



POSGRADOS

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

RPC-SO-19-No.076-2018

OPCIÓN DE
TITULACIÓN:

INFORME DE INVESTIGACIÓN

T E M A :

DESARROLLO DE DESTREZAS MASTICATORIAS
Y DEGLUTORIAS EN ESTUDIANTES CON
PARÁLISIS CEREBRAL. ESTUDIO DE CASO

A U T O R :

ALBA CECILIA LAVANDA SAAVEDRA

D I R E C T O R :

LUCIA VEGA CASTRO

GUAYAQUIL - ECUADOR
2020

Autora:**Alba Cecilia Lavanda Saavedra**

Tecnóloga Médica en Terapia de Lenguaje

Licenciada en Terapia de Lenguaje

Candidata a Magister en Educación Especial, Mención en Educación de las Personas con Discapacidad Múltiple por la Universidad Politécnica Salesiana

- Sede Guayaquil

alavandra@est.ups.edu.ec

Dirigido por:**Lcda. Lucía Vega Castro. Mgtr.**

Licenciada en Educación, Especialidad Defectología, Especialización Logopedia.

Master en Ciencias de la Educación Superior.

lvega@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS

©2020 Universidad Politécnica Salesiana.

GUAYAQUIL – ECUADOR – SUDAMÉRICA LAVANDA
SAAVEDRA ALBA C.

DESARROLLO DE DESTREZAS MASTICATORIAS Y DEGLUTORIAS EN ESTUDIANTES CON PARÁLISIS CEREBRAL. ESTUDIO DE CASO: GUAYAQUIL, ECUADOR.

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Jehová Dios, por haberme dado la vida y permitirme culminar esta meta tan importante en mi formación profesional. A Rosa Elena, mi hermana por ser el pilar más importante en mi vida y demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones o creencias. A Lenny mi amiga por creer en mi capacidad, a quien quiero mucho por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento. A mis hermanas y amigas que con palabras de aliento no me dejaron decaer para que siguiera adelante y cumpla mis sueños.

A mis compañeros quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas.

Desarrollo de destrezas masticatorias y deglutorias en estudiantes con parálisis cerebral. Estudio de caso: Guayaquil, Ecuador.

Chewing and swallowing skills development in students with cerebral palsy. Cases study: Guayaquil, Ecuador.

Alba Cecilia Lavanda Saavedra

Licenciada en Terapia de Lenguaje, Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador

alavandra@ups.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-3678-0478>

Resumen:

El propósito de este trabajo es analizar, desde la perspectiva cualitativa, las experiencias de trabajo con estudiantes que padecen Parálisis Cerebral en el ejercicio de la habilitación del habla. Se toma como caso de estudio la experiencia terapéutica llevada a cabo en las aulas especializadas de la Unidad Educativa Fiscal Dolores Cacuango del Distrito Educativo 09D07 de la ciudad de Guayaquil. Las alteraciones de la masticación y deglución, se caracterizan por obstaculizar el desarrollo del acto verbal o lenguaje expresivo. Esta investigación parte de observaciones áulicas, así como se nutre de una revisión de resultados de estudios previos sobre el tema. Propone un plan de actividades específicas que ha permitido mejorar las destrezas miofuncionales, obteniendo como resultado la aparición del habla en el caso estudiado. La estructura del trabajo se organizó en diferentes capítulos; el Capítulo I expone el planteamiento del problema con el objetivo general y específicos, justificando la importancia del tema investigado. El Capítulo II se refiere al Marco Teórico que expone el Estado del Arte y la conceptualización de términos que permite la comprensión de la investigación. El Capítulo III se hace referencia a la Metodología, se empleó un diseño de estudio de caso soportado en procesos de observación participante y cuestionarios cualitativos que recabaron los puntos de vista de docentes, directivos y padres de familia, analizando los resultados mediante el método comparativo constante y la sistematización de experiencias. En el Capítulo IV, se realiza el análisis de los resultados, exponiendo los hallazgos y nexos entre las categorías definidas para el procesamiento de la información, entre los resultados más interesantes se señala que los docentes se enfrentan al desconocimiento de estrategias para los procesos de masticación y deglución en casos con las características identificadas, pero no las consideran obstáculos para mejorar la intención del habla y el lenguaje expresivo oral. Se concluye que en el desarrollo de destrezas masticatorias y deglutorias en estudiantes con parálisis cerebral de tipo espástica es factible ejercitar esta musculatura debiendo consolidarse mediante estrategias específicas, acordes al contexto, adaptadas a las necesidades y perfiles de cada caso específico.

Palabras clave: Parálisis cerebral, masticación, deglución, habla, destrezas.

