno tono muscular adecuado” (p.158-159); 1) Ejercicios de labiales del botón para aumentar el tono muscular de los labios, 2) ejercicios de mantenimiento de pesas labios.

Técnicas Orofaciales: una de las técnicas más impórtate en el tratamiento de estos pacientes para normalizar el tono de los músculos de la articulación, y reducir los síntomas de parálisis hipercinesis, activando los músculos que se no funcionan bien, reducir la salivación estimular el desarrollo del área del habla, en este caso los masajes se enfocan en la articulación en: boca, mejillas, labios (Bartuilli, M, 2010)

Técnicas de masticación: La masticación puede verse afectada por los siguientes problemas: 1) déficit en la dentadura, 2) fallo en el control de la mandíbula, 3) falta de movilidad de la lengua y engrosamiento de las encías provocadas por algunas medicaciones. Esta técnica enseñara al paciente a masticar de forma correcta, llevando el bolo alimenticio a ambos lados mediante el movimiento de rotación y apertura- cierre mandibular, trabajara la musculatura de los maseteros y temporal para ejercitar este musculo se da al paciente alimento solidos duros, además favorece el crecimiento óseo realizando ejercicios de masticación repetidas con gomas tubulares de diferentes tamaños y dureza. (Bartuilli, 2010).

2.1.6 La aplicacion de la terapia miofuncional en el campo logopedico

De forma especifica es fundamental mencionar la labor del logopeda dentro del tratamiento miofuncional, su función es prevenir, diagnosticar, educar y rehabilitar las alteraciones funcionales realacionados con el sistema orofacial (respiración, masticación, deglución, entre otras) que presentan patologías de índole muy diversa (física, neurológica, genéticas y adquiridas) en pacientes de todas las edades. (Bartuilli, 2010).

3. DIAGNÓSTICO O ESTUDIO DE CAMPO

En este sentido es pertinente resaltar, que en el desarrollo de este punto de la investigación se describen los hallazgos encontrados entorno a las disartrias espástica y atáxica, tomando como referencia la evaluación del sistema de observación y análisis del mecanismo oral periférico de los pacientes, también se obtuvo información mediante la aplicación de entrevista a profundidad a la experta en el área de terapia de lenguaje, así como también de la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes investigados. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

Tipo de disartria que presentaron los pacientes atendidos en el centro de salud de Santa Martha del cantón de Manta en función de edad, sexo.

Tabla 1. Tipos de disartrias según la edad de los pacientes

N°	Edades	Espástica		Atáxica	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
1	6 años	3	15%	2	10%
2	7 años	4	20%	2	10%
3	8 años	1	5%	2	10%
4	9 años	2	10%	1	5%
5	10 años	1	5%	2	10%
	Total		55%		45%

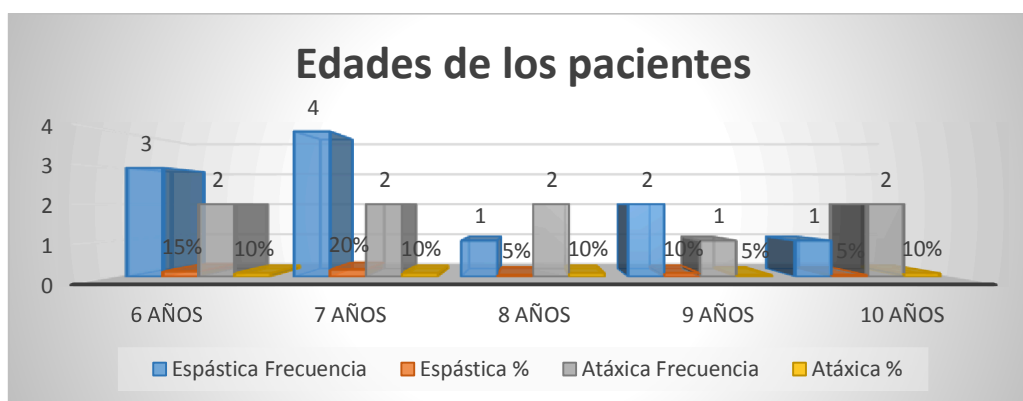


Gráfico 1. Edad de los pacientes

Fuente: Centro de Salud tipo "C" Santa Martha de la Ciudad de Manta.

Elaborado por: Oscar Parrales y Marcelo Vera.

Análisis e interpretación de resultados:

En la tabla y gráfico 1, se revelan los rangos de edad de los pacientes investigados, se encontraron las siguientes frecuencias y porcentajes en la disartria espástica y atáxica: de 6 años 5 (25%), 7 años con 6 (30%), 8 años 3 (15%), 9 años con 3 (15%) y por último de 10 años 3 (15%). Según lo anterior, la edad más afectada por las disartrias son los de 7 años ya que es la frecuencia más alta encontrada, en este rango también se encuentra la mayor cantidad de pacientes con disartria espástica, sin embargo, en cuanto a la disartria atáxica es más pareja la situación en casi todas las edades a excepción de los 9 años en el cual es de menor frecuencia.

Tabla 2. Tipo de disartria con relación al sexo.

