



UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO DE MANABÍ"

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Fonoaudiología

Motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral

Autores:

Fernanda Elizabeth Delgado

Aveiga Pinango Bryan Johao

Tutora:

Lcda. Viviana Marcela Muñoz Macías. Mg

Agosto de 2025

Manta – Manabí

Certificación

En calidad de docente tutora de la Facultad Ciencias de la Salud, de la carrera de Fonoaudiología, de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular / Proyecto de investigación bajo la autoría de la estudiante Delgado López Fernanda Elizabeth con C.I.131575004-0, legalmente matriculado/a en la carrera de Fonoaudiología período académico 2025-1, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es "Motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos, formales, la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

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

Manta, agosto de 2025

Lo certifico,



Lcda. Viviana Marcela Muñoz Macías. Mg
Docente Tutora

Certificación

En calidad de docente tutora de la Facultad Ciencias de la Salud, de la carrera de Fonoaudiología, de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular / Proyecto de investigación bajo la autoría del estudiante Aveiga Pinango Bryan Johao con C.I.172495317-7, legalmente matriculado/a en la carrera de Fonoaudiología período académico 2025-1, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es **"Motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral"**.

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos, formales, la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

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

Manta, agosto de 2025

Lo certifico,



Lcda. Viviana Marcela Muñoz Macías. Mg
Docente Tutora

Declaración de Autoría

El trabajo de revisión sistemática titulado **“Motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral”**. Nosotros Aveiga Pinango Bryan Johao con C.I. 172495317-7 y Delgado López Fernanda Elizabeth con C.I. 131575004-0, declaramos que es original y constituye una elaboración personal con criterios que son de total responsabilidad nuestra, así como en la interpretación de este; recalamos que, aquellos trabajos de otros autores que brindaron aporte al desarrollo de esta investigación han sido debidamente referenciados en el texto. Con esta declaratoria, transferimos nuestra propiedad intelectual a la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí” y autorizamos a la publicación de este trabajo de investigación en el archivo institucional de acuerdo con las reglas del Art. 144 de la Ley Biológica de educación superior.

Bryan Aveiga

Aveiga Pinango Bryan Johao

C.I. 172495317-7

fernanda D

Delgado López Fernanda Elizabeth

C.I. 131575004-0

Dedicatoria

Con profunda gratitud y amor dedico este trabajo de tesis a Dios y a todas las personas que han sido parte fundamental de mi vida y de este proceso académico, quienes con su apoyo, paciencia y fortaleza me permitieron alcanzar esta meta tan significativa.

De igual forma, a la memoria de mi querido padre, cuyo recuerdo permanece indeleble en mi corazón. Aunque físicamente no está conmigo, su legado, sus enseñanzas, su amor y su ejemplo de trabajo honesto y esfuerzo constante me acompañan a diario. Esta tesis es también un homenaje a su vida, y a todo lo que me enseñó con su presencia y, hoy con su ausencia.

A mi madre, mujer valiente y generosa, gracias por tu amor sin condiciones, por tu entrega y por ser ejemplo de fortaleza.

A mi esposo, compañero de vida y de lucha, gracias por tu comprensión, por tus palabras de aliento, por tu paciencia y por brindarme tu apoyo incondicional.

A mis hijos, la razón más pura de mi existencia. Ustedes son mi motor diario, la fuente de mi inspiración, y mi mayor motivación para seguir creciendo.

A mis hermanos, quienes han sido apoyo, compañía y aliento. Gracias por ser parte de mi vida y mis logros.

A mi suegra, por su respaldo, por su ayuda y confianza durante todo este proceso.

Fernanda Elizabeth Delgado López

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a mi madre, la mujer que me enseñó a no rendirme, a luchar con el alma y a confiar en mí incluso cuando todo parecía cuesta arriba. Cada paso que he dado lleva su amor y su sacrificio. A mi hermano, por estar siempre a mi lado, por acompañarme con fuerza, alegría y motivación en cada momento importante. Gracias por ser parte activa de este camino. Y a mí mismo, por mantenerme firme, por nunca rendirme y por demostrarme que cuando se trabaja con pasión y constancia, todo es posible.

Bryan Johao Aveiga Pinango

Agradecimiento

A mi amado padre, que desde el cielo me ha acompañado con su luz; su recuerdo a sido mi fuerza en los momentos de mayor reto.

A mi madre, por su amor incondicional, su paciencia y su apoyo constante, que me han sostenido en cada paso de este camino.

A mi esposo, compañero de vida, por creer en mi incluso cuando yo dudaba, por su aliento y por estar a mi lado en cada jornada y sobre todo por su apoyo incondicional.

A mis hijos, que son mi mayor inspiración y la razón más *profunda para seguir aprendiendo y superándome.*

A mi tutora de tesis licenciada Viviana Muñoz *por ser fuente de inspiración y por siempre estar presente durante esta etapa de mi vida*

Y a todas esas personas que de uno u otra manera me brindaron su apoyo, su tiempo y sus palabras para que este proyecto fuera posible. A cada uno, gracias desde lo más *profundo de mi corazón.*

Fernanda Elizabeth Delgado López

Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme la fuerza, la claridad y la salud para avanzar con determinación en esta etapa tan importante de mi vida.

A mi madre y a mi hermano, por ser el pilar más fuerte de mi vida. Gracias por su apoyo constante, por cada palabra, cada gesto y por confiar plenamente en mí. Este logro también es de ustedes.

A mis docentes de la carrera de Fonoaudiología, por compartir con generosidad sus conocimientos, su tiempo y su experiencia, guiando mi formación profesional con compromiso.

A la Lic. Juana Mercedes Cusme, por su acompañamiento durante mis prácticas preprofesionales, por su guía, confianza y ejemplo. A cada niño, niña y familia con quienes tuve el privilegio de trabajar, gracias por enseñarme el verdadero valor de esta profesión.

Y a todas las personas que, de una u otra forma, hicieron parte de este proceso, gracias por aportar su granito de arena en este camino que hoy culmina.

Bryan Johao Aveiga Pinango

Resumen

La motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral (IMOC) constituye un aspecto fundamental en su desarrollo funcional y calidad de vida, ya que afecta directamente la alimentación, la comunicación y el control de funciones básicas. Esta revisión tuvo como objetivo general determinar Motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral". analizar la evidencia científica existente sobre dicha problemática, a fin de comprender sus principales manifestaciones, los factores que inciden en su evolución y las estrategias terapéuticas utilizadas para su intervención. La metodología aplicada fue de tipo sistemático, bajo un enfoque cualitativo, centrada en la revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en bases de datos reconocidas. Se identificaron inicialmente 52 estudios, de los cuales se seleccionaron 20 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Los datos fueron organizados en tres categorías: alteraciones orofaciales comunes en niños con IMOC, factores neurológicos funcionales asociados, y enfoques terapéuticos utilizados. Como conclusión se establece que las disfunciones orofaciales en esta población son múltiples, complejas y estrechamente vinculadas a condiciones neurológicas tempranas. Estas alteraciones requieren abordaje clínico especializado, personalizado e interdisciplinario que considere tanto las características individuales del niño como su entorno familiar y social. La revisión evidencia además la necesidad de fortalecer la detección temprana, la intervención sistemática y la formación profesional en motricidad orofacial infantil, como componentes clave para mejorar la funcionalidad y el bienestar integral de los niños con IMOC.

Palabras clave: IMOC, orofacial, infantes, motricidad, neurológico.

Abstract

Orofacial motor skills in children with cerebral-related motor impairment (CMI) are a fundamental aspect of their functional development and quality of life, as they directly affect feeding, communication, and the control of basic functions. The overall objective of this review was to analyze the existing scientific evidence on this problem in order to understand its main manifestations, the factors that influence its evolution, and the therapeutic strategies used for its intervention. The methodology applied was systematic, using a qualitative approach, focused on a bibliographic review of scientific articles published in recognized databases. Fifty-two studies were initially identified, of which 16 articles were selected that met the previously established inclusion and exclusion criteria. The data were organized into three categories: common orofacial alterations in children with CMI, associated functional neurological factors, and therapeutic approaches used. In conclusion, it is established that orofacial dysfunctions in this population are multiple, complex, and closely linked to early neurological conditions. These disorders require a specialized, personalized, and interdisciplinary clinical approach that considers both the individual characteristics of the child and their family and social environment. The review also highlights the need to strengthen early detection, systematic intervention, and professional training in pediatric orofacial motor skills as key components for improving the functionality and overall well-being of children with BMI.

Keywords: *BMI, orofacial, infants, motor skills, neurological.*

Índice

Certificación	II
Certificación	III
Aprobación del Tribunal Examinador	IV
Declaración de Autoría	V
Dedicatoria	VI
Dedicatoria	VII
Agradecimiento	VIII
Agradecimiento	IX
Resumen	X
Abstract	XI
Índice	XII
Índice de Tablas	XV
1. Introducción	1
1.1. Justificación	3
2. Marco Teórico	5
2.1. Motricidad Orofacial	5
2.1.1. Órganos Bucofonatorios	5
2.1.2. Importancia de la motricidad orofacial en el desarrollo del lenguaje	6

2.1.3.	Trastornos de Motricidad Orofacial.....	7
2.1.4.	Técnicas y tratamientos para la motricidad orofacial.....	7
2.1.5.	Teorías y Modelos relacionados.....	8
2.1.6.	Evaluación de la motricidad orofacial.....	9
2.1.7.	La motricidad orofacial y su relación con otras especialidades afines..	9
2.2.	La Insuficiencia motora de origen cerebral (IMOC).....	10
2.2.1.	Antecedentes Históricos.....	11
2.2.2.	Clasificación.....	12
2.2.3.	Complicaciones comunes en pacientes con IMOC.....	13
2.2.4.	Problemas neurológicos.....	14
2.2.5.	Problemas digestivos.....	14
2.2.6.	Problemas de salud ósea.....	15
2.2.7.	Problemas de salud bucodental.....	15
3.	Metodología.....	17
3.1.	Definición del método sistemático.....	17
3.2.	Criterios de inclusión.....	18
3.3.	Criterios de exclusión.....	18
3.4.	Evaluación de la validez de los estudios primarios.....	18
3.5.	Análisis de contenidos de los artículos seleccionados.....	19