Abstract:

The purpose of this work is to analyze, from a qualitative perspective, the experiences of working with students suffering from Cerebral Palsy in the exercise of speech empowerment. The therapeutic experience carried out in the Specialized Classrooms of the Dolores Cacuango Fiscal Educational Unit of the Educational District 09D07 of the city of Guayaquil is taken as a case study. Chewing and swallowing disorders are characterized by hindering the development of the verbal act or expressive language. This research is based on classroom observation, as well as drawing on a review of the results of previous studies on the subject. It proposes a plan of specific activities that has allowed to improve myofunctional skills resulting in the appearance of speech in the case studied. The structure of the work was organized in different chapters; Chapter I sets out the statement of the problem with the general and specific objectives, justifying the importance of the investigated topic. Chapter II refers to the Theoretical Framework that exposes the State of the Art and the conceptualization of terms that allows the understanding of the research. Chapter III refers to the Methodology. A case study design was used supported by participant observation processes and qualitative questionnaires that collected the views of teachers, managers and parents, analyzing the results through the constant comparative method and the systematization of experiences. In Chapter IV the analysis of the results is carried out, exposing the findings and links between the categories defined for the processing of information, among the most interesting results it is pointed out that teachers face ignorance of strategies for the processes of chewing and swallowing in cases with the characteristics identified, but they are not considered obstacles to improve speech intention and oral expressive language. It is concluded that the development of chewing and swallowing skills in students with spastic cerebral palsy is feasible to exercise this musculature and must be consolidated through specific strategies according to the context and adapted to the needs and profiles of each specific case.

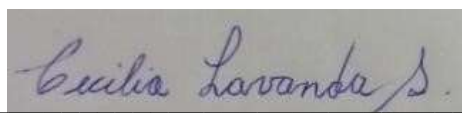
Keywords: Cerebral palsy, chewing, swallowing, speech, skills.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INDICE	5
CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	6
INTRODUCCIÓN	7-12
1. PROBLEMA	13
1.1 Planteamiento del problema	12-15
2. ESTADO DEL ARTE	15-23
2.1 Marco conceptual	23-25
3. MARCO METODOLÓGICO	25-33
4. RESULTADOS.....	33-40
4.1 Discusión	41-44
4.2 Modelo del Plan de Actividades	45-60
5. CONCLUSIONES	61-62
6. BIBLIOGRAFÍA	62-63
7. ANEXOS.....	64-85

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Alba Cecilia Lavanda Saavedra, con documento de identificación # 0914623327, estudiante del Grado/Máster, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad de los derechos patrimoniales en virtud de que soy la autora del informe de investigación titulado "**Desarrollo de destrezas masticatorias y deglutorias en estudiantes con parálisis cerebral**" el mismo que fue desarrollado para obtener el título de Master en Educación Especial con Mención en Educación de las Personas con discapacidad Múltiple en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando en la Universidad el pleno derecho autorizado anteriormente, de acuerdo a la Ley de Propiedad Intelectual, reservo los derechos morales del trabajo antes citado. Suscribo este documento y entrego el trabajo digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.



Alba Cecilia Lavanda Saavedra

C.I. 0914623327

Introducción

Uno de los retos que enfrenta en la actualidad el Ecuador, es la inclusión educativa con calidad, que de hecho es una deuda que mantiene con la sociedad. Proporcionar espacios, estrategias, personal apropiado es un deber que año a año debe mejorarse para paliar las necesidades que los estudiantes con discapacidades pudieran tener al acceder al sistema educativo.

Este panorama es aún más grave, cuando se refiere a una discapacidad a consecuencia de parálisis cerebral. Las instituciones educativas fiscales especializadas son escasas y muy concurridas, siendo esta una problemática educativa de muchas décadas. Sin embargo, en la ciudad de Guayaquil existe una Unidad Educativa, llamada Dolores Cacuango que en sus aulas especializadas recibe a estudiantes con Parálisis Cerebral. De la observación sistemática realizada por la autora, se evidenció que los estudiantes con esta situación presentan una sintomatología compleja que en ocasiones limita su plena participación en el proceso educativo. La propuesta de esta investigación se cimenta en la experticia de la investigadora con 5 años dedicada a la habilitación y/o rehabilitación de lenguaje en esta institución.

Entre los síntomas observados está el babeo perenne, se atorán con frecuencia y al comer los alimentos salen de su boca debido a los deficientes movimientos de los órganos masticatorios y deglutorios, lo que afecta también el habla. Como una medida de solución y en mayor frecuencia, los adultos que cuidan a las personas con esta condición optan por licuar los alimentos, lo que agrava la situación, al no permitir el desarrollo de la musculatura implicada, que además tiene una doble función (deglución y habla).