N°	Tipo de disartria	Sexo				Total
		Masculino	M%	Femenino	F%	
1	Espásticas	5	25%	6	30%	55%
2	Atàxica	4	20%	5	25%	45%
	Total	9	45%	11	55%	100%

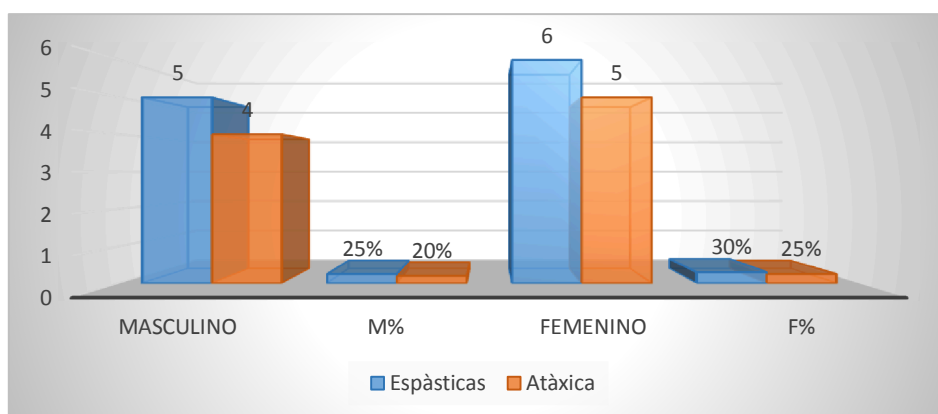


Gráfico 2. Tipo de disartria según el sexo

Fuente: Centro de Salud tipo "C" Santa Martha de la Ciudad de Manta.

Elaborado por: Oscar Parrales y Marcelo Vera.

Análisis e interpretación:

La tabla y gráfico 2, indican el total de pacientes que presentaron el tipo de disartria de acuerdo al sexo; se evidencia que 5 (25%) de los pacientes son de sexo masculino, 6 (30%) de sexo femenino y corresponde en a disartria espástica. Seguidos de disartria atáxica 4 (20%), sexo masculino, 5 (25%) de femenino . De acuerdo a lo anterior, las disartrias tanto atáxica como espástica se presentan en mayor número en pacientes de sexo femenino.

Nivel de afectación del mecanismo oral periférico.

Tabla 3 Análisis de la Estructura Esqueleto del SAO

N°	Categoría	Si		No	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
1	La cara del paciente es simétrica en forma	16	80%	4	20%
2	La mandíbula y la maxila están en tamaño, forma y alineación apropiados.	19	95%	1	5%
3	Oclusión dental dentro de los límites normales	0	0%	20	100%
4	Velo del paladar y estructuras orales/dentales están dentro de los límites normales.	8	40%	12	60%

N= 20

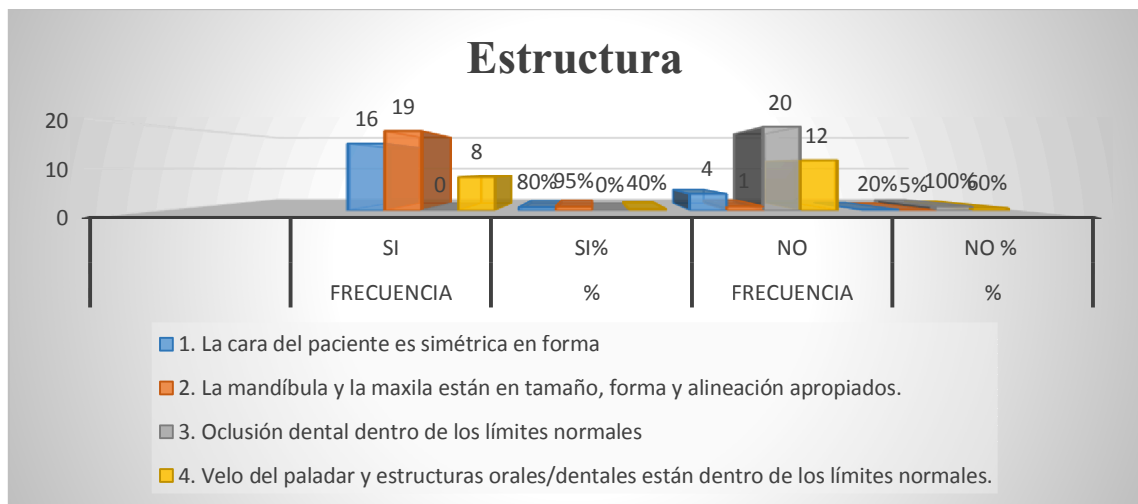


Gráfico 3. Análisis de la Estructura Esqueleto del SAO.

Fuente: Centro de Salud tipo "C" Santa Martha de la Ciudad de Manta.

Elaborado por: Oscar Parrales y Marcelo Vera.

Análisis y resultado.

En la tabla y gráfico 3, se valoraron los criterios relacionados a la Estructura: de la cara del paciente es simétrica en la forma, evidenciando que 16 (80%) de los pacientes si tienen simétrica la cara y 4 (20 %) No. En relación a la mandíbula y el maxilar, la forma y tamaño son adecuados, así como su alineación 19 (95%), apenas un 1 (5%) no lo es. Referente a la Oclusión se observó que 20 (100%) del total. Relativo al Velo del paladar y estructuras orales/dentales 8 (40%) están dentro de los límites normales, mientras que 12 (60%) de los pacientes presentan alguna alteración.

Se puede inferir, una vez analizados y observados todos los criterios con los caracteres estructurales del mecanismo oral periférico de los 20 pacientes, que en la estructura esqueleto la mayoría de los pacientes evaluados con disartria espástica y atáxica presentan alteraciones, es decir, que se presentan atrofas completas o parciales del sistema masticatorio y por ende afectación en la actividad o conducta motora bucal.

Tabla 4. Análisis de la Función Neuromotora del SAO.