3.6. Variables	19
4. Resultados	20
4.1. Descripción del contexto de la investigación.....	20
4.2. Descripción de los resultados.....	21
4.2.1. Resultados del objetivo específico 1.....	21
4.2.2. Resultados del objetivo específico 2.....	22
4.2.3. Resultados del objetivo específico 3.....	24
4.3. Discusión.....	26
5. Conclusiones y recomendaciones.....	28
5.1. Conclusiones	28
5.2. Recomendaciones.....	29
Bibliografía.....	30
Anexos.....	37

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Identificación de variables.</i>	18
Tabla 2. <i>Clasificación sobre los criterios de inclusión de los documentos analizados.</i>	19
Tabla 3. <i>Principales alteraciones de la motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral.</i>	20
Tabla 4. <i>Factores neurológicos y funcionales que inciden en el desarrollo de la motricidad orofacial en la población infantil.</i>	21
Tabla 5. <i>Enfoques y estrategias terapéuticas utilizadas en la intervención de la motricidad orofacial en niños con IMOC.</i>	22

1. Introducción

La motricidad orofacial constituye un componente fundamental en el desarrollo neuromuscular infantil, ya que integra funciones esenciales como la respiración, la succión, la deglución, la masticación y el habla. Estas funciones son controladas por un sistema neuromotor complejo que requiere una adecuada coordinación y tonicidad muscular. Mundialmente agencias como la ONU, UNICEF y la OMS, considera que los trastornos del desarrollo, los cuales incluyen la parálisis cerebral (IMOC), influyen en miles de niños y jóvenes a temprana edad. Según un informe de la UNICEF en el 2023 define que 317 millones de infantes poseen alguna discapacidad del desarrollo (UNICEF, 2023).

La parálisis cerebral (PC) representa la principal causa de discapacidad motora en la infancia, siendo una condición de alta relevancia debido a las múltiples deficiencias conlleva, su carácter crónico y las implicaciones médicas, sociales y educativas que genera. Por tanto, su abordaje debe orientarse a optimizar la calidad de vida de quienes la padecen y fomentar su inclusión integral en todos los ámbitos (García et al., 2022).

La Insuficiencia motora de origen cerebral (IMOC) constituye una condición compleja que se clasifica de acuerdo con la extensión del daño y el nivel de afectación cerebral presente. Por esta razón, resulta fundamental diseñar cuidadosamente un protocolo terapéutico que permita evitar el deterioro progresivo de las estructuras corporales y, con ello, prevenir un mayor compromiso en el estado funcional. (Olivera & Soria, 2011)

Investigaciones recientes han planteado que estas tecnologías podrían complementar la terapia tradicional, mejorando la adherencia al tratamiento y la eficiencia de los resultados, aunque

su aplicación en contextos con recursos limitados todavía es escasa y necesita mayor validación científica en entornos clínicos reales del continente (Scofano & Lima, 2022).

En Manabí, numerosos niños diagnosticados con insuficiencia motriz de origen cerebral (IMOC) presentan limitaciones marcadas en el control y la coordinación de los músculos orofaciales. Estas dificultades se evidencian en manifestaciones como exceso de salivación, alteraciones en la pronunciación de fonemas, escasa coordinación de los movimientos linguales y problemas tanto en la masticación como en la deglución.

Investigaciones recientes desarrolladas por la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí han incorporado programas terapéuticos basados en técnicas miofuncionales orofaciales de carácter no invasivo. Los resultados reportaron incrementos de entre 30 % y 40 % en el desempeño oromotor después de ocho semanas de tratamiento continuo, lo que confirma la efectividad de estas intervenciones en el ámbito local (Zambrano, 2024).

En América Latina, la insuficiencia motriz de origen cerebral (IMOC) constituye un reto persistente para la salud pública, en gran parte por la limitada disponibilidad de programas de rehabilitación y la detección tardía de los casos. Las estimaciones regionales sitúan su prevalencia entre 2,3 y 3,6 por cada 1.000 nacidos vivos, aunque las cifras fluctúan según el desarrollo sanitario de cada país. Entre sus consecuencias secundarias, los trastornos orofaciales se presentan con alta frecuencia, pero a menudo quedan sin tratamiento adecuado debido a la escasez de profesionales especializados en rehabilitación neurológica infantil (Orellana et al., 2024).

En Ecuador, aproximadamente el 7% de la población ecuatoriana (unos 1,1 millones de persona) presenta alguna dificultad funcional, incluyendo problemas para hablar, puede estar relacionados con trastornos neuromotores como la IMOC. Así mismo el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) registra alrededor de 401538 personas con discapacidad

motoras en el país, de las cuales corresponden a la provincia de Manabí, lo que señala una alta concentración regional. Adicionalmente, un estudio hospitalario realizado en Cuenca evaluó a 72 niños con parálisis cerebral, con un diagnóstico promedio a los 8 meses de edad, y se documentó que la variante espática fue la más frecuente (Yunga, 2015).

1.1. Justificación

La discapacidad motriz asociada a la insuficiencia motriz de origen cerebral constituye una condición que afecta de manera integral el desarrollo de los niños, incidiendo en su comunicación, autonomía funcional y calidad de vida, así como en la dinámica de sus familias. Dentro de estas limitaciones, las alteraciones orofaciales adquieren especial relevancia, ya que dificultan la alimentación, la deglución, el habla y la expresión emocional, restringiendo la *participación activa* en los contextos educativos, familiares y comunitarios.

Esta investigación resulta necesaria porque la motricidad orofacial en niños con IMOC ha sido abordada de manera dispersa, lo que genera vacíos de conocimiento en relación con la eficacia de las intervenciones fonoaudiológicas. La revisión sistemática que se plantea permitirá integrar la evidencia existente, establecer un marco de referencia sólido y generar aportes que fortalezcan la práctica clínica y orienten futuras investigaciones.

Su relevancia práctica radica en que la ausencia de atención especializada oportuna incrementa el riesgo de complicaciones secundarias, entre ellas los trastornos nutricionales y las alteraciones del habla, que requieren tratamientos prolongados y costosos. Identificar estrategias terapéuticas basadas en la evidencia contribuirá a mejorar la funcionalidad orofacial, favorecer la autonomía de los niños y optimizar los recursos disponibles en los servicios de salud.

Finalmente, el impacto social de este estudio se refleja en la posibilidad de visibilizar las necesidades de una población vulnerable que enfrenta barreras para acceder a programas de rehabilitación adecuados. Los resultados podrán servir de sustento para la formulación de políticas públicas inclusivas y para el desarrollo de programas que promuevan el bienestar, la integración educativa y la participación social de los niños con IMOC y sus familias.

En este sentido, la investigación se justifica por su aporte al conocimiento científico, su utilidad en la práctica clínica y su potencial de incidir positivamente en la construcción de una sociedad más equitativa e inclusiva.

En el marco de esta investigación se plantea como objetivo general identificar las alteraciones de la motricidad orofacial presentes en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral. De manera específica, se busca describir las principales alteraciones de la motricidad orofacial en esta población, examinar los factores neurológicos y funcionales que inciden en su desarrollo e identificar los enfoques y estrategias terapéuticas utilizadas en su intervención a partir de estudios bibliográficos actualizados.

2. Marco Teórico

2.1. Motricidad Orofacial

El habla es una de las capacidades más esenciales del ser humano, pues constituye el principal medio para establecer interacciones y transmitir ideas. Su producción es un proceso complejo que requiere la coordinación precisa de diversos músculos orofaciales, entre ellos los de los labios, la lengua, el paladar y la mandíbula. La motricidad orofacial se requiere a la habilidad de controlar y sincronizar estos músculos para realizar movimientos articulatorios exactos, condición indispensable para una comunicación oral efectiva (Campos, 2023).

Dichas actividades comprenden movimientos dirigidos de los músculos orofaciales, tales como la succión, masticación, soplo, respiración, masajes y praxis, con el propósito clínico de favorecer una mejor articulación de los sonidos en los menores con dificultades en la producción verbal (Yanzapanta, 2023).

2.1.1. Órganos Bucofonatorios

Los órganos bucofonatorios tienen una función fundamental en la generación del habla. Durante la respiración, el aire proveniente de los pulmones pasa por las cuerdas vocales, produciendo la fonación como fuente sonora inicial. Al llegar a la cavidad oral, los órganos articulatorios móviles, como el paladar blando, la lengua, la mandíbula y los labios, junto con las estructuras fijas como el paladar duro y los dientes moldean y estructuran ese sonido. (Yanzapanta, 2023)

Todos estos elementos actúan de manera coordinada para captar la información auditiva, procesarla en el cerebro y expresarla verbalmente. Además, los músculos respiratorios y laríngeos auditivos, reflejan el flujo de aire a través del tracto vocal, compuesto por la boca y las fosas

nasales, permitiendo ajustar dicho flujo y la configuración del tracto vocal para generar una gran diversidad de sonidos del habla. (Yanzapanta, 2023)

2.1.2. Importancia de la motricidad orofacial en el desarrollo del lenguaje

Para que el habla sea clara y precisa, es fundamental que los músculos de la cavidad bucal trabajen de forma coordinada y eficiente. Un desarrollo adecuado de la motricidad orofacial facilita que los niños produzcan y combinen sonidos con exactitud, lo que les permite formar palabras y oraciones comprensibles. Este control muscular también influye en la pronunciación y en la fluidez del discurso.