Se evidenció en estas primeras inmersiones al campo de estudio, las limitaciones que impiden el desarrollo pleno de la masticación y deglución en los niños con esta problemática, por lo que se comenzó a organizar desde las primeras observaciones

áulicas un plan para mejorar las destrezas masticatorias y deglutorias en el estudiante con parálisis cerebral seleccionado para este trabajo. Comenzando con una recopilación de herramientas educativas, estructuradas y específicas que fortalezcan estas capacidades e incrementen la aparición del acto del habla y finalmente el lenguaje expresivo. Las actividades para desarrollar esta musculatura permiten no solo que adquieran un nivel de autonomía sino optimizar la calidad de vida de los estudiantes con parálisis cerebral. Las aulas especializadas de la Unidad Educativa Dolores Cacuango surgen en el año 2016 como un establecimiento para brindar cuidado diario educacional y a la vez, capacitar a los involucrados de la comunidad educativa, que viven en el sector de Bastión popular bloque # 7 Manzana 17, Solar 1-2. De acuerdo con lo que establece el Archivo Maestro de Instituciones Educativas (AMIE), se presentan los datos referenciales:

Tabla 1. Datos distintivos de las Aulas Especializadas.

Código AMIE	En proceso
Nombre de la IE	Aulas Especializada de la Unidad Educativa Fiscal Dolores Cacuango del distrito 09D07.
Niveles Educativos	Desde Inicial I, hasta el 1ero año de Bachillerato.
Tipo de Establecimiento	Cemento en general. Régimen: Costa Jornada: Matutina
Recursos Humanos	Líder Académico, docentes, psicólogas especializadas en clínica, educativa y rehabilitadora, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje, pedagoga terapeuta.

Fuente: Propuesta de la Aulas de Educación Especializada Dolores Cacuango del distrito 09D07 del periodo 2018 -2019.

El ideario de la institución

- ✓ En las aulas especializadas de la Unidad Educativa Dolores Cacuango del distrito 09D07 se forman como ciudadanos y ciudadanas autónomas que cumplen conscientemente sus deberes y ejercer sus derechos con plena libertad para

fomentar la sana convivencia e interacción entre los miembros de la comunidad educativa y la sociedad, por lo tanto, se define institucionalmente su ideario.

- ✓ Equidad y Compañerismo, brindada a todos los integrantes en su accionar para una convivencia más justa y humana.
- ✓ Tolerancia y solidaridad, se ponen de manifiesto entre todas las personas que son miembros de la UE y los miembros de la comunidad.
- ✓ Integridad, expresándose siempre con respeto, coherencia y sinceridad en todos los actos, respetando los hechos, las personas y la comunidad educativa en relación con el mundo.
- ✓ Innovación y creatividad tomando como base el mejoramiento del proceso enseñanza-aprendizaje.
- ✓ Participación y trabajo que surge de la asociación y la cooperación activa que se realiza en cada aula como es la planificación, ejecución y evaluación de la institución.
- ✓ Compromiso y lealtad con el aula especializada, sus autoridades y toda la comunidad educativa.
- ✓ Libertad y responsabilidad con la obediencia de los cargos asignados y el cumplimiento de los recursos.
- ✓ Trabajo en unidad para el buen desarrollo institucional y el continuo mejoramiento de la infraestructura, en el uso de los recursos para las destrezas didácticas.

2. Fundamentos filosóficos

Las aulas especializadas de la Unidad Educativa Dolores Cacuango perteneciente al distrito 09D07, pretenden que sus estudiantes adquieran autonomía para desenvolverse en la sociedad, considerando el conocimiento de sus derechos y obligaciones como ciudadanos vulnerables. Se debe agregar que, uno de los objetivos en la educación de estos estudiantes es descubrir y potenciar las fortalezas que poseen, como un estímulo

para mejorar su calidad de vida. También, cabe destacar que el tipo de educación que se oferta es personalizado teniendo en cuenta que el aprendizaje es un proceso individual en un contexto social.

Fundamentos sociológicos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001, definió a la discapacidad como un elemento que genera déficits, el cual limita y restringe el accionar del individuo con los diversos ámbitos personales, familiares y contexto social.

La ONU a través de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: en el año 2006 y corroborada por el Ecuador en el 2008 señala: “La Discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción de las personas con deficiencias y las barreras, debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”. (ONU, 2013)

En el Ecuador la Ley Orgánica de Discapacidades (2012), refiere que se considera a la persona discapacitada, cuando por diversos motivos presenta dificultades sean estas motoras, cognitivas, mentales o sensoriales, lo que restringe su accionar en función de lo laboral, personal y familiar. (Art. 6). (796, 2012)

Principios institucionales

La Unidad Educativa además tiene los principios institucionales que reposan en los documentos del proceso de creación (2016):

- El principio de la coherencia: se relaciona con lo que el ser humano piensa, propone, aquello que realmente hace y cuáles son los resultados de sus acciones.
- El principio de la autonomía y responsabilidad: Con ello logra la autorregulación, el progreso personal, cultural, digital, socio económico; los mismos que no son regulados externamente sino por la Institución hacia los fines que espera la

comunidad y que, por derecho, les corresponde a los estudiantes. La responsabilidad se relaciona con la respuesta de cada individuo a sus actos o de los hechos.