N°	Categoría	Si		No	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
1	El tono corporal, de tronco y facial es norma	7	35%	13	65%
2	Todos los reflejos están inhibidos	2	10%	18	90%
3	Fonación y soporte respiratorio adecuado.	3	15%	17	85%
4	Puede producir fonemas de voz simple, nasales y sin voz, /a/, /m/, /j/	0	0%	20	100%
5	Resonancia normal	3	15%	17	85%
6	Buen rango y control de movimientos mandibulares	1	5%	19	95%
7	Sin desplazamientos mandibulares laterales o anteriores	16	80%	4	20%
8	Movimiento labial muestra contacto sólido	0	0%	20	100%
9	Movimientos independiente del control labial	4	20%	16	80%

N= 20

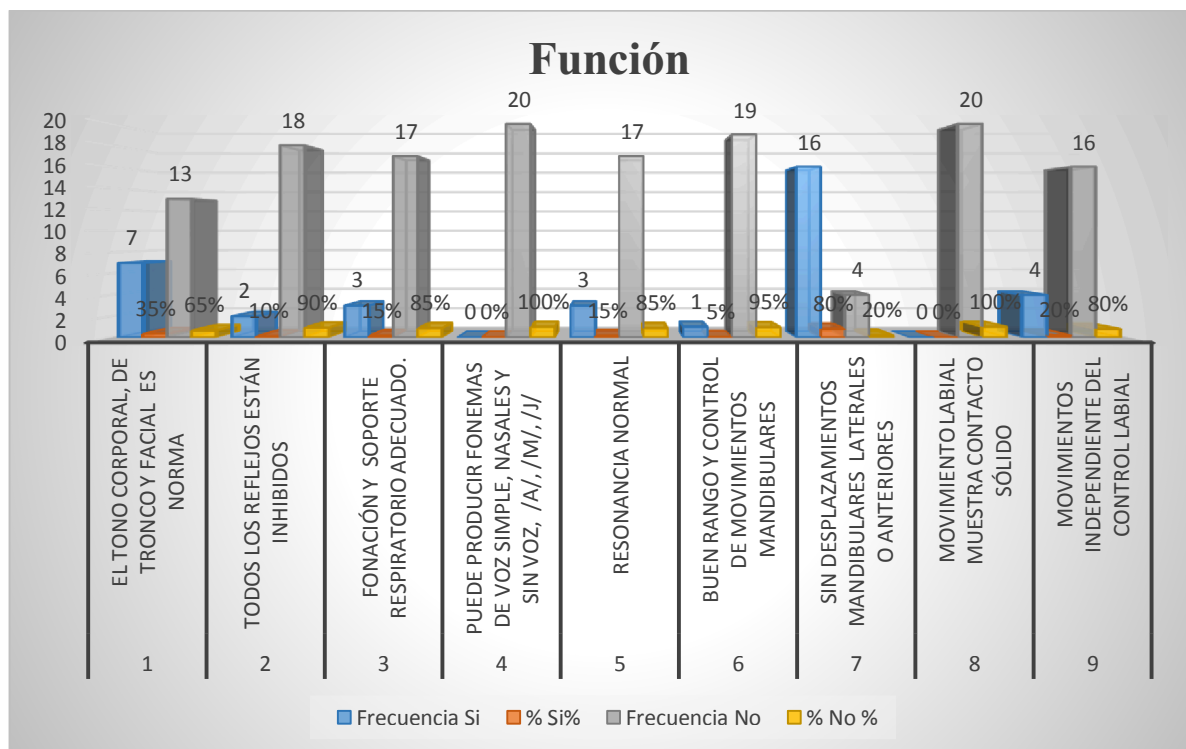


Gráfico 4. Análisis de la Función Neuromotora del SAO.

Fuente: Centro de Salud tipo "C" Santa Martha de la Ciudad de Manta.

Elaborado por: Oscar Parrales y Marcelo Vera.

Análisis y resultados.

En la tabla y gráfico N° 4, se valoraron los criterios relacionados a la Función: En relación al tono corporal, de tronco y facial 7 (35%) de los pacientes presentaron una apariencia normal, mientras que la mayoría 13 (65%) no es normal, observándose hipotonía e hipertonía. Relativo a los reflejos están inhibidos 2 (10%) del total de los pacientes y en un alto grupo 18 (90%) hay presencia de reflejos, sin embargo la mayoría de aquellos presentan hiperreflexia. En la fonación y soporte respiratorio en un 15% es adecuado, mientras que en la mayoría 85% no lo es. En la Producción de fonemas de voz simple, nasales y sin voz, /a/, /m/, /j/ el 100% de los pacientes no lo hacen. En cuanto a la resonancia normal en un 15% se observó que si lo es, mientras que la mayoría 85% no lo es. Respecto a un buen rango y control de movimientos mandibulares apenas el 5% si lomes y el 95% no. Sin desplazamientos mandibulares laterales o anteriores 16 (80%) de los investigados presenta esta condición y la mayoría representado en 4 (20%) no. Referente al movimiento labial muestra contacto sólido, 20 (100%) de los pacientes no lo hacen. Con lo respecta a movimientos independiente del control labial corresponde el 4 (20%) si lo hace mientras que la mayoría 16 (80%)no.

Se puede comprobar, que la función neuromotora vista en movimiento presenta alteraciones en los parámetros mayores en los pacientes, afianzado en la frecuencia del 100% de los pacientes los cuales no pueden producir fonemas o realizar movimientos labiales, además de la inhibición de reflejos en un 90% de los pacientes, lo que significa, que la mayoría de los pacientes tienen poca o escasa movilidad libre en su mecanismo oral periférico por lo que su función es afectada directamente por el trastorno de la disartria, la cual es pieza fundamental para la elección de las técnicas de terapia miofuncional.

Tabla 5. Análisis de la Integración del SAO.