La producción precisa depende del adecuado funcionamiento de los músculos de la boca, como los labios, la lengua y la mandíbula. Una motricidad orofacial bien desarrollada que permite que los niños articulen correctamente los sonidos del habla, combinándolos con eficacia para formar palabras y oraciones comprensibles. Además, la coordinación de estos músculos es esencial para lograr una pronunciación clara y una fluidez adecuada, lo cual puede mejorarse mediante ejercicios y juegos que fortalezcan dichos músculos. (Soriano & Hustad, 2020)

La motricidad orofacial también se relaciona con la conciencia fonológica, ya que a través de actividades que implican movimientos articulares específicos, los niños que adquieren una mejor percepción y control de los sonidos lingüísticos. Así mismo, controlar la respiración y el soplo es parte de esta motricidad, facilitando una vocalización más clara y prolongada. En las etapas lingüísticas, los niños experimentan con movimientos orofaciales que, al ser estimulados mediante juegos, fortalecen músculos y promueven el desarrollo de las habilidades necesarias del lenguaje. (Soriano & Hustad, 2020)

2.1.3. Trastornos de Motricidad Orofacial

Los trastornos de motricidad orofacial pueden originarse por múltiples factores. Entre ellos se encuentran las causas neurológicas, que comprometen los nervios y músculos responsables de los movimientos faciales, como ocurre en las parálisis faciales, los accidentes cerebrovasculares o las enfermedades neuromusculares. También existen congénitas, como el labio y paladar hendido, que son malformaciones presentes desde del nacimiento. Así mismo, las causas traumáticas derivan las lesiones por accidentes que afectan tanto a la estructura como la funcionalidad de la zona orofacial. Por último, las enfermedades degenerativas, como la esclerosis múltiple o el Parkinson, deterioran de forma progresiva el control motor en esta región. (Zorzi, 2022)

2.1.4. Técnicas y tratamientos para la motricidad orofacial

La motricidad orofacial está relacionada con las funciones neuromusculares y estructurales de los órganos que forman parte del sistema estomatognático, los cuales intervienen en acciones como la alimentación, el habla y la expresión facial. Cuando esta área presenta alteraciones, ya que sea por trastornos neurológicos, malformaciones congénitas, traumatismos o enfermedades degenerativas, puede verse comprometida la calidad de vida del individuo. (Caviedes, 2020)

Existen las técnicas invasivas que comprenden procedimientos médicos o quirúrgicos que implican la intervención directa en los tejidos, mediante incisiones, inyecciones o implantes, y se aplican en caso donde los tratamientos no convencionales no han sido efectivos y el trastorno presenta una alta complejidad. Entre las más utilizadas se encuentran la cirugía correctiva, para reparar malformaciones o daños severos; las inyecciones de toxina botulínica, que ayudan a disminuir la espasticidad muscular; y los implantes o prótesis, que buscan restaurar o mejorar estructuras comprometidas. La elección de las técnicas debe basarse en una evaluación clínica individualizada según las necesidades del paciente. (Caviedes, 2020)

Las técnicas no invasivas están orientadas a mejorar la función neuromuscular mediante ejercicios, estimulación y corrección de patrones orofaciales, y se aplican en casos de disfunción leve o moderada, así como la rehabilitación postquirúrgica. Entre las más comunes se encuentran la terapia miofuncional, enfocada en fortalecer y coordinar los músculos; la electroestimulación, que activa los músculos mediante impulsos eléctricos; y los ejercicios terapéuticos personalizados. Estas estrategias han demostrado ser efectivas en la rehabilitación orofacial, ofreciendo una opción menos invasiva y con menor riesgo que los tratamientos quirúrgicos. (Parra, 2024)

2.1.5. Teorías y Modelos relacionados

La teoría de rehabilitación neuromuscular se enfoca en la capacidad del sistema neuromuscular para adaptarse y recuperar funciones mediante ejercicios y terapias específicas, destacando la importancia de la plasticidad neuronal en la recuperación de la motricidad orofacial. Esta perspectiva considera que, a través de una estimulación adecuada y constante, el sistema nervioso puede reorganizarse funcionalmente para mejorar el control y la coordinación de los movimientos orofaciales, lo cual es esencial en los procesos de rehabilitación de pacientes con alteraciones motoras. (Rodríguez, 2019)

Por otro lado, el modelo biopsicosocial permite un abordaje integral al analizar de manera conjunta los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la salud del paciente y en su respuesta al tratamiento. Esto facilita una evaluación completa del impacto del trastorno y de las estrategias de intervención, contribuyendo a mejorar la calidad de vida. Además, desde la teoría del costo-beneficio, se busca establecer la relación entre los recursos invertidos en un tratamiento y los resultados obtenidos, lo que permite determinar su viabilidad y efectividad en el contexto clínico, asegurando intervenciones más eficientes y sostenibles. (Rodríguez, 2019)

2.1.6. Evaluación de la motricidad orofacial

Es fundamental comprender y aplicar correctamente las diversas pruebas destinadas a la exploración orofacial y al análisis muscular. Para ello, se requiere tanto conocimiento como destreza al realizar una evaluación externa de la cavidad oral, observando aspectos como los rasgos faciales, el tipo de crecimiento facial, *la posición de los labios en reposo, el estado de los orificios nasales y la articulación temporomandibular (ATM)*. De igual forma, se debe llevar a cabo una revisión interna detallada, que incluya el estado de la dentadura, la oclusión, los frenillos lingual y labial, así como la forma del paladar duro y blando y el aspecto de las amígdalas *palatinas*. (Moya, 2020)

Además, de estas evaluaciones permiten valorar diferentes funciones orofaciales como la fonoarticulación, la deglución, la masticación, la respiración, la postura y la posible presencia de hábitos orales perjudiciales. Para facilitar este proceso, existen guías y fichas específicas que pueden ser empleadas como instrumentos de apoyo durante la valoración clínica, siempre considerando que deben adaptarse a las características individuales de cada paciente para garantizar una evaluación adecuada y eficaz. (Moya, 2020)

2.1.7. La motricidad orofacial y su relación con otras especialidades afines

La motricidad orofacial involucra la colaboración de múltiples disciplinas como odontología, ortodoncia, ortopedia maxilar y neurología, especialmente en casos de malformaciones, trastornos neurológicos o tratamientos quirúrgicos. Frente a los malos hábitos orales, la terapia miofuncional surge como una herramienta efectiva, ya que se enfoca en corregir disfunciones musculares que interfieren en la posición dental o el uso de aparatos ortodónticos. (Díaz, 2021)

Esta terapia utiliza métodos y ejercicios que permiten restablecer el equilibrio muscular, eliminando hábitos perjudiciales y favoreciendo mejoras estéticas y funcionales. Sus objetivos principales incluyen la evaluación de las disfunciones musculares, el diseño de un plan individualizado y la colaboración con ortodoncistas para lograr resultados integrales, adaptándose a las necesidades de los niños como de adultos. (Díaz, 2021)

La terapia miofuncional es aplicada al campo de la fonoaudiología con el fin de reeducar hábitos orales y respiratorios como la deglución atípica, succión, respiración bucal, y posturas linguales inadecuadas. Estos hábitos afectan el desarrollo dental y muscular provocando alteraciones como maloclusiones. Las áreas de intervención son diversas, incluyendo el Síndrome de Down, trastornos neurológicos degenerativos, disfunciones postoperatorias y parálisis cerebral infantil, donde la intervención temprana es clave para mejorar funciones vitales. (Díaz, 2021)

2.2. La Insuficiencia motora de origen cerebral (IMOC)

La parálisis cerebral Infantil o la insuficiencia motora de origen cerebral (IMOC) es una condición neurológica crónica que compromete el control postural, movimiento voluntario y el tono muscular de forma permanente. Este trastorno se origina a partir de una lesión o malformación cerebral ocurrida antes durante o poco después del nacimiento. Entre las principales causas se encuentran las infecciones intrauterinas, problemas congénitos en el cerebro, partos prematuros o la asistencia médica inadecuada durante el alumbramiento. (ASPACE, 2021)

Además de las dificultades motoras, pueden presentarse complicaciones adicionales como alteraciones en la percepción, el comportamiento, la comunicación y los sentidos, así como la epilepsia o trastornos musculoesqueléticos. La severidad de estas manifestaciones depende de la localización y extensión del daño neurológico, lo que explica por qué algunas *personas presentan*

síntomas leves y otras experimentan limitaciones funcionales importantes que interfieren con su vida cotidiana. (ASPACE, 2021)

2.2.1. Antecedentes Históricos

A lo largo del tiempo, diversas culturas han dejado constancia de la existencia de *parálisis cerebral*. Civilizaciones antiguas como la egipcia ya ofrecían descripciones sobre esta condición en sus registros funerarios. En el mundo grecorromano, figuras como Hipócrates, Sorano y Suetonio también la mencionaron en sus escritos. No obstante, fue en el siglo XIX cuando comenzaron a establecerse bases más claras sobre su etiología y clasificación. En Francia, entre 1820 y 1827, se reportaron casos de hemiplejía observados en autopsias, pero fue el Dr. William Little, quien en 1843, describió de forma más detallada una enfermedad caracterizada por espasticidad y parálisis muscular, vinculada a la asfixia durante el parto. (Espinoza et al, 2019)

Durante varios años se la conoció como “enfermedad de Little”, hasta William Osler *propuso* el término “parálisis cerebral” en 1889. Más tarde, Sigmund Freud aportó un enfoque más amplio, diferenciando las causas prenatales, perinatales y postnatales. En la actualidad, se reconoce que la *parálisis cerebral* es una alteración no progresiva que se produce por un desarrollo cerebral anormal o por lesiones ocurridas en etapas tempranas de vida. Aunque la enfermedad no tiene cura, sus manifestaciones pueden cambiar conforme el sistema nervioso madura. Por esta razón, el tratamiento debe abordarse desde un enfoque interdisciplinario, con el objetivo de fomentar la mayor autonomía funcional posible en cada persona afectada, considerando sus capacidades y necesidades específicas. (Espinoza et al, 2019)

En la actualidad, se han propuesto nuevas definiciones para comprender de forma más amplia la diversidad que se caracteriza a esta condición. Estas definiciones modernas no solo consideran los signos y síntomas visibles, sino que también las múltiples formas en la que

manifiesta la enfermedad, así como sus diferentes causas. Esta perspectiva busca facilitar un diagnóstico más preciso y ofrecer un pronóstico más ajustado a las necesidades particulares de cada caso, reconociendo la complejidad de los factores que intervienen en su origen y evolución. (Ruiz & Cuestas, 2019)