- El principio de la participación: Con este se logra el trabajo sinérgico y significativo de los miembros de la comunidad educativa, en los procesos de planeación, ejecución, evaluación y mejoramiento del quehacer educativo, todos ellos con ética, en función del compromiso y en el sentido del cumplimiento del deber.
- El principio de la objetividad: Se basa en que, aun perteneciendo a la Institución y siendo actores de las ejecutorías objeto de evaluación, se es capaz de verlas y analizarlas desde fuera de forma objetiva, sustentando la valoración que se le da, con hechos, datos o situaciones verificables, de una u otra manera.
- El principio de la identidad: Significa estar identificado con la institución, el proceso de evaluación del quehacer educativo, evaluado por la propia institución, y por lo que se ha comprometido a ser (misión) y a hacer en el proyecto Institucional.
- El principio de pertenencia: Se entiende como la circunstancia de formar parte de un conjunto o grupo, en este caso, de todo elemento, que es de la misma naturaleza del conjunto que se analiza, en específico de la Unidad Educativa.
- El principio de la proactividad: Es la que mueve a la institución, pretende adelantarse a la problemática que pudiera tener la institución, aportando con posibles soluciones para la prevención de situaciones indeseables. Con esto se evita lamentaciones a futuro, acompañado del seguimiento y de la autoevaluación institucional, ante las oportunidades o amenazas que se vislumbra en el contexto en que se mueve la Institución.

La institución refleja una matrícula neta de 64 estudiantes en el presente año con diferentes discapacidades, 5 estudiantes presentan parálisis cerebral, lo que es un

6.25%. Se refleja un caso en particular de un estudiante, que en función a su complejidad se procederá a realizar la intervención educativa propuesta en esta investigación.

Tabla 2. Número de estudiantes con parálisis cerebral

Tipo de parálisis cerebral por criterio topográficos	
1. Hemiplejia	3
2. Tetraplejia	2
Total.	5

Fuente: Secretaría de la Unidad Educativa Dolores Cacuango (2020)

CAPITULO I

1.1 Planteamiento del problema

Las aulas especializadas de la Unidad Educativa Dolores Cacuango pertenecen al Distrito Educativo 09D07 en la ciudad de Guayaquil; brinda atención a niños con diferentes discapacidades entre ellas niños con Parálisis cerebral. El caso seleccionado para este estudio corresponde a un estudiante que presentan deficiencias en los procesos de masticación y deglución limitando en gran medida su comunicación oral. Ante la realidad descrita, se identifican dos situaciones que generan una contradicción: es imprescindible mejorar las destrezas masticatorias y deglutorias a fin de ejercitar la musculatura orofacial y a la vez mejorar la coordinación de los grupos musculares que actúan en el acto verbal para facilitar el lenguaje expresivo en su sentido más amplio.

Sin embargo, la realidad de la institución es que no cuenta con orientaciones para los docentes que permita apoyar de manera eficiente la intervención en casos específicos de niños con parálisis cerebral a fin de lograr el desarrollo de estas destrezas y contribuir a facilitar la comunicación del niño en un entorno escolar.

De lo anteriormente expuesto, se identifica la necesidad de diseñar un plan de actividades centrado en acciones específicas para el desarrollo de destrezas masticatorias y deglutorias para que los docentes de la institución puedan apoyar al niño

y a su familia como elemento imprescindible para lograr la interacción social necesaria en estos complejos casos.

Debido a que la severidad y tipo de alteración motora generalizada varía en cada niño, el impacto que genera en sus familias es significativo, pues el entorno familiar gira a su alrededor por los cuidados que amerita un hijo en estas condiciones y altera la regularidad cotidiana del resto de la familia por las complicaciones que presenta el niño, por lo que a juicio de la autora se debe tener en cuenta la salud psicológica y física de los cuidadores principalmente de las madres por el vínculo afectivo y la dependencia que genera el cuidado de un niño con esta condición. Es por ello que desde las primeras etapas de vida (recién nacido) se debe estimular en niños con PC la succión, la masticación y deglución como parte del fortalecimiento muscular imprescindible para la posterior aparición del habla.

Frente a esta realidad descrita, se identifica la existencia de un conjunto de limitaciones que denotan la situación problemática, definidas mediante las siguientes preguntas que guían el proceso de investigación:

1. ¿Cómo potenciar el desarrollo de destrezas masticatorias y deglutorias en un estudiante con parálisis cerebral?
2. ¿Cuáles son los elementos que debe tener en cuenta un plan de actividades para el desarrollo de dichas destrezas?
3. ¿Cómo diseñar un plan de actividades para potenciar estas destrezas masticatorias y deglutorias en estudiantes con parálisis cerebral?
4. ¿Cómo lograr la vinculación de la familia al trabajo docente como sistema de apoyo para el desarrollo de estas destrezas?