N°	Categoria	Frecuencia		%	
		Si	No	Si	No%
1	La voz es adecuada y puede ser mantenida/ soportada en una unidad de 3 fonemas sonoros.	0	20	0%	100%
2	Los fonemas sordos son apropiados y puede ser mantenidos en una posición inicial sin que afecte el segmento	0	20	0%	100%
3	Los fonemas sordos son apropiados y puede ser mantenidos en una posición inicial sin que afecte el segmento	0	20	0%	100%
4	Los músculos faciales muestran buenos movimientos alternados combinados.	1	19	5%	95%
5	Todos los grupos musculares evidencian un tono adecuado, movimiento simétrico y funcionamiento coordinado e independiente.	2	18	10%	90%
6	El tiempo para la coarticulación es normal para la edad	0	20	0%	100%

N= 20

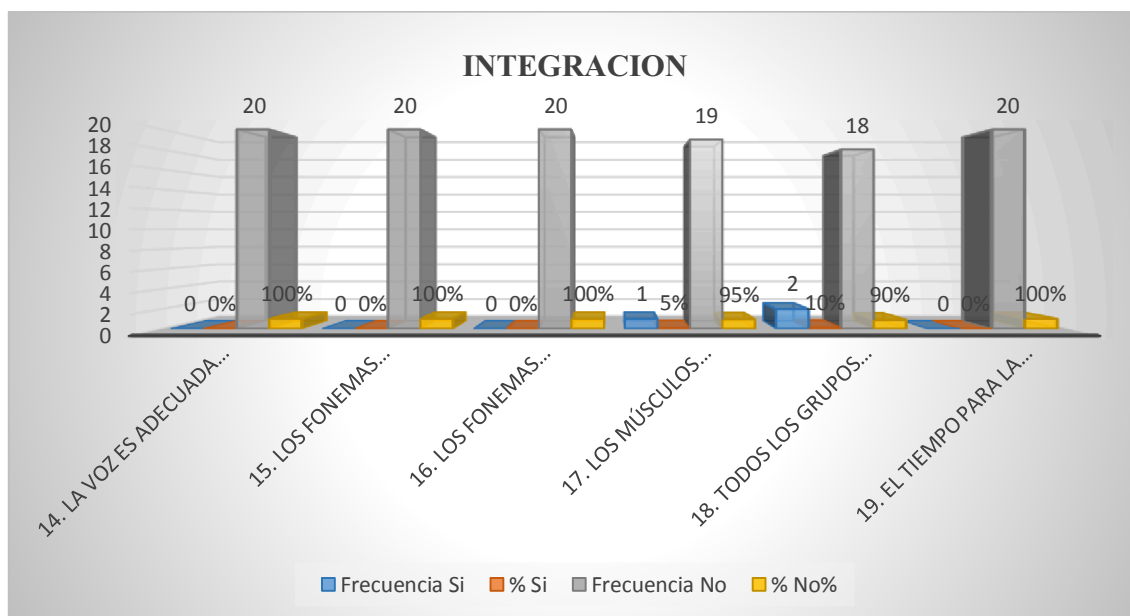


Gráfico 5. Análisis de la Integración del SAO.

Fuente: Centro de Salud "C" Santa Martha de la Ciudad de Manta.

Elaborado por: Oscar Parrales y Marcelo Vera.

Análisis y resultado.

En la tabla y gráfico 5, se valoraron los criterios relacionados con la Integración. El tiempo para la co - articulación es normal para la edad, el 20 (100%) de los pacientes no lo cumple. En lo que concierne a la voz es adecuada y puede ser mantenida/ soportada en una unidad de 3 fonemas sonoros, el 20 (100%) de los investigados no lo hace. En relación a los fonemas sordos son apropiados y puede ser mantenidos en una posición inicial sin que afecte el segmento, no lo es en el 20 (100%) de los pacientes. En lo que respecta a toda la musculatura oral se mueve apropiadamente durante el habla conectada, la mayoría un 19 (95 %) no lo hace y apenas el 1 (5%) si lo puede hacer. Referente a los músculos faciales muestran buenos movimientos alternados combinados, el 18 (90%) no lo muestra y apenas 0 (0%) si lo demuestra. En lo respecta si todos los grupos musculares evidencian un tono adecuado, movimiento simétrico y funcionamiento coordinado e independiente, en 20 (100%) de los pacientes de los pacientes investigados no se evidencia esta función.

Se puede confirmar, que la integración de todos los movimientos secuenciados en los pacientes presenta variaciones, debido a estos desórdenes prosódicos que se ven expuestos en estos sujetos, además de las disfunciones neuromusculares presentes en el habla y la fonación.

Tabla 6. Resultado de los tres criterios evaluados en el SAO del mecanismo oral periférico

CRITERIOS SAO	SI%	NO%
A. Estructura	70%	30%
B. Función	30%	70%
C. Integración	30%	55%

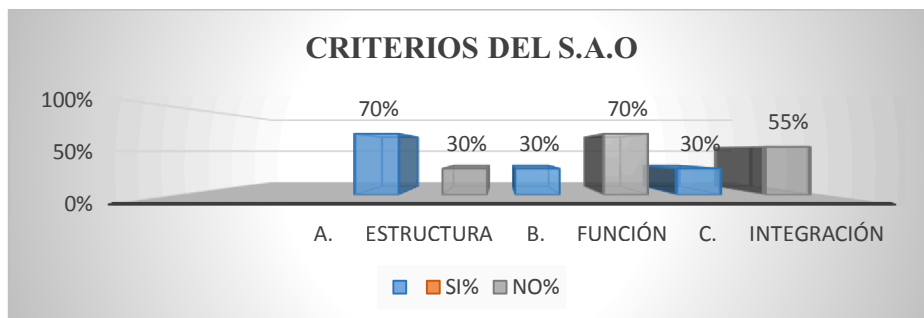


Grafico 6. Resultado de los tres criterios evaluados en el SAO

Fuente: Centro de Salud tipo "C" Santa Martha de la Ciudad de Manta.

Elaborado por: Oscar Parrales y Marcelo Vera.

Análisis y resultado.

En la tabla y gráfico 6, se valoraron los criterios relacionados a la estructura, que corresponde al NO 6 (30%) y SI 14 (70%); Función, corresponde al SI 6 (30%) y NO 14 (70%), por su parte la integración, corresponde al NO 11 (55%) y SI 6 (30%); tomando como referencia, el segundo criterio para la aplicación de la terapia miofuncional, ya que esta terapia se va a encargar de restaurar esas funciones del sistema estomatognático alterado en los pacientes con disartria espástica y atáxica, de acuerdo a los resultados de la evolución estos pacientes se encuentra en un nivel de afectación de grado severa según el criterio de Álvarez (2008), las clasifica en disartria leves, moderadas o severas, existe un grado extremo pero denomina anartria.