Como parte de esta evolución conceptual, ha surgido el término “insuficiencia motora de origen cerebral” (IMOC), que representa un intento por reformular la visión tradicional de la patología. Bajo esta denominación, se plantea que los cerebros de las personas con esta condición no están paralizados en el sentido literal, sino que presentan un desarrollo neurológico atípico. Este enfoque pretende eliminar la connotación estática e irreversible del término parálisis y resaltar el cambio, el potencial de desarrollo y adaptación al sistema nervioso en cada individuo. (Ruiz & Cuestas, 2019)

2.2.2. Clasificación

La parálisis cerebral o IMOC se categoriza desde tres enfoques; el tipo de función motora, el grado de afectación y la distribución topográfica del compromiso corporal. En cuanto a la función motora, se diferencia entre espática y no espática. La espática se caracteriza por una hipertonía que afecta entre el 70 y 80% de los casos, lo que genera tensión muscular constante y puede provocar complicaciones como escoliosis, contracturas y deformidades. En contraste, la forma no espática afecta un 20-30% de las personas, manifestándose en movimientos involuntarios que se agravan en situaciones de estrés. Dentro de esta categoría se incluyen variantes como la atáxica, con problemas de equilibrio y coordinación, la discinética atetósica, caracteriza por movimientos lentos e irregulares. (López et al., 2019)

El grado de afectación puede ser leve, moderado o severo. Cuando la afectación es leve, el niño puede movilizarse sin necesidad de apoyo y desarrollar sus actividades diarias con

normalidad. En los casos moderados, es indispensable uso de técnicas o farmacologías para lograr la autonomía parcial. Por otro lado, en los cuadros graves, se requiere asistencia permanente para tareas básicas, incluyendo el uso de sillas de ruedas. En cuanto a la distribución topográfica del trastorno, esta puede presentarse como monoplejía, diplejía, triplejía o cuadriplejía, siendo esta última frecuentemente acompañada de alteraciones severas en las funciones neurológicas general. (López et al., 2019)

2.2.3. Complicaciones comunes en pacientes con IMOC

En la IMOC, suelen presentarse múltiples complicaciones debido al daño del sistema nervioso central. Estas pueden incluir crisis convulsivas, alteraciones del sistema musculoesquelético y dificultades sensoriales, cognitivas y conductuales. Entre las afecciones más comunes se encuentran los trastornos en tono muscular, la coordinación motriz y la postura, que repercuten directamente en la movilidad y funcionalidad del individuo. (Peláez et al., 2021)

Así mismo, el deterioro en las funciones cognitivas puede traducirse en problemas de aprendizaje, dificultades para mantener atención y controlar los impulsos, lo que conlleva manifestaciones como distracción, hiperactividad y bajo rendimiento escolar. Además, es frecuente que las personas con IMOC enfrente complicaciones neurológicas, digestivas, respiratorias, visuales, auditivas, bucodentales y emocionales, lo que evidencia la complejidad clínica de esta condición y la necesidad de una atención integral y multidisciplinaria. (Peláez et al., 2021)

2.2.4. Problemas neurológicos

Uno de los principales desafíos neurológicos que enfrentan los pacientes con IMOC es la epilepsia, la cual se manifiesta en aproximadamente entre el 35% y el 62% de los niños con esta

condición. Aunque el tratamiento de las convulsiones sigue pautas similares a las de otros tipos de epilepsia, resulta esencial realizar un monitoreo constante para identificar nuevas crisis. Otro problema común es la discapacidad intelectual, presente en un 40% a 70% de los casos, con mayor prevalencia en personas que padecen IMOC de tipos estáticos en forma de cuadriplejia. (Peláez et al., 2021)

En cuanto al lenguaje, los trastornos más frecuentes son la disartria, que afecta a alrededor del 40 % de los pacientes, y la ausencia del lenguaje verbal, que se presenta en un 25% de los casos. Además, existen dificultades en la comunicación no verbal, como el uso de gestos, la expresión facial y el desarrollo del lenguaje tanto receptivo como expresivo. A estos retos se suman los trastornos neuropsiquiátricos, los cuales impactan a más de la mitad de los afectados e incluyen alteraciones emocionales, problemas de conducta y dificultades en la interacción social, provocando ansiedad y dificultando su adaptación en entornos cotidianos. (Peláez et al., 2021)

2.2.5. Problemas digestivos

Los trastornos gastrointestinales crónicos representan una de las complicaciones más frecuentes en las personas con IMOC, afectando entre el 80% y 90% de esta población. Estas alteraciones se dividen en dos grupos esenciales; los problemas relacionados con el crecimiento y la nutrición, y los propiamente digestivos. En el primer grupo se observa una afectación que varía entre el 60% y 90% de los pacientes, debido a una ingesta alimentaria deficiente, carencia de micronutrientes, y en ocasiones, al incremento de las demandas nutricionales del organismo. Estas condiciones impiden que los pacientes conserven un adecuado estado nutricional y en consecuencia afectando su desarrollo físico y cognitivo. (Romero, 2024)

En cuanto los trastornos digestivos, se presentan frecuentemente alteraciones como la disfagia, el reflujo gastroesofágico y el estreñimiento, los cuales se reportan en una 40% a 90% de

los casos. Estos problemas impactan negativamente en la mecánica de la alimentación, generando una succión débil, una inadecuada coordinación entre succión y deglución, masticando ineficiente y un cierre labial deficiente. Estas dificultades al momento de comer prolongan el tiempo necesario para la ingesta, y en muchos casos, conducen estados al no alcanzar un aporte calórico suficiente para cubrir las necesidades diarias al paciente. (Romero, 2024)

2.2.6. Problemas de salud ósea

Las personas que padecen IMOC enfrentan una mayor susceptibilidad desarrollar afecciones óseas, entre las que se destacan la osteoporosis y la baja densidad mineral ósea. Esta vulnerabilidad se intensifica debido a la limitada movilidad y el estilo de vida sedentaria característica de muchos pacientes, así como a una ingesta deficiente de nutrientes esenciales como el calcio y la vitamina D. Este panorama refleja la necesidad de una intervención médica integral que complemente tanto el tratamiento neurológico como el fortalecimiento óseo.

2.2.7. Problemas de salud bucodental

En individuos con IMOC, los problemas de salud bucodental se presentan con una frecuencia significativamente mayor en la población general, alcanzando hasta un 90% de prevalencia. Esto se debe, en gran parte, a las alteraciones en funciones esenciales como la masticación, la deglución y la salivación, las cuales dificultan no solo el proceso de alimentación y la correcta absorción de nutrientes, sino también el mantenimiento de una adecuada calidad de vida. Debido a estas limitaciones, es fundamental que estas personas reciban apoyo continuo y controles odontológicos especializados para preservar su salud bucal. (Cano et al., 2018)

Además, las alteraciones neurológicas que caracterizan al IMOC contribuyen a una alta incidencia de traumatismos dentales y otras afecciones orales. (Cano et al., 2018)

Capítulo III

3. Metodología

3.1. Definición del método sistemático

Un método sistemático es una estrategias estructurada y meticulosa que permite identificar, seleccionar y resumir de forma ordenada los estudios relevantes sobre un tema específico. Su finalidad es reducir al mínimo los sesgos y garantizar que el proceso sea reproducible. Para ello, se siguen etapas claramente definidas, como la formulación de preguntas de investigación, la búsqueda exhaustiva de literatura, la evaluación crítica de los estudios y la integración de los resultados. Cuando se aplica revisiones, este método ayuda a obtener conclusiones fundamentadas en evidencia confiable (Higgins et al., 2019).

En este estudio, el diseño elegido fue una revisión sistemática de la literatura científica, con un enfoque cualitativo, el cual *permitted explorar, interpretar y sintetizar de manera ordenada los hallazgos de investigaciones previas relacionadas con la motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral, conocida como IMOC. Al ser un estudio no experimental, no se recopilaron datos primarios, sino que se analizaron evidencias publicadas, seleccionadas cuidadosamente según los criterios de inclusión y exclusión.*

La búsqueda de información se realizó en varias bases de datos científicas, como PubMed, Scopus, SciELO y Google Académico. Se emplearon términos clave como “motricidad orofacial”, “insuficiencia motriz de origen cerebral”, intervención fonoaudiológica”, “niños con parálisis cerebral” y “terapia miofuncional orofacial”. Inicialmente se identificaron 52 estudios relacionados con el tema. Tras aplicar los criterios de selección, la muestra final quedó en 20

artículos científicos que cumplieran con requisitos de actualidad, rigor metodológico y relevancia teórica.

3.2. Criterios de inclusión

Para que un estudio fuera considerado en esta revisión, debía cumplir con ciertos criterios específicos: En primer lugar, los artículos tenían que abordar las alteraciones de la motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral (IMOC). También era importante que describieran o analizaran el papel del fonoaudiológico en las intervenciones terapéuticas destinadas a mejorar la motricidad orofacial.

Además, los estudios debían presentar enfoques terapéuticos aplicados a la población infantil con IMOC, relacionados con su rehabilitación orofacial. Solo se consideraron publicaciones científicas recientes, entre 2014 y 2024, para asegurar que la información sea actual. De la misma forma, los artículos tenían que estar publicados en revistas indexadas y revisadas por pares, y en idiomas como español, inglés o portugués.

3.3. Criterios de exclusión

Por otro lado, se excluyeron de esta revisión estudios que presentaban alguna de las siguientes características: Investigaciones centradas en adultos o en personas sin diagnóstico de IMOC. Estudios que abordaran otros trastornos motores no relacionados con la motricidad orofacial. Artículos que no contaban con una metodología clara o que no estaban disponibles en texto completo.

3.4. Evaluación de la validez de los estudios primarios

Para asegurar la calidad de la información, se evaluó la validez de los estudios incluidos considerando diversos aspectos. Se analizó la claridad de los objetivos, el rigor metodológico, la

coherencia entre los resultados y las conclusiones, además de su pertinencia con el tema tratado. Se priorizaron estudios con diseños cualitativos, estudios de caso, revisiones sistemáticas y publicaciones de intervenciones clínicas en revistas académicas indexadas, con el fin de garantizar la confiabilidad de los hallazgos.