El objetivo general trata de definir los elementos específicos y estructurales que permitan diseñar un plan de actividades para el desarrollo de destrezas masticatorias y deglutorias en un estudiante con Parálisis cerebral. Para cumplir el objetivo se fundamentan inicialmente las bases teóricas que sustentan el proceso de desarrollo de las praxias masticatorias y deglutorias en estudiantes con parálisis cerebral de forma específica en la Aulas Especializadas de la Unidad Educativa Fiscal Dolores Cacuango. Inicialmente se valoró la situación actual del niño seleccionado para este estudio mediante:

- a. Anamnesis.
- b. Ficha Respiratoria.
- c. Ficha Bucofonatoria.
- d. Ficha de Observación y detección de disfunciones orofaciales.
- e. Guía de valoración funcional orofacial: Fichas lingual y labial.

Se exploró el desarrollo de las destrezas masticatorias y deglutorias en el estudiante, se analizó el proceso de cambio mediante un plan de actividades centrado en elementos específicos, que ayudaron a potenciar la coordinación de los grupos musculares implicados en las praxias masticatorias y deglutorias permitió el progreso de los movimientos musculares en el entorno de la boca mejorando la calidad de vida del niño.

CAPITULO II Estado del arte

El lenguaje surge y se establece como elemento esencial en las relaciones sociales desde el inicio evolutivo de la humanidad. Autores como Figueredo (2000), Pérez (2002), Chernousova (2008) y Peña (2011), coinciden en recalcar que el lenguaje es la cobertura material del pensamiento; se erige como el principal medio para la comunicación humana que se materializa a través de un sistema funcional sumamente complejo.

La Parálisis cerebral (PC) es un trastorno del desarrollo del tono postural y del movimiento de carácter persistente (aunque no invariable), que condiciona una limitación en la actividad, secundario a una agresión no progresiva, a un cerebro inmaduro (Hurtado, 2007).

Es una lesión no progresiva en las estructuras cerebrales que genera un trastorno del movimiento y de la postura. En la psicopatología se define como un síndrome o conjunto de síntomas que afecta la coordinación muscular de movimientos, la respiración y el lenguaje, bajo este término se agrupa un conjunto heterogéneo de niños con un trastorno de causas y pronósticos diferentes que tienen un denominador común. (Yadira Lorena Grijalva Orna, Adriana Vanessa Pupiales Arellano, 2014, pág. 36)

La parálisis cerebral se clasifica en: (Muñoz, 2014, p. 9, 10).

- Parálisis Cerebral Espástica: Se caracteriza por un aumento excesivo del tono muscular (hipertonía), acompañado de un elevado grado de rigidez muscular (espasticidad), que provoca movimientos exagerados y poco coordinados o armoniosos, especialmente en las piernas, los brazos y/o la espalda. Cuando la espasticidad afecta a las piernas, éstas pueden encorvarse y cruzarse en las rodillas, dando la apariencia de unas tijeras, lo que puede dificultar el andar. Se caracteriza por una alteración de los reflejos y rigidez muscular. Lesión en la corteza motora, vía piramidal, Hiperreflexia (reflejos exagerados y/o patológicos), persistencia de reflejos primitivos (figura del espadachín), extremidades pélvicas en tijera. Con frecuencia, se producen contracturas y deformidades. Es la forma de PC que, con mayor frecuencia, se produce una discapacidad intelectual.
- Parálisis cerebral Atetósica: afecta, principalmente, al tono muscular, pasando de estados de hipertonía (elevado tono muscular) a hipotonía (bajo tono muscular).

Las alteraciones del tono muscular provocan descoordinación y falta de control de los movimientos, que son retorcidos y lentos. Discinética se producen problemas para el movimiento de las manos y los brazos, las piernas y los pies, lo que dificulta la postura al sentarse y caminar. En algunos casos, también afecta a los músculos de la cara y la lengua, lo que explica las muecas involuntarias y el babeo de algunas de estas personas. La descoordinación también puede afectar a los músculos del habla, dificultando la articulación de capacidad para controlar los movimientos.

- Parálisis Cerebral Atáxica. Se caracteriza por una marcha defectuosa, con problemas del equilibrio, y por la descoordinación de la motricidad fina, que dificultan los movimientos rápidos y precisos (por ejemplo, abrocharse un botón). Caminan de forma inestable, separando mucho los pies. Las personas pueden sufrir temblores de intención, es decir, al comenzar algún movimiento voluntario, como coger un libro, se produce un temblor en la parte del cuerpo implicada, en este caso la mano. El temblor empeora a medida que se acerca al objeto deseado. Alteraciones del equilibrio y la coordinación. Hipotonía. Disminución de los reflejos osteotendinosos y de la sensibilidad (Muñoz A. M., 2011)

Esta patología causa distintas afectaciones motoras que producen alteraciones en la marcha, en la función esofágica y la musculatura orofaríngea, en consecuencia, se presentan problemas de masticación, deglución, respiratorios y de articulación que afectan la ingesta de alimentos y el lenguaje. Las dificultades para alimentarse pueden desembocar en desnutrición, haciendo a las personas con parálisis cerebral más vulnerable a las infecciones y a los problemas del crecimiento.