Técnicas aplicadas en la terapia miofuncional de los pacientes con disartria Espástica y atáxica.

Tabla 7. Encuesta aplicada a la especialista de terapia del lenguaje.

Técnica respiración relajación
Técnica de orofacial
Técnica de masticación
Técnicas de Praxias

Análisis y resultados

En la tabla 7, se puede constatar las técnicas aplicadas en la terapia miofuncional a pacientes con disartria espástica y atáxica como son : relajación y respiración, orofacial, de masticación y de praxias según la experta en el área de terapia de lenguaje, mediante una entrevista a profundidad. Además señala que, el terapeuta de lenguaje debe manejar a la perfección la información teórica y práctica referente a la rehabilitación a través de la terapia miofuncional, y afirma que en la técnica Orofacial es la más adecuada para el mejoramiento en los pacientes con estas patologías y por ende el aumento en la calidad de vida, de acuerdo al criterio de Calvo (2014), esta terapia ayuda a: reducir parafunciones, crear nuevos patrones neuromotores de comportamiento y llegar a una generalización y equilibrar o compensar las estructuras óseas implicadas y las estructuras musculares a nivel orofacial.

Beneficios de la terapia miofuncional en pacientes con disartria espástica y atáxica

Tabla 8. Beneficios de la terapia miofuncional

Corrección muscular, fuerza y funcionalidad del mecanismo oral periférico
Ayuda a crear patrones musculares correcto en la masticación
Corrige las defunciones Orofaciales que integran en la producción del habla y deglución
Regula la sensibilidad
Mejora el control de la sialorrea

Análisis y resultados.

En la tabla 8, se puede evidenciar que la terapia miofuncional en los pacientes con disartria espástica y atáxica brinda los siguientes beneficios: Corrección muscular, fuerza y funcionalidad del mecanismo oral periférico, ayuda a crear patrones musculares correctos en la masticación, corrige las defunciones Orofaciales que integran la producción del habla y deglución, regula la sensibilidad, mejora el control de la sialorrea. Según Paskay L(s/f), reafirma que la terapia miofuncional tiene como beneficio contribuir a la restauración y mantención de un entorno normal y armónico de los músculos orofaciales, para ello trabaja en la evaluación y tratamiento de disfunciones relacionadas con dichos músculos.

4. DISCUSIÓN

Según el objetivo 1 planteado en la presente investigación, el cual es: categorizar la población con disartria espástica y atáxica atendido en el centro de salud santa Martha en función de edad y sexo. Indican los resultados que, el tipo de disartria más frecuente en los pacientes es la disartria espástica, siendo las de género femenino entre la edad de 7 años las más afectadas. Los estudios de Duffy (2005), mencionan que la prevalencia de los trastornos del habla en la población habitual son inciertas. Sin embargo, estos trastornos son frecuentes en la práctica neurológica habitual y lo más probable es que representa una proporción significativa de las alteraciones de la comunicación de origen neurológico, la frecuencia de disartria ocurre en un 25% del paciente por TCE.

Referente al objetivo 2, Diagnosticar el nivel de afectación del mecanismo oral periférico en los pacientes con disartria espástica y atáxica; se toma como referencia el segundo criterio evaluado en el SAO que es la función, este arrojó un 70% acorde a la evaluación aplicada, demostrando el nivel de afectación van de severas a grados extremos en los pacientes. Al respecto Alvares (2008) afirma, el que nivel de afectación de la disartria depende de la patología de base, del grado de afectación fono articulatorio, de la característica personal y el entorno social del paciente, además afirma, que las disartrias de leves a moderadas tiene buen pronóstico a diferencia de las severas a graves.

Por otra parte, describir las técnicas aplicadas en la terapia miofuncional en pacientes con disartria espástica y atáxica. Según, el resultado de la entrevista aplicada a la profesional del

área de terapia del lenguaje, las técnicas aplicadas para dicha patología son la técnicas de relajación, respiración, orofaciales, masticación y deglución, según el enunciado de López (2016), esta basado en la aplicación de técnicas de rehabilitación de Terapia Miofuncional en pacientes con disglosia para corregir la deglución atípica y mejorar su calidad de vida. Esta, devolvió a los pacientes el equilibrio muscular orofacial reeducando los patrones musculares inadecuados y estableciendo nuevos comportamientos en los pacientes.

En cuanto a, reconocer los beneficios de la terapia miofuncional aplicada en pacientes con disartria espástica y atáxica que acuden al centro de Salud Santa Martha, se considera que es apropiada en cuanto a la rehabilitación en la deglución, respiración, masticación, en mejora de la calidad de vida de los pacientes, según Primo (2014) se mejora las alteraciones del habla a través de la terapia miofuncional en el alumnado con disartria.

5. DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA

Terapia miofuncional como beneficio para la atención de pacientes con disartria espástica y atáxica.

5.1 Objetivo general.

Exponer las técnicas de la terapia miofuncional en los pacientes con disartria espástica y atáxica atendido en el centro de salud Santa Martha de Manta.

5.2 Objetivos específicos.

- Identificar los niveles de afectación del mecanismo orofacial producidos por la disartrias espástica y atáxica.
- Examinar las funciones orofaciales mediante la aplicación de las técnicas de la terapia miofuncional.
- Socializar las técnicas de la terapia miofuncional con el personal del área de terapia del lenguaje y familiares de los pacientes con disartria espástica y atáxica.