3.5. Análisis de contenidos de los artículos seleccionados

Finalmente, el análisis de los artículos se realizó mediante una matriz de extracción que organizó toda la información relevante en categorías como: tipo de estudio, objetivos, población, tipo de intervención terapéutica, resultados principales y conclusiones. Se utilizó un enfoque temático para identificar patrones y tendencias, especialmente en relación con los factores que afectan la motricidad orofacial, la efectividad de las intervenciones tempranas y los enfoques terapéuticos más utilizados en la práctica clínica.

3.6. Variables

Tabla 1. Identificación de variables.

Variable	Insuficiencia motriz de origen cerebral (IMOC)	Motricidad orofacial
Tipo de variable	Independiente	Dependiente
Concepto	La IMOC es una condición neurológica de carácter no progresivo que surge como resultado de una lesión cerebral, generalmente ocurrida en etapas tempranas del desarrollo.	La motricidad orofacial comprende el conjunto de funciones neuromusculares que posibilitan acciones como succionar, masticar, deglutir, hablar y realizar gestos faciales.
Indicadores	Diagnóstico clínico de parálisis cerebral infantil, nivel de afectación motora, tipo de alteración neuromuscular presente.	Presencia de síntomas como disfagia, disartria, hipotonía o hipertonia facial, babeo, dificultad para articular palabras y debilidad en músculos orofaciales.

Elaborado por: Delgado Fernanda y Aveiga Bryan.

4. Resultados

4.1. Descripción del contexto de la investigación

El desarrollo de esta investigación se basó en una revisión bibliográfica rigurosa, con el fin de recopilar y analizar información relevante y actualizada relacionada con la temática propuesta. Este proceso se llevó a cabo cumpliendo con los lineamientos establecidos para garantizar la calidad y validez del estudio. Gracias a ello, fue posible alcanzar los objetivos planteados, generando aportes significativos que se detallan en las secciones siguientes.

Durante la fase de búsqueda documental, se identificaron múltiples estudios relacionados, los cuales fueron localizados a través de diversos motores académicos especializados. Posteriormente, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, lo que permitió depurar la muestra y seleccionar los artículos más pertinentes para el análisis final.

En la siguiente tabla se presenta un resumen de los documentos revisados por base de datos, el rango de años considerado y cuántos de ellos cumplieron los criterios establecidos.

Tabla 2. Clasificación sobre los criterios de inclusión de los documentos analizados.

Base de datos	Documentos analizados	Año de publicación	Cumplimiento de criterios
Google académico	20	2014 – 2024	Si cumple (4)
SciELO	10	2014 – 2024	Si cumple (2)
PubMed	12	2014 – 2024	Si cumple (9)
Scopus	9	2014 – 2024	Si cumple (1)
Total	51		16 artículos

Elaborado por: Delgado Fernanda y Aveiga Bryan.

4.2. Descripción de los resultados

4.2.1. Resultados del objetivo específico 1

Tabla 3. Principales alteraciones de la motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral.

Autor/año	Alteraciones orofaciales descritas	Definición / descripción clínica	Consecuencias funcionales
(Edvinsson & Lars, 2015)	Disfunción orofacial (DROF)	Alteraciones en el tono y control muscular de labios, lengua, mandíbula y paladar.	Dificultad para masticar, articular sonidos y controlar la saliva.
(Benfer et al., 2016)	Disfagia orofaríngea	Trastorno en la coordinación de los músculos para tragar adecuadamente.	Riesgo de aspiración, desnutrición, infecciones respiratorias.
(Jayanti, 2014)	Hipotonía orofacial, mala postura lingual	Reducción del tono muscular en la zona orofacial, especialmente lengua y labios.	Afecta el habla y la eficacia masticatoria, impacto en la comunicación oral
(Jaymez, 2021)	Alteración en masticación y deglución	Dificultad para romper alimentos y trasladarlos con seguridad al esófago.	Riesgo de atragantamiento, problemas nutricionales y de hidratación.
(González, 2014)	Dificultades en articulación del habla, babeo	Descontrol de músculos periorales y respiratorios al hablar.	Baja inteligibilidad, exclusión social, baja autoestima.
(Sanchez, 2024)	Sialorrea (babeo patológico)	Pérdida involuntaria de saliva debido a disfunción neuromuscular oral.	Aislamiento social, riesgo de infecciones en piel peribucal, afectación emocional.

Elaborado por: Delgado Fernanda y Aveiga Bryan.

Análisis e interpretación

Los niños con insuficiencia motriz cerebral presentan alteraciones orofaciales frecuentes como hipotonía, disfagia y sialorrea, que afectan funciones esenciales como la alimentación y la

comunicación. Estas dificultades, derivadas de un control neuromuscular deficiente, aumentan el riesgo de aspiración, desnutrición y problemas en la claridad del habla, además de causar impacto psicosocial con aislamiento y baja autoestima. Esta complejidad subraya la necesidad de un enfoque terapéutico integral que aborde las dimensiones físicas, emocionales y sociales para mejorar su calidad de vida.

4.2.2. Resultados del objetivo específico 2

Tabla 4. Factores neurológicos y funcionales que inciden en el desarrollo de la motricidad orofacial en la población infantil.

Autor/año	Factores neurológicos identificados	Factores funcionales analizados	Hallazgos relevantes
(Mei-Chen, 2022)	Prematuridad, soporte respiratorio, bajo peso al nacer.	Fuerza de mordida, coordinación de succión y masticación.	Alteraciones frecuentes en la función orofacial en niños prematuros.
(Moreira et al., 2014)	Lesiones perinatales, condiciones socioeconómicas.	Desarrollo motor fino y grueso, coordinación oral.	Mayor riesgo de disfunción motora oral en niños con historial neurológico temprano.
(Correia et al., 2025)	Microcefalia congénita (Zika virus).	Control lingual, reflejos orales, praxias.	Presencia de disfunción severa en alimentación y masticación.
(Vieira et al., 2016)	Parálisis cerebral, tono muscular alterado.	Deglución, control de saliva, uso de OMAS/NOT-S	Asociación directa entre daño neurológico, disfunción oral y estado nutricional.
(Kobayashi et al., 2014)	Trastornos temporomandibulares (TMDs)	Movilidad mandibular, fuerza lingual, tono muscular.	Impacto funcional de los TMDs en el desempeño orofacial en escolares.
(Ibrahim et al., 2025)	Parálisis cerebral: tipo y severidad según GMFCS. Alteraciones en el	Disfunción estructural orofacial tracción lingual, deglución, masticación y succión.	Mejor función motora gruesa se asocia con mayor competencia en la alimentación, menos

	desarrollo motor grueso y fino.		disfunción orofacial y mejor desempeño funcional.
(Esmacili et al., 2024)	Parálisis cerebral: daño cerebral no progresivo en etapa perinatal.	Habilidades motoras orales como cierre oral, cierre labial con cuchara, control de líquidos, masticación, succión y deglución.	80% presenta problemas para comer. Relación significativa: los puntajes más bajos en habilidades motoras orales predicen alta frecuencia y severidad de problemas alimenticios.

Elaborado por: Delgado Fernanda y Aveiga Bryan.

Análisis e interpretación

Los trastornos neurológicos, como la prematuridad, la microcefalia, la parálisis cerebral y las lesiones ocurridas durante el periodo *perinatal*, afectan de forma significativa el desarrollo orofacial en la infancia. Estas condiciones comprometen el control motor de la boca, la fuerza de la mordida y la coordinación en procesos fundamentales como la succión, la deglución y la masticación. De esta forma, las alteraciones en el tono muscular, los reflejos orales y la movilidad de la mandíbula contribuyen a generar disfunciones que inciden negativamente en la alimentación, el habla y la calidad de vida del niño. Estos hallazgos resaltan la conexión entre el daño neurológico temprano y las dificultades orofaciales, enfatizando la necesidad de evaluaciones multidimensionales y un abordaje clínico temprano que considere aspectos médicos, funcionales y sociales.

4.2.3. Resultados del objetivo específico 3

Tabla 5. Enfoques y estrategias terapéuticas utilizadas en la intervención de la motricidad orofacial en niños con IMOC.

Autor/año	Tipo de intervención	Estrategias terapéuticas	Resultados funcionales destacados
(FanQiong et al., 2020)	Functional Chewing Training (FuCT)	Entrenamiento de masticación funcional durante 12 semanas.	Mejoría significativa en empuje lingual (Tongue thrust), rendimiento masticatorio y severidad de babeo.
(Kyoung et al., 2022)	Técnica de facilitación oral motora (OMFT)	Ejercicios estructurados para lengua, labios y mandíbula, con apoyo familiar.	Mejoras en habilidades motoras orales, succión, masticación y coordinación alimenticia.
(Widman et al., 2021)	Terapia oral motora intensiva (OMT)	Sesiones de ejercicios mandibulares, linguales y respiratorios, enfoque oro sensorial.	Movilidad mandibular y lingual mejoradas, reducción del babeo y menor incidencia de enfermedades respiratorias.
(Ray, 2021)	Terapia miofuncional orofacial (OMT)	Ejercicios diarios por cuatro meses, con participación de padres.	Mejora en función muscular, (labios, lengua mandíbula) y en la inteligencia del habla.
(Elmonem, 2021)	Estimulación sensoriomotora oral (OSMS)	Estimulación previa a fisioterapia estándar durante cuatro meses.	Mejoras en función de la deglución, desempeño alimenticio y crecimiento físico.
(Liu et al., 2023)	Terapia miofuncional orofacial (OMT) para apnea obstructiva del sueño en niños	Ejercicios miofuncionales para labios, lengua, mandíbula; rehabilitación respiratoria y control muscular; apoyo familiar.	Mejoría en función y morfología cráneo-facial; aumento de fuerza muscular oral; reducción del babeo; mejor respiración.
(Zhang et al., 2024)	Terapia miofuncional orofacial en niños con hipertrofia adenotonsilar	Programa estructurado de ejercicios para labios, lengua, paladar blando y mandíbula, adaptado para niños.	Cambios morfológicos positivos; incremento en cierre labial; reducción de respiración bucal; mejora neuromuscular y respiratoria.