De cada 1000 nacidos en el mundo, entre dos y tres sufren de PC, lesión cerebral que causa trastornos del movimiento y de postura. Suele aparecer en los primeros años de vida y se manifiesta con rigidez muscular. (Universo, 2020)

Según el Modelo nacional de gestión y atención vigente para los centros educativos y que es la base de la atención a estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad, en las instituciones de educación especializadas se debe “Garantizar el desarrollo integral de los estudiantes con necesidades educativas especiales, a través de estrategias específicas que permitan velar por el desarrollo de sus potencialidades, habilidades y su integración social”. (MINEDUC, 2017 -2018).

En las personas con este cuadro patológico se complica el proceso de alimentación, y el tiempo dedicado para esta acción aumenta de manera considerable, en el caso específico de los niños, la hora de comer puede ser angustiante, en lugar de ser una experiencia agradable tanto para el niño como para el cuidador o el docente que apoya la acción.

Con frecuencia la dificultad para masticar es tal; que se no se pueden triturar los alimentos y terminan aplastándolo con la lengua. Se puede observar a simple vista alteraciones posturales, se altera la respiración y la presencia de hábitos desfavorables trae como consecuencia el establecimiento no solo de deficiencias en el proceso de masticación y deglución sino una serie de patologías y complicaciones en la motricidad lingual, deglutoria provocada por una disfunción temporo-mandibular, y postural.

La masticación es un proceso muy complejo que se realiza por cuatro bloques musculares que son: el músculo masetero, temporal, pterigoideo medial y lateral y los

músculos que mueven los labios y las mejillas son orbicular de la boca, el buccinador y un grupo de músculos superiores e inferiores. Durante la masticación los seres humanos utilizan los labios, la mandíbula, las mejillas y la lengua trabajando con una notable coordinación de movimientos. Los dientes incisivos penetran en el alimento y lo sostienen, mientras que las manos lo halan, para desgarrarlo y la misión de triturar los alimentos queda reservada a los molares. Las mandíbulas además de tener la capacidad de cerrarse con notable fuerza realizan también movimientos laterales, que ayudan a moler cada vez más finamente el alimento. En lo que concierne al proceso de masticación los músculos de las mejillas, labios y especialmente de la lengua llevan continuamente los pedazos más grandes bajo los molares, con un continuo trabajo de recolección al mismo tiempo que la saliva brota de los conductos de las glándulas para humedecer los alimentos triturando hasta formar el llamada bolo alimenticio, con la finalidad de ingerirlo con facilidad. (Virot, Ma, Clanet, & Jung, 2017).

En los casos afectados por PC este proceso ocurre de manera similar pero la deficiencia en la coordinación de los grupos musculares es tan compleja que no logran el movimiento necesario para triturar los alimentos debido a la reducción de los movimientos del maxilar que están relacionados con la precisión, fuerza y coordinación; Es por eso que se hace imprescindible el fortalecimiento de la musculatura de mejillas, labios y lengua que ayudaron a encontrar los puntos articulatorios y mejoraron las praxias de los órganos involucrados que intervienen en el acto verbal.

Según Rodríguez y Smith – Agreda (1998), los músculos más importantes del sistema orofacial son los que se exponen en la figura 1.1

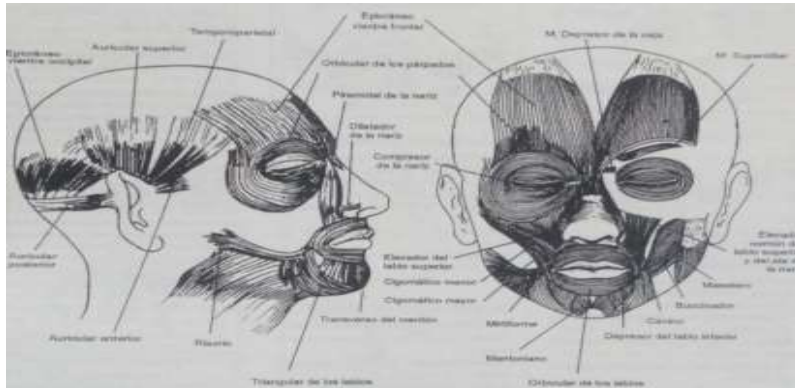


Figura N.1.1 Músculos masticadores de la expresión facial. Fuente: (Villaquirán, Anatomía Humana Generalidades , 2002, pág. 195)

- 1) Frontal.
- 2) Orbicular de los ojos.
- 3) Músculos de la nariz 4) Orbicular de los labios,
- 5) Buccinador.
- 6) Masetero.
- 7) Mentoniano.