5.3 Fundamentación de la propuesta.

Proporcionar una guía de intervención con ejercicios orofaciales a través de la terapia miofuncional para el desarrollo de la funciones orofaciales en los pacientes con disartria espástica y atáxica atendido en el centro de salud Santa Martha en Manta, basándose en los resultados de las evaluaciones realizadas se constató un nivel de afectación en las funciones orofaciales. En la práctica de esta propuesta de ejercicios orofaciles que se facilitó al personal del área también está destinada a los cuidadores como apoyo con el propósito de una buena intervención en los ejercicios permitiendo regular el tono muscular y estimular las funciones orofaciales. Cabe recalcar que esta propuesta está basada en la evaluación del Sistema de Observación y Análisis. *Hayde*, 1995, revisado 2001.

5.4 Resultados esperados de la propuesta.

Se espera que, con la socialización de esta propuesta al personal del área de terapia del lenguaje y los familiares de los pacientes, se concienticen e informen de las ventajas y beneficios de los ejercicios aplicados a través de la terapia miofuncional, según el nivel de afectación que presente el paciente para desarrollar la funciones orofaciales.

Actividades y tareas.

Objetivos	Actividades vinculadas	Tareas a desarrollar
Identificar los niveles de afectación del mecanismo orofacial producidos por la disartrias espástica y atáxica.	Revisión de las historias clínicas de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud al centro de salud las historias de los pacientes afectados con disartria espástica y atáxica. • Indagación de cada historia clinica de los pacientes.
	Entrevista con los familiares del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud del consentimiento informado de padre de familia. • Aplicación del SAO
Examinar las funciones orofaciales mediante la aplicación de las técnicas de la terapia miofuncional.	Ejercicios de masaje orofacial	<ul style="list-style-type: none"> • Masaje en el centro de la frente hacia el entrecejo con movimientos ascendente y descendente • Masaje en las mejillas con movimientos verticales descendentes. • Por encima y debajo de los labios realizando los movimiento del centro hacia el lateral. • Masaje circular en el mentón.

	Técnica de respiración - relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración lenta y profunda Inspiración rápida con exhalación vocal
Socializar las técnicas de la terapia miofuncional con el personal del área de terapia del lenguaje y familiares de los pacientes con disartria espástica y atáxica.	Intercambio de información de la terapia miofuncional con el personal de terapia del lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Observación de las técnicas aplicadas por el personal de terapia del lenguaje a pacientes con disartria espástica y atáxica. • Aplicar la encuesta al personal de terapia del lenguaje.
	Informar las ventajas y beneficios que tiene la terapia miofuncional en los pacientes con disartria a sus familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de forma individual las ventajas y beneficios del uso de la terapia miofuncional en el paciente con disartria. • Presentar las ventajas y beneficios a los familiares mediante una charla.

CONCLUSIONES

La investigación realizada permite profundizar a cerca de la aplicación de la terapia miofuncional en pacientes con disartria espástica y atáxica, que asisten al Centro de Salud Santa Martha; por tanto, se concluye que:

Los tipos de disartria tanto atáxica como espástica afecta más al sexo femenino y la edad que mayormente se encontró es de 7 años.

Se comprueba que la aplicación de Sistema Observación y Análisis del mecanismo oral periférico contribuye a verificar el nivel de afectación de los pacientes con disartria espástica y atáxica.

La técnica que ayuda a la mejora de los pacientes con disartria espástica y atáxica es la orofacial, ya que esta fortalecen las funciones débiles del lenguaje, incluso facilita la alimentación ya que también trabaja, deglución y masticación en estos pacientes.

La Terapia Miofuncional influye positivamente en los pacientes que asisten a su rehabilitación fonoaudiológica en el centro de salud Santa Martha.

RECOMENDACIONES

En concordancia con las investigaciones realizadas y las conclusiones a las que se llegaron, se recomiendan los siguientes puntos:

El nivel de afectación que presentan los pacientes con disartria espástica y atáxica, indica la necesidad de crear una guía para los padres o tutores de los niños de los ejercicios orofaciales para que favorezcan al desarrollo de las funciones orofaciales, que se encuentre a disposición en todo momento y de fácil acceso.

Seguir aplicando, los programas de rehabilitación miofuncional para ayudar a crear nuevos patrones musculares que beneficien a los pacientes con disartria espástica y atáxica que asisten al centro de salud de Santa Martha.

Como sugerencia aumentar el número de profesionales del área de terapia del lenguaje para atención oportuna de pacientes con disartria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, L., (2008). *Disartria*. Hospital Hnos. Ameijeiras. Recuperado de:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/disartria.pdf>
- Ayarza, M. (2013) *Aplicaciones de la Terapia Miofuncional. Logopedia y Formación*.
Recuperado de: <https://logopediayformacion.blogspot.com.es/>
- Barrena González, J. (2006): La dislalia. Marco conceptual, evaluación e intervención en el centro educativo. Recuperado de: <https://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/1136/la-dislalia-marco-conceptual-evaluacion-e-intervencion-en-el-centro-educativo-parte-i.html>
- Bartuilli, M. (coord.), Cabrera P. J., Periñan M. C. (2008). *Guía técnica de intervención logopedica. Terapia miofuncional*. Madrid: Síntesis.
- Bartuilli, M. (coord.), Cabrera P. J., Periñan M. C. (2010). *Guía técnica de intervención logopedica. Terapia miofuncional*. Madrid: Síntesis.
- Calvo Alonso (2016). Necesidad de la Terapia Miofuncional en el tratamiento de la Deglución Atípica. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/18280/1/TFG-M-L554.pdf>.
- Cortavitarte Mireya, (2019). Revista Medica la disartria. Recuperado de:
<https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/logopedia/que-es-la-disartria-y-causas>
- Donoso, A., y González Victoriano, R. (2012). *Trastornos del Lenguaje en el Adulto*. Revista Chilena de Fonoaudiología, 11, Pág. 7-21. Doi: 10.5354/0719-4692.2012.24523
- Duffy, J. (2005). *Motor speech disorders: substrates, diferencial diagnosis and management*. Second edition. St. Louis: Elsevier Mosby.