Elaborado por: Delgado Fernanda y Aveiga Bryan.

Análisis e interpretación

El análisis de los resultados del objetivo 3 confirma la eficacia de diversas estrategias terapéuticas para mejorar la motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral (IMOC). Intervenciones como el entrenamiento funcional de la masticación (FuCT), la terapia miofuncional orofacial, la estimulación sensoriomotora oral y las técnicas de facilitación motora oral han demostrado mejoras consistentes en succión, masticación, deglución, movilidad mandibular y control del babeo. La *participación activa* de la familia en estas terapias es crucial, ya que potencia la adherencia y los resultados.

4.3. Discusión

Los hallazgos de esta revisión permiten afirmar que las alteraciones de la motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral constituyen un fenómeno complejo que compromete funciones vitales como la masticación, la deglución y el habla. El objetivo general de este estudio planteó identificar dichas alteraciones, y la evidencia analizada confirma que se presentan con alta frecuencia y se asocian a un déficit en el control neuromuscular. En concordancia con lo señalado por Edvinsson y Lars (2015), el control muscular deficiente repercute directamente en la comunicación y la alimentación, mientras que Jayanti (2014) destaca la hipotonía y la postura lingual inadecuada como factores que reducen la inteligibilidad del habla. Estos resultados refuerzan la idea de que las limitaciones orofaciales no deben considerarse síntomas aislados, sino componentes centrales de la condición clínica.

Respecto al primer objetivo específico, que buscó describir las principales alteraciones orofaciales, los estudios de Benfer et al. (2016) y Sánchez (2024) corroboran que la disfagia y la sialorrea son complicaciones frecuentes que, además de los problemas fisiológicos, generan repercusiones emocionales y sociales, como el aislamiento y la baja autoestima. Este aspecto pone de relieve que la intervención no solo debe enfocarse en lo funcional, sino también en la mejora del bienestar psicosocial del niño y su familia.

En relación con el segundo objetivo específico, orientado a examinar los factores neurológicos y funcionales que inciden en el desarrollo de la motricidad orofacial, la evidencia de Mei-Chen (2022) y Correia et al. (2025) indica que condiciones como la prematuridad, el bajo peso al nacer y la microcefalia incrementan la vulnerabilidad del sistema neuromuscular. De manera complementaria, Moreira et al. (2014) muestra que los factores socioeconómicos también

desempeñan un papel importante en la evolución de estas funciones, lo que sugiere que el abordaje clínico debe contemplar tanto la dimensión médica como la social.

Finalmente, en relación con el tercer objetivo específico, que buscó identificar los enfoques terapéuticos aplicados a esta población, se evidencia un consenso en torno a la efectividad de los programas de entrenamiento funcional y la facilitación motora oral, tal como refieren FanQuiong et al. (2020) y Kyoung et al. (2022). Estos estudios destacan que la participación de la familia constituye un factor decisivo para la adherencia y los resultados a largo plazo. Por su parte, las investigaciones de Widman et al. (2021), Ray (2021) y Elmonem (2021) demuestran que las terapias miofuncionales y sensoriomotoras no solo fortalecen la movilidad lingual y mandibular, sino que también favorecen la salud general, reduciendo complicaciones respiratorias.

En conjunto, la evidencia analizada muestra que las alteraciones orofaciales en niños con IMOC responden a una interacción entre factores neurológicos, funcionales y sociales, y que las intervenciones más eficaces son aquellas que incorporan un enfoque integral e interdisciplinario. Esto implica que la práctica clínica debe orientarse hacia estrategias personalizadas, con la *participación activa* de la familia y un énfasis en la prevención temprana, lo que coincide con los planteamientos de diversos autores y responde directamente a los objetivos de esta investigación.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

En relación con el primer objetivo específico, orientado a describir las principales alteraciones de la motricidad orofacial en niños con insuficiencia motriz de origen cerebral, se concluye que la disfunción neuromuscular afecta de manera significativa funciones básicas como la masticación, la deglución y el habla. Estas limitaciones constituyen un desafío clínico que impacta directamente en el desarrollo infantil y requieren de un abordaje especializado y constante.

Respecto al segundo objetivo específico, que buscó examinar los factores neurológicos y funcionales asociados al desarrollo de la motricidad orofacial, los resultados muestran que existe una interacción compleja entre condiciones biológicas tempranas (como la prematuridad o la microcefalia) y el entorno socioeconómico del niño. Estos factores condicionan el progreso funcional y ponen de relieve la importancia de comprenderlos para anticipar dificultades y diseñar planes de intervención adecuados desde un enfoque integral.

Finalmente, en relación con el tercer objetivo específico, centrado en identificar los enfoques y estrategias terapéuticas utilizados en la intervención, se concluye que la rehabilitación orofacial demanda una perspectiva integral y personalizada. No existe un método único de intervención, sino un conjunto de técnicas y programas que, al adaptarse a las características de cada niño y al contar con la *participación activa* de la familia, logran resultados más efectivos y sostenibles en el tiempo.

5.2. Recomendaciones

En relación con la descripción de las principales alteraciones de la motricidad orofacial, se recomienda implementar sistemas de evaluación clínica permanentes y exhaustivos que permitan identificar de manera temprana las disfunciones en masticación, deglución y comunicación oral. Estas evaluaciones deben utilizar herramientas validadas y protocolos interdisciplinarios que aseguren un diagnóstico funcional preciso.

Respecto al análisis de los factores neurológicos y funcionales que influyen en la motricidad orofacial, se sugiere desarrollar modelos integrales de evaluación que consideren tanto los antecedentes médicos como las condiciones del entorno y del desarrollo del niño. Esto permitirá elaborar un perfil individualizado y contextualizado, facilitando la planificación de intervenciones preventivas y de seguimiento a largo plazo.

Finalmente, vinculado a la identificación de estrategias terapéuticas, se recomienda adoptar un enfoque de intervención flexible y personalizado, priorizando técnicas adaptadas a las necesidades funcionales específicas de cada niño. La *participación activa* de la familia y la aplicación progresiva de programas estructurados son esenciales para optimizar los resultados y asegurar la continuidad de la terapia en el hogar.

Bibliografía

- ASPACE. (2021). Descubrimiento la Parálisis Cerebral . ASPACE. Obtenido de <https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/726a6-descubriendo-p.-cerebral.pdf>
- Benfer et al. (2016). Estudio longitudinal de la disfagia orofaríngea en niños preescolares con parálisis cerebral. *National Library of Medicine*, 552-560.
- Calderone, A., Militi, D., Cardile, D., Corallo, F., Salvatore, R., & Militi, A. (2025). Swallowing disorders in cerebral palsy: a systematic review of oropharyngeal Dysphagia, nutritional impact, and health risks. *Italian Journal of Pediatrics* , 51(57).
doi:<https://doi.org/10.1186/s13052-025-01903-1>
- Campos, R. (2023). Motricidad Orofacial y Trastornos del Habla: Una Revisión Científica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 10390-10404.
doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7738
- Cano, M., Diosdado, J., Catalán, B., & Badía, M. (2018). Alteraciones bucodentales en pacientes con parálisis cerebra. *Confederación ASPACE*. Obtenido de https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e6932-alteraciones_dentales_06.pdf
- Castro, A., & Jaramillo, J. (2024). Se analizarán los efectos de la técnica del Therasuit en niños con insuficiencia motora de origen cerebral (IMOC) para el mejoramiento de la postura corporal y del equilibrio, en usuarios del semillero de investigación en discapacidad SINDIS. *Medellín, Colombia : Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid*. Obtenido de <https://repositorio.elpoli.edu.co/server/api/core/bitstreams/7ed69953-0f79-4465-a4fc-5ded0a7b753d/content>

Caviedes, G. (2020). Características Fonoaudiológicas En Pacientes Con Secuelas De Parálisis Cerebral Del Centro De Motricidad Orofacial Durante El Periodo De Febrero A Mayo De 2019. *Universidad Federico Villareal*. Obtenido de <http://190.12.84.13/bitstream/handle/20.500.13084/4140/CAVIEDES%20NAVARRETE%20GERALDINE%20MADELINE%20-%20TITULO%20PROFESIONAL%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cisneros, D. (2015). Técnica de Michel Le Métayer para corregir la postura en niños con parálisis cerebral espástica, de 0 a 3 años, en el Instituto de Educación Especial de la ciudad de Puyo. *Universidad Técnica de Ambato*. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/server/api/core/bitstreams/ff6dc37d-e015-44d4-92cf-a6be1591539e/content>

Correira et al. (2025). Características miofuncionales y antropométricas orofaciales de niños con y sin microcefalia: un estudio de casos y controles. *Revistas de Ciencias Orales y Aplicadas*.

Díaz, J. (2021). Concienciación de las Alteraciones en la Motricidad Orofacial producto de los Malos Hábitos Orales en los niños de preescolar, dirigido a padres de familia del PEP del IPHE, Feb. aMay. 2021. *Panamá : Universidad Especializada de Las Américas*. Obtenido de <https://repositorio2.udelas.ac.pa/server/api/core/bitstreams/5baca2f4-8387-4db1-9f3a-11d591dfc2a3/content>

Edvinsson, & Lars. (2015). Prevalencia de disfunción orofacial en la parálisis cerebral y su asociación con la función motora gruesa y la capacidad manual. *Wiley Online Library*, 35-394.