El acto de deglución

La deglución se considera un proceso bastante complejo. La comida, en su recorrido de la boca al esófago, atraviesa la faringe; en ésta convergen otras vías: las cavidades nasales, laríngea, esofágica y la oral. La faringe es el cruce de dos importantes líneas de paso que se intercomunican. La primera transporta el aire, y va desde la parte más interna de las cavidades nasales hasta la laringe y, de aquí, hasta los pulmones para fortalecer los músculos de la laringe y lograr una mejor transportación del aire en la inspiración y espiración, funciones imprescindibles para el acto verbal. (Virot, Ma, Clanet, & Jung, 2017)

Fases de la deglución

La deglución tiene las siguientes fases, tal como se observa en la siguiente figura 1.2:

Fase Voluntaria: los alimentos pasan desde el dorso de la lengua hasta el istmo de las fauces, es regulada por la voluntad, el bolo alimenticio es empujado por acción de la lengua con la colaboración de las mejillas.

Fase faringe: El simultáneo descenso de la epiglotis y la elevación de la laringe de modo que al bolo alimenticio no le queda otra posibilidad que elegir la única vía que permanece abierta la que conduce al esófago.

Fase esofágica: También involuntaria que facilita el paso de alimento desde la faringe al estómago.

Fuente: (Villaquirán, Anatomía Humana Fisiología e Higiene Generales, 2002, pág. 237)

La deglución atípica en casos con afectaciones por PC puede originar malos hábitos tales como interposición lingual, protrusión lingual e interposición. Estos hábitos con el tiempo originan mal oclusión dental que dificultan la masticación. Tanto el comer, como el beber y el hablar dependen entre otras muchas cosas del control cefálico, y de la habilidad de controlar los músculos de la lengua, labios y los que intervienen en la respiración.

Cuando el control muscular es débil existe conflicto para aprender a masticar y a tragar. Este acto, es un proceso complicado y requiere de una coherencia muy especial desde los nervios craneales y las diferentes estructuras del Sistema Nervioso Central interconectando el tronco cerebral, la corteza cerebral y todo el sistema muscular de órganos como la boca, la laringe, la faringe y el esófago. Estos nervios a través de sus conexiones regularizan las sensaciones y movimientos relacionados con la deglución.

Cualquier anomalía que afecte la corteza cerebral, cerebro medio, cerebelo o los pares de nervios craneales, puede repercutir negativamente en la capacidad de deglutir. Si se aplican las maniobras para activar o relajar los diferentes grupos musculares afectados, siguiendo la dirección de las fibras musculares, y prestando especial atención a los puntos o zonas motoras descritas los músculos comienzan a responder a dichas maniobras.

- Presión: Fuerza aplicada a una superficie
- Deslizamiento: Desplazamiento del contacto manual en determinadas direcciones.

- Vibración: Ondas producidas por una contracción teniendo en cuenta la alineación.
- Contacto: tocar con las manos.

Toda intervención debe estar enmarcada en actividades significativas para el estudiante dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje en la educación especial y deben ser coordinadas con padres y docentes, teniendo como objetivo la habilitación o rehabilitación de la función afectada. Existen diferentes factores que se deben tener presentes al intervenir en casos de PC entre los que se indica:(Martínez, 2015)

- Factores Socioculturales: aspectos o elementos generales de la cultura que afectan el desarrollo de los procesos masticatorios y deglutorios, por ejemplo: La alimentación, el acto del habla y el lenguaje expresivo verbal. Factores Educativos: aspectos de la institución, el aula, las interacciones que afectan al alumno: ej. Programas de estudio recargados, métodos inadecuados, relación docente – alumno. Factores Familiares: aspectos propios de la familia, resignación de los padres que afecta, los procesos de masticatorios y deglutorios: por ejemplo: bajas expectativas sobre el desempeño del niño, sobreprotección. Entre los factores clínicos que complican la intervención están las crisis epilépticas que consiste en pérdida de conciencia debidas a la interrupción de una actividad eléctrica excesiva de un grupo de neuronas, contracturas graves que reducen las posibilidades de movilidad y problemas de crecimiento o del desarrollo en los niños con parálisis cerebral. (Muñoz A. M., 2014)

En la actualidad en el Ecuador existen 100 instituciones de educación especializadas fiscales que atienden a estudiantes con discapacidad en diferentes niveles educativos. En el año 2016 se implementaron 36 aulas especializadas en las instituciones educativas ordinarias en la ciudad de Guayaquil con el objetivo de brindar respuesta a niñas, niños y adolescentes con discapacidad de aquellos distritos que no contaban con IEE. (Educacion, 2015)

El modelo socioeducativo en estas instituciones apunta a un enfoque de derechos es decir que el concepto de discapacidad es el resultado de la interacción del sujeto que afronta obstáculos del medio que le impide su participación en la sociedad, por lo tanto, el proceso se centra en implementar estrategias que respondan a las necesidades educativas especiales como el plan de actividades trabajado en este caso.