- Figueroba, A., Disartria: causas, síntomas, tipos y tratamiento. Los problemas de pronunciación de algunas personas se deben a lesiones y alteraciones en el cerebro. Recuperado de: <https://psicologiyamente.com/clinica/disartria>
- Grandi, D. y Donato, G., (Ed.). (2006). *Terapia Miofuncional. Diagnóstico y Tratamiento*. Ediciones Lebón, Barcelona, España.
- Hernández Villoría, R. (2008). Una aplicación lingüística en el estudio clínico de la disartria: el análisis acústico de las vocales y los ejes cinéticos de la lengua. Lenguaje y habla. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4003528>
- Hernández T y Mueses. W. (2014). La prosodia y elementos de la prosodia. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/ughPaula/la-prosodia-37964799>
- Melle, N. (2007). Guía de intervención logopédica en la disartria. Ediciones Síntesis, Madrid.
- Martínez, F. (2017) la articulación lingüística. Recuperada de: <https://prezi.com/9ednffsbylnp/la-articulacion-linguistica/>
- Mejía, L (2017). Guía para el manejo de usuario disartrico. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36857/1/CD%20057-%20%20MEJ%C3%8DA%20RADA%20LAURA%20BEL%C3%89N.pdf>.
- Paskay L(2019), IAOM, Recuperado de: <http://www.iaom.com/category/page/about>
- Puyuelo, R.J., (2005). Rehabilitación del habla en 10 niños hispanohablante con parálisis cerebral severa: un estudio longitudinal de 4 años. Rehabilitación Pediátrica. (2)(8), 113-6. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16089251>
- Primo, E., (2014). Intervención de un caso de disartria. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/7744/TFG-G860.pdf;jsessionid=DEB99156A4798813C861485B380E8131?sequence=1>

- Rehabilitación integral. (2012). Terapias para el tratamiento de la disartria en niños con parálisis cerebral: una revisión sistemática. *Rehabilitación integral*, 71. Recuperado de: <https://www.rehabilitacionintegral.cl/terapias-para-el-tratamiento-de-la-disartria-en-ninos-con-paralisis-cerebral-una-revision-sistematica/>
- Segura, Á., (2003). *Diseños Cuasiexperimentales*. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/renacip/disenos_cuasiexperimentales.pdf
- Suarez, A (2004). *Trastornos De La Voz, Estudio de Casos*. Madrid: Editorial EOS. 2º Edición. P. 17
- Van Dalen, D. y Meyer, W., (2006). *La Investigación Descriptiva*. Recuperado de: <https://noemagico.blogia.com/2006/091301-la-investigaci-n-descriptiva.php>
- Vértice, E. (2009). *Técnicas de comunicación con personas dependientes en instituciones*. Málaga: Editorial Vértice.

ANEXOS

Anexo A.- Anamnesis del paciente.

ANAMNESIS

I.-Antecedentes personales

Nombre del Niño: _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____ Acompañante: _____
Vive con: Mamá _____ Papá _____ Hermanos: _____ Otro _____
Convivencia: Buena relación _____ Mala relación _____
Motivo de consulta: _____

HISTORIA CLINICA

II.- Antecedentes prenatales

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Eruptivas (sarampión viruela, paperas, rubeola) | SI | NO |
| 2. Desnutrición | SI | NO |
| 3. Consanguinidad (problemas de compatibilidad) | SI | NO |
| 4. Amenaza de aborto | SI | NO |
| 5. Fiebres altas | SI | NO |
| 6. Golpes fuertes con pérdida de conocimiento | SI | NO |
| 7. Consumo de medicamentos | SI | NO |
- Cuales: _____

III.- Antecedentes Perinatales

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Embarazo de término | SI | NO |
| 2. Prematuro | SI | NO |
| ¿Cuántas semanas? _____ | | |
| 3. Parto normal | SI | NO |
| 4. Problemas del niño para respirar al nacer | SI | NO |
| 5. Bajo peso al nacer | SI | NO |
| 6. Color amarillo o morado al nacer | SI | NO |
| 7. Incubadora | SI | NO |
- Otros: _____

IV.- Primeros años de desarrollo del niño

- | | | |
|--|--------------|----|
| 1. Eruptivas (sarampión viruela, paperas, rubeola) | SI | NO |
| 2. Fiebres altas | SI | NO |
| 3. Convulsiones | SI | NO |
| 4. Rasca los oídos | SI | NO |
| ¿Cuál? OD OI Ambos | | |
| 5. Salida de líquido por los oídos | SI | NO |
| ¿Cuál? OD OI Ambos | | |
| 6. Desnutrición | SI | NO |
| 7. Golpes fuertes con pérdida de conocimiento | SI | NO |
| 8. El niño debe tomar frecuentemente algún tipo de medicina | SI | NO |
| ¿Cuál o Cuales? _____ | | |
| 9. Enfermedad actual | SI | NO |
| 10. ¿Actualmente el niño asiste algún tratamiento médico? | SI | NO |
| 11. En la familia hay antecedentes de sordera, voz, enfermedades respiratorias, alcoholismo, drogadicción. | SI | NO |
| ¿Cuál (es)? _____ | | |
| 12. A qué edad empezó a decir las primeras palabras _____ | Frases _____ | |

Anexo B. Sistema SAO

SISTEMA de OBSERVACIÓN y ANÁLISIS (SAO)
Estructura, función, integración.