- Elmonem. (2021). Effect of oral sensorimotor stimulation on oropharyngeal dysphagia in children with spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial. PubMed National Library of Medicine, 912-922.
- Espinoza, C., Amaguaya, G., Culqui, M., Espinos, J., Silva, J., Angulo, A., . . . Avilés, A. (2019). Prevalencia, factores de riesgo y características clínicas de la parálisis cerebral infantil. *Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica*, 38(6), 778-789. *Obtenido de* <https://www.redalyc.org/journal/559/55964142018/html/>
- Estuipñan, E., Sacon, J., Enriquez, M., & Ramos, Y. (2023). Juegos bucofaciales para el lenguaje oral en grupo etario de 24 a 30 meses. *Revista G-ner@ndo*, 4(1). *Obtenido de* <https://revista.gnerando.org/revista/index.php/RCMG/article/view/63/58>
- FanQiong et al. (2020). Efecto clínico del entrenamiento masticatorio funcional en el tratamiento de la disfunción motora oral en niños con parálisis cerebral: un ensayo clínico controlado aleatorizado prospectivo. *National Library of Medicine*, 567-572.
- García, A., Arriola, G., Machado, I., Pascual, I., Garriz, M., García, A., . . . Peña, J. (2022). Parálisis cerebral. *Revista Protocolos* (1), 103-112. *Obtenido de* <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11.pdf>
- González. (2014). *Terapia miofuncional en pacientes con parálisis cerebral*. Universidad de Valladolid.
- Jayanti. (2014). Resultados funcionales de la terapia miofuncional orofacial en niños con parálisis cerebral. *MDPI*, 5-17.
- Jaymez. (2021). *Efectos de la terapia miofuncional en la masticación y deglución de niños que presentan parálisis cerebral*. PUCP.

- Kobayashi et al. (2014). Evaluación de la función orofacial en sujetos jóvenes con trastornos temporomandibulares. PubMed Rehabilitación oral.
- Kyoung et al. (2022). Efecto de la técnica de facilitación motora oral sobre las habilidades motoras orales y de alimentación en niños con parálisis cerebral: un estudio de caso. *Pediatría BMC*.
- López, H., Hernández, Y., Martínez, B., Rosales, M., & Torres, G. (2019). Estrategias terapéuticas de calidad en Odontopediatría: parálisis cerebral. *Revista Acta Pediátrica De México*, 40(1), 32-43. doi:<https://doi.org/10.18233/APM40No1pp32-431760>
- McIntyre, S. (2022). Global prevalence of cerebral palsy: A systematic analysis. *Medicine Child Neurology*, 64(12), 1494-1506. doi:10.1111/dmcn.15346. Epub 2022 Aug 11. PMID: 35952356; PMCID: PMC9804547.
- Mei-Chen. (2022). Estudio de la función orofacial en niños en edad preescolar nacidos prematuramente. *MDPI Children*, 360.
- Moreira et al. (2014). Factores que influyen en el desarrollo motor de niños prematuros en edad escolar en Brasil. *National Library of Medicine*, 1941-1951.
- Moya, M. (2020). Motricidad Orofacial: Pasado, Presente y Futuro . *International Journal of Medical and Surgical Science*, 7(3), 1-4. doi:<https://doi.org/10.32457/ijmss.v7i3.585>
- Olivera, M., & Soria, R. (2011). Técnicas de reeducación postural en el tratamiento de niños con insuficiencia motora de origen cerebral, del centro pastoral social, casa brown, de Santa Cruz de la sierra. *Revista Universidad, Ciencia y Sociedad*(4), 21-30. Obtenido de http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882011000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es

- Orellana, M., Quezada, A., & Velázquez, E. (2024). Complicaciones gastrointestinales y su efecto en el estado nutricional de pacientes con parálisis cerebral infantil. *Revsita Polo del Conocimiento* , 9(6), 117-134. doi:<https://doi.org/10.23857/pc.v9i6.7301>
- Parra, B. (2024). Características clínicas y calidad de vida en deglución postcovid19, Centro de Motricidad Orofacial, Lima, 2023. *Universidad Federico Villaruel*. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.13084/8741>
- Peláez, M., Moreno, E., Martínez, A., & Gallego, S. (2021). Abordaje integral del niño con parálisis cerebral. *Revista Anales de Pediatría*, 95(4), 276.e1-276.e11. doi:<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.07.011>
- Ray. (2021). Functional Outcomes of Orofacial Myofunctional Therapy in Children with Cerebral Palsy. *MDPI*, 5-17.
- Ricón, F., Luna, E., Guevara, S., Becerra, R., & Funes, S. (2024). Manejo de disfagia en pacientes con parálisis cerebral en el CRIT Teletón de Occidente: VitalStim vs terapia oral motora. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* , 36(1-4), 17-24. doi:<https://dx.doi.org/10.35366/119304>
- Rodríguez, M. (2019). Intervención de la motricidad orofacial en el Síndrome de Moebius . *Manta, Ecuador : Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí* .
- Romero, J. (2024). Musicoterapia para el manejo del comportamiento en la atención odontológica de niños y adolescentes con insuficiencia motora de origen cerebral. *Bogotá, Colombia : Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/87692/1070922503.2025.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- Ruiz, M., & Cuestas, E. (2019). La construcción de la definición parálisis cerebral: un recorrido histórico hasta la actualidad. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 76(2), 113-117. doi:<http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v76.n2.23649>
- Sanchez. (2024). Tratamiento rehabilitador para el control de la sialorrea patológica en paciente con parálisis cerebral mixta. *Revista Cubana de Medicina física y rehabilitación*.
- Scofano, B., & Lima, F. (2022). Dysphagia in Cerebral Palsy. *Journal Of Otolaryngology: Research*, 4(2), 1-12.
- Soriano, J., & Hustad, K. (2020). Speech-Language Profile Groups in School Aged Children with Cerebral Palsy: Nonverbal Cognition, Receptive Language, Speech Intelligibility, and Motor Function. *Revista Neurorehabilitation*, 24(2), 118-129. doi:<https://doi.org/10.1080/17518423.2020.1858360>
- UNICEF. (2023). Global report on children with developmental disabilities: from the margins to the mainstream. *World Health Organization and the United Nations Children's Fund*. Obtenido de <https://www.unicef.org/media/145016/file/Global-report-on-children-with-developmental-disabilities-2023.pdf>
- Vieira et al. (2016). El estado nutricional de niños y adolescentes con parálisis cerebral se asocia con disfunción motora oral y condiciones sociales: un estudio transversal. *PubMed Neurol*.
- Widman et al. (2021). Oral Motor Treatment Efficacy: Feeding and Swallowing Skills in Children with Cerebral Palsy. *PubMed Central*.
- Yanzapanta, C. (2023). Los juegos de motricidad orofacial en el desarrollo del lenguaje oral de los niños de 3 a 4 años del Centro de Educación Inicial Arco Iris. *Ambato, Ecuador : Universidad Técnica de Ambato*. Obtenido de

<https://repositorio.uta.edu.ec/server/api/core/bitstreams/838a915f-51c6-412a-843c-dc26ed568e5a/content>

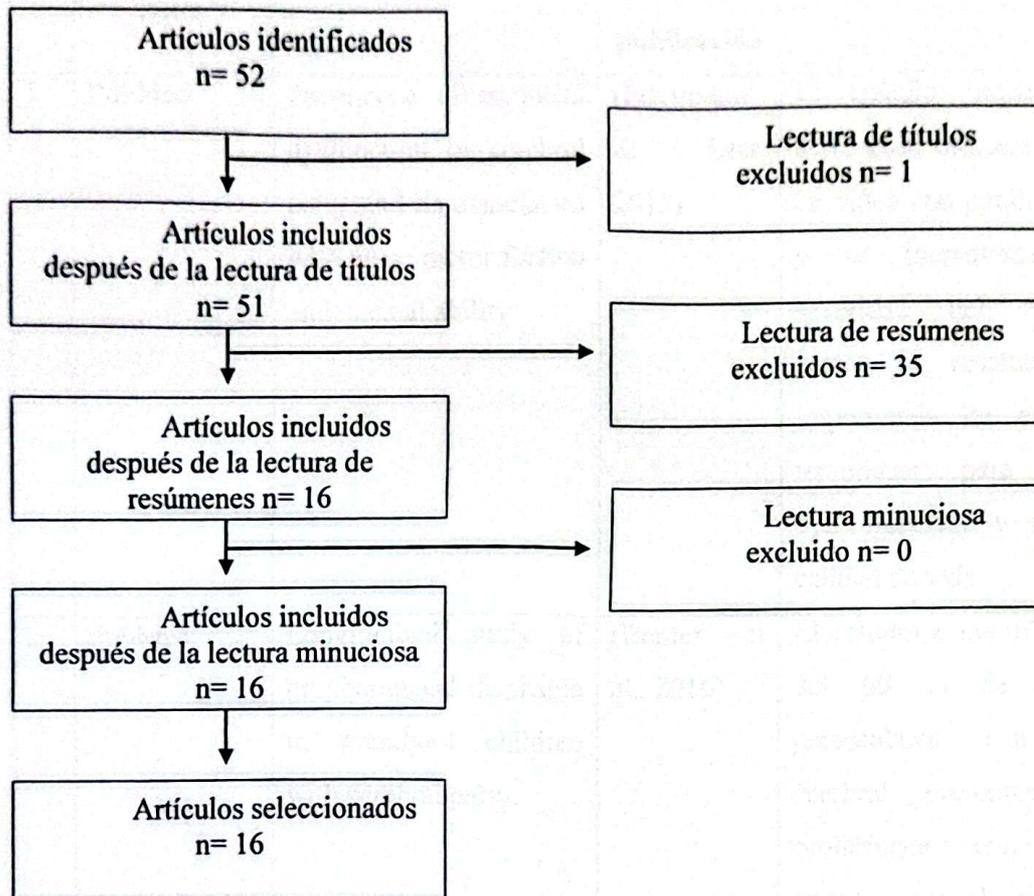
Yunga, M. (2015). Prevalencia y factores asociados de parálisis cerebral infantil en el Hospital Francisco Icaza Bustamante Guayaquil - Ecuador, febrero – julio 2015. *Universidad Católica de Cuenca*. Obtenido de <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/6657>

Zambrano, J. (2024). Análisis comparativo de diversas técnicas y tratamientos aplicados a la motricidad orofacial. *Manta, Ecuador : Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí*. Obtenido de <https://repositorio.ulead.edu.ec/handle/123456789/6538>

Zorzi, J. (2022). Distinguiendo Alteraciones del Habla y del Lenguaje. CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Obtenido de <http://www.ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/LOGOPE DIA/TRASTORNOS%20LENGUAJE/GENERAL/Distinguiendo%20alteraciones%20de l%20Habla%20y%20del%20L%20-%20Luis%20Zorzi%20-%20art.pdf>

Anexos

Anexo 1. Flujo de selección y elegibilidad de los artículos científicos.