(Hayden, 1995, revisado 2001)

Registre lo siguiente:

A. ESTRUCTURA	Esqueletal	SI	NO	COMENTARIOS
1.	La cara del paciente es simétrica en forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	La mandíbula y la maxila están en tamaño,, forma y alineación apropiadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oclusión dental dentro de los límites normales Ej.: no hay mordida abierta, mal oclusión Clase II, III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Velo del paladar y estructuras orales/dentales están dentro de los límites normales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. FUNCIÓN Neuromotora (vista en movimiento)				
Etapa I: Tono/ Integridad Neuromuscular				
5.	El tono corporal, de tronco y facial es normal Ej: no hay hiper o hipotonicidad notable en el cuerpo, en el torax o en músculos faciales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Todos los reflejos están inhibidos Ej.: reflejos no observables al comer o al hablar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etapa II: Control de fonación y Válvulas (visto solo en producciones simples)				
7.	Fonación y soporte respiratorio adecuado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Puede producir fonemas de voz simple, nasales y sin voz, /a/, /m/, /j/.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Resonancia normal Ej.: hay hiper o hiponasalidad predominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etapa III: Control mandibular (visto en el habla conectada)				
10.	Movimientos mandibulares muestran:			
	•Buen rango y control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	•Sin desplazamientos laterales o anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etapa IV: Control Labial-facial				
11.	Movimiento labial muestra:			
	•Contacto sólido Ej: tercio medio de la superficie labial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Movimientos Independientes Ej. Labios independientes de la mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
	Movimiento individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- (¿un labio independiente del otro.)
- | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 12. | Movimientos musculares labio – faciales muestran: | SI | NO | COMENTARIOS |
| | •Buena retracción. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | •Buena protrusión. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Etapa V: Control Lingual

- | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 13. | Movimientos linguales muestran: | | |
| | •Sin movimientos en reposo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | •Independencia de la mandíbula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- (El cuerpo lingual se mueve independientemente de la mandíbula, desde su porción anterior, media, media-atrás y atrás)
- | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Anterior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medio–Atrás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atrás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. INTEGRACIÓN (todos los sistemas + duración y prosodia)

Etapa VI: Movimientos secuenciados a través de todos los planos

- | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 14. | La voz es adecuada y puede ser mantenida/ soportada en una unidad de 3 fonemas sonoros ej.: mal, mil, van | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Los fonemas sordos son apropiados y puede ser mantenidos en una posición inicial sin que afecte el segmento ej.: tan, tal, cal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Toda la musculatura oral se mueve apropiadamente durante el habla conectada (sin movimientos extraños, (adición sonidos o movimientos a tientas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Los músculos faciales muestran buenos movimientos alternados combinados. (¿: retracción / protrusión) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Todos los grupos musculares evidencian un tono adecuado movimientos simétricos y funcionamiento coordinado e independiente.
(¿: mandíbula, facial, labial, lingual. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Etapa VII: Prosodia

- | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 19. | El tiempo para la co-articulación es normal para la edad. (¿: entonación y frases marcadas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|

Anexo C. Formato de consentimiento de padre de familia



Terapia de Lenguaje
Facultad Ciencias Médicas

CONSENTIMIENTO DE PADRE DE FAMILIA

Yo, _____ representante de _____, quien es paciente del área de Terapia del Lenguaje del sub Centro de Salud Santa Martha. De acuerdo a la información sobre la dificultad específica de lenguaje de mi representado me comprometo a brindar el apoyo necesario en la evaluación de las funciones Orofaciales y a su vez autorizo la realización en cualquier momento.

Firma del representate

Anexo D. Entrevista al profesional encargado del área terapia de lenguaje.



Terapia de Lenguaje
Facultad Ciencias Médicas

Entrevista al profesional encargado del área terapia de lenguaje.

1. ¿Describir Las Técnicas de la terapia miofuncional que ud conoce ?
2. ¿Cual es la importancia de saber de las tecnica de terapia miofuncional para ayudar a los pacientes con diatria espástica y atáxica?
3. ¿Cuales de las tecnicas de la terapia miofuncional utilizado para la obtencion de un buen correcto patron en la funciones del sistema estomatognático?
4. ¿Porque cree ud que la terapia miofuncional beneficia a los pacientes con disartria espástica y atáxica?
5. ¿Cuales esos beneficio que obtiene los pcientes con disartria espatica y ataxica al aplicar la terapia miofuncional?

Anexo E. Autorización para realizar proyecto de investigación

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Dirección Distrital 13D02 Jaramijó Manta Montecristi, Salud

Memorando Nro. MSP-CZ4-13D02-DDS-2019-3418-MEM

Manta, 11 de noviembre de 2019

PARA: Sra. Med. Gloria Margarita Teran Manzaba
Medico/a Especialista en Medicina Familiar

ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA QUE ALUMNOS REALICEN
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN CS MANTA

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. 195-FCM.T-L-19 tengo a bien autorizar que los alumnos realizan la petición realicen proyecto de investigación en CS Manta. los estudiantes antes mencionado, tendrán que acercarse al departamento Jurídico para que firmen acta de confidencialidad.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Med. Juan Carlos Intriago Zavala

DIRECTOR DEL DISTRITO 13D02 JARAMIJO - MANTA - MONTECRISTI

Referencias:

- MSP-CZ4-13D02-VUAU-2019-1188-E

Anexos:

- solicitud_de_autorización_para_que_alumnos_realicen_proyecto_de_investigación_en_cs_manta.pdf

Copia:

Sra. Dra. Johanna Vanessa Cevallos Pinargote
Responsable Centro de Salud Manta

TS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL
JUAN CARLOS INTRIAGO ZAVALA
CALLE 13 Y CALLE 24
MANTA, MONTECRISTI
Ecuador, 2019-11-11 10:21:45 AM

Avenida 24 y Calle 13
Manta – Ecuador • Código Postal: 130802 • Teléfono: 593 (05) 2629-500

Ilustraciones de la investigación realizada.



Ilustración 1. Realizando anamnesis a madre de familia



Ilustración 2. Firma del consentimiento del representante



Ilustración 3. Evaluación S.A.O



Ilustración 4. Observación del mecanismo oral periférico