Anexo 2. Matriz de artículos científicos.

Nº	Base de datos	Título de artículo	Autor/año de publicación	Hallazgos/aporte
1	PubMed	Prevalence of orofacial dysfunction in cerebral palsy and its association with gross motor function and manual ability.	(Edvinsson & Lars, 2015)	El estudio mostró que la disfunción orofacial es común en niños con parálisis cerebral y se incrementa con la severidad del compromiso motor, resaltando la importancia de evaluaciones tempranas para intervenir oportunamente y mejorar su calidad de vida.
2	PubMed	Longitudinal study of oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy.	(Benfer et al., 2016)	El estudio encontró que cerca del 60 % de los niños preescolares con parálisis cerebral presentan disfagia orofaríngea, con evolución estable en el tiempo. La severidad se relacionó con el nivel de función motriz.
3	PubMed	Functional outcomes of orofacial myofunctional therapy in children with cerebral palsy.	(Jayanti, 2014)	El estudio concluyó que existen pocas evidencias controladas sobre la eficacia de la terapia orofacial en niños con parálisis cerebral, y que los datos disponibles son mayormente anecdóticos o preliminares.

4	Google Académico	Efectos de la terapia miofuncional en la masticación y deglución de niños que presentan parálisis cerebral.	(Jaymez, 2021)	Este estudio reportó mejoras en masticación, deglución y tono orofacial en dos niños con parálisis cerebral tras aplicar terapia miofuncional. Aunque preliminares, los resultados sugieren efectos positivos en funciones orales.
5	Google Académico	Terapia miofuncional en pacientes con parálisis cerebral.	(González, 2014)	Este estudio mostró que la terapia miofuncional mejoró la postura facial y el habla en un caso de parálisis cerebral. Los datos sugieren beneficios potenciales en funciones orofaciales afectadas.
6	SciELO	Tratamiento rehabilitador para el control de la sialorrea patológica en paciente con parálisis cerebral mixta.	(Sanchez, 2024)	El estudio reporta que una terapia combinada (orofacial, conductual, kinesiotape y toxibotulínica) redujo significativamente la sialorrea en una niña con parálisis cerebral. La intervención mejoró su bienestar físico y emocional.
7	PubMed	Estudio de la función orofacial en niños en edad preescolar nacidos prematuramente.	(Mei-Chen, 2022)	El estudio encontró diferencias en disfunciones orofaciales entre niños nacidos a término y prematuros, con malos hábitos más comunes en los primeros y alteraciones estructurales y funcionales en los segundos.

8	PubMed	Factors insfluencing the motor development of prematurely born school-aged children in Brazil.	(Moreira et al., 2014)	el estudio evaluó el desarrollo motor de 100 niños brasileños nacidos prematuramente, identificando que el 39 % presentó puntuaciones por debajo del promedio en la batería MABC-2 factores como bajo peso al nacer, edad materna avanzada y entorno familiar desfavorable aumentaron el riesgo de dificultades motoras.
9	SciELO	Características miofuncionales y antropométricas orofaciales de niños con y sin microcefalia: un estudio de casos y controles.	(Correira et al., 2025)	Niños con microcefalia por virus zika presentan alteraciones orofaciales en deglución, masticación y morfología facial. Estas diferencias son más evidentes entre 13 y 24 meses.
10	SciELO	The nutritional state of children and adolescents with cerebral palsy is associated with oral motor dysfunction and social conditions: a coss sectional study.	(Vieira et al., 2016)	El estudio encontró que el estado nutricional de niños y adolescentes con parálisis cerebral se asocia significativamente con la función motora orofacial y factores sociales. Se observó que el sobrepeso se relaciona con distónicas y mixtas de parálisis cerebral, leve disfunción orofacial y madres sin pareja.

11	PubMed	Evaluation of oro-facial function in young subjects with temporomandibular disorders.	(Kobayashi et al., 2014)	El estudio evaluó fuerza de mordida y funciones orofaciales en niños y adolescentes (8-14 años) con trastornos temporomandibulares, durante diferentes fases dentales. Encontró que quienes tenían TMD mostraron menor fuerza de mordida y alteraciones en funciones como masticación, deglución y movilidad oral.
12	PubMed	Efecto clínico del entrenamiento masticatorio funcional en el tratamiento de la disfunción motora oral en niños con parálisis cerebral: un ensayo clínico controlado aleatorizado prospectivo.	(FanQiong et al., 2020)	La Functional Chewing training aplicada durante 12 semanas mejoró significativamente la función masticadora, redujo la gravedad del empuje lingual y disminuyó la sialorrea en niños con parálisis cerebral, mientras que el grupo con terapia oral motora no mostró mejoras.
13	PubMed	Effect of oral motor facilitation technique on oral motor and feeding skills in children with cerebral palsy: a case study	(Kyoung et al., 2022)	La técnica de facilitación oral mejoró el control oromotor y la alimentación en niños con parálisis cerebral tras 16 semanas de intervención. El mayor progreso se observó en el cierre labial.
14	PubMed	Oral Motor Treatment Efficacy: Feeding and	(Widman et al., 2021)	La intervención de tratamiento motor oral en 30 niños con

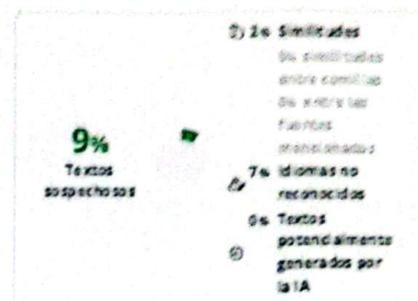
		Swallowing Skills in Children with Cerebral Palsy.		parálisis cerebral (niveles II-V entre 3 y 14 años) mejoró significativamente las habilidades de alimentación y deglución. Además, se asoció con menor incidencia de bajo peso y enfermedades respiratorias.
15	PubMed	Functional Outcomes of Orofacial Myofunctional Therapy in Children with Cerebral Palsy.	(Ray, 2021)	La terapia miofuncional orofacial aplicada durante cuatro meses en 16 niños con parálisis cerebral espática mejoró significativamente la postura y función de lengua, labios y mandíbula, y la inteligencia del habla. Además, se halló una correlación significativamente entre la mejora de la función lingual y la claridad del habla, aunque no con labios o mandíbula.
16	PubMed	Effect of oral sensorimotor stimulation on oropharyngeal dysphagia in children with spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial.	(Elmonem, 2021)	La estimulación sensoriomotora oral previa a terapia convencional durante 4 meses mejoró significativamente la función oromotora y el crecimiento físico en niños con parálisis cerebral espática y disfagia orofaríngea.

17	PubMed	The Effects of Orofacial Myofunctional Therapy on Children with OSAHS's Craniomaxillofacial Growth	Liu et al., 2023	La terapia miofuncional orofacial mejora la función y morfología cráneo-facial en niños con apnea obstructiva del sueño, incrementa la fuerza muscular oral y reduce el babeo. El apoyo familiar es clave para la adherencia.
18	TMR Journals	Orofacial myofunctional therapy in children with adenotonsillar hypertrophy: a review	Zhang et al., 2024	El programa estructurado de terapia miofuncional mejora el cierre labial, reduce la respiración bucal y mejora la función neuromuscular y respiratoria en niños con hipertrofia adenotonsilar.
19	PubMed Central	Influence of oromotor functions on motor development and feeding outcomes in children with cerebral palsy	Ibrahim et al., 2025	La severidad del daño motor predice dificultades orofaciales que afectan la alimentación, subrayando la importancia de intervenciones personalizadas tempranas.
20	ScienceDirect	Investigating Feeding Problems and Oral Motor Skills in Children With Cerebral Palsy	Esmaeili et al., 2024	Medir habilidades orales básicas permite anticipar problemas alimenticios; mejorar estas funciones reduce significativamente las dificultades al comer.

Anexo 2. Certificación del copilación



Motricidad orofacial_Tesis Proyecto Investigación Aveiga Pinángo Bryan Y Fernanda Delgado



Nombre del documento: Motricidad orofacial_Tesis Proyecto Investigación Aveiga Pinángo Bryan Y Fernanda Delgado.docx
 ID del documento: d7537835448360b59876000918b34b30da493dd1
 Tamaño del documento original: 94,18 kB

Depositante: VIVIANA MARCELA MUÑOZ MACIAS
 Fecha de depósito: 12/8/2025
 Tipo de carga: Intercase
 Fecha de fin de análisis: 12/8/2025

Número de palabras: 5773
 Número de caracteres: 41.103

Ubicación de las similitudes en el documento



Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	ULEAM Fonoaudiología Terapia Miofuncional (1) (1) (1).docx ULEAM ... #626420 Viene de: de mi biblioteca	<1%		Palabras idénticas: <1% (05 palabras)
2	Análisis comparativo de diversas técnicas y tratamientos aplicados a ... #126167 Viene de: de mi grupo	<1%		Palabras idénticas: <1% (05 palabras)
3	www.mdpi.com Orofacial Myofunctional Therapy with Children Ages 0-4 and In... https://www.mdpi.com/2534-4576/4/1/3	<1%		Palabras idénticas: <1% (01 palabras)
4	repositorio.uleam.edu.ec UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ, DE... https://repositorio.uleam.edu.ec/handle/1723456789/2232	<1%		Palabras idénticas: <1% (02 palabras)
5	hd.handle.net Análisis de la relación entre las maloclusiones de los pacientes c... https://hdl.handle.net/123456789/1234	<1%		Palabras idénticas: <1% (02 palabras)