Marco Conceptual

En función del uso frecuente en esta investigación de los siguientes términos, se consideran las siguientes definiciones conceptuales:

Disartria: son perturbaciones del habla causadas por parálisis, debilidad o incoordinación de la musculatura del habla de origen neurológico que ocasiona trastorno motor sobre la respiración, fonación, resonancia, articulación de la palabra y prosodia. (Darley A. y., 1969)

Espasticidad: considerada un signo clínico positivo del daño de la motoneurona superior y se asocia a enfermedades neurológicas prevalentes. (NEUROPSIQUIATRICA, 2016)

Hipercinesia: La hipercinesia, inestabilidad psicomotriz o síndrome hiperquinético, es un cuadro clínico, que inicia en la edad temprana suele aparecer alrededor de los cinco años. Clínicamente predomina la agitación psicomotora (hipercinesia desorganizada) y los trastornos de atención asociada a fatigabilidad precoz con déficit de implicación en la actividad, impulsividad y distractibilidad. (BIELSA, 2010)

Hipocinesia: se refiere a la disminución de los movimientos corporales debido a la pérdida parcial o completa por causa del movimiento pascular por consecuencia de un trastorno del ganglio basal.

Flacidez muscular: alteración de la elasticidad de todos aquellos tejidos que están constituidos fundamentalmente por tejido conjuntivo; la degeneración del colágeno y la elastina y la caída de la velocidad de recambio de estas fibras por parte del fibroblasto son los principales responsables de este problema estético directamente relacionado con el envejecimiento. (Torre.)

Según Stokes (2006) “La hemiplejía es la incapacidad de movimiento, de un lado vertical del cuerpo en el lado contrario al hemisferio afectado, cuya lesión se presenta en la vía piramidal”.

Presentación del Caso:

El estudio se enfoca en un estudiante de 7 años 8 meses, hijo único de un matrimonio de personas comunes y trabajadoras, madre de 23 años y padres de 28 años, han vivido siempre pendiente del desarrollo de su hijo. A los 4 meses de nacido es remitido para valoración al neurólogo por presentar un retraso motor en el lado izquierdo del cuerpo y en ocasiones tenía temblores; es diagnosticado con parálisis cerebral espástica, producto de una lesión cerebral, produciendo hemiplejía izquierda además de problemas con la succión, masticación, deglución y del habla entre otros. Recibió estimulación temprana hasta los 2 años. Luego de ingresar a la escuela no recibió tratamiento específico para su problemática, pues su familia carecía de recursos económicos, la madre informó que el niño se arrastraba por la casa y no caminaba, babeaba constantemente y con frecuencia se atoraba al tomar líquidos o comer, lo que preocupa a toda la familia.

CAPITULO III

3. Marco Metodológico

Para cumplir el objetivo se fundamentan en las bases teóricas existentes que sustentan el proceso de desarrollo de las praxias masticatorias y deglutorias en estudiantes con parálisis cerebral. Se analizó la situación actual con relación al desarrollo de las destrezas masticatorias y deglutorias en el estudiante con parálisis cerebral y finalmente se propone un plan de actividades centrado en elementos específicos para

potenciar la coordinación de los grupos musculares implicados en las praxias masticatorias y deglutorias.

El estudio adopta el paradigma interpretativo fenomenológico, por la manera en que se procesan los datos, su enfoque se considera cualitativo. Es una investigación no experimental con un diseño de estudio de caso único que tiene un alcance exploratorio.

Para la selección del caso se tuvieron los siguientes criterios:

Que fuera un estudiante con Parálisis Cerebral que estudiara en la institución a fin de garantizar la realización del estudio, que su asistencia fuera regular a la institución, y se necesitó que ese estudiante se encontrara en una etapa pre-lingüística en su proceso de adquisición del lenguaje. Logrando cumplir estos criterios en la selección del caso estudiado.

Métodos utilizados

Para fundamentar desde el punto de vista epistémico el objeto de estudio se utilizó la investigación documental, se consultaron archivos, registros, documentos escolares entre otros. El método científico constituyó la base del estudio, del nivel empírico se utilizó la observación participante cumplimentando esta acción mediante una guía con observaciones diarias que facilitó el proceso de análisis.

A través del método etnográfico se recogieron testimonios, fotos y videos, de los procesos observados se logró compartir durante un período de 6 meses la vida cotidiana del estudiante no solo en las actividades docentes sino en su medio familiar y observar las actividades de alimentación que permitieron caracterizar el proceso de masticación y deglución. Se llevó un registro diario de las actividades observadas, que permitió una visión integral de la problemática, se caracterizaron detalladamente ambos procesos identificando los diferentes grupos musculares afectados de acuerdo con el tipo de

parálisis cerebral diagnosticada comparando su sintomatología, así como el trastorno subsecuente de lenguaje (Disartria), se precisó en esta observación inicial el nivel de afectación de los grupos musculares implicados en ambos procesos. El estudio se realizó en un ambiente natural, libre de tensiones externas.

Se utilizó el método teórico de análisis histórico y lógico que permitió resumir brevemente la trayectoria que ha seguido el proceso educativo de niños con discapacidad en el Ecuador y específicamente en Guayaquil, para avistar futuras tendencias con relación a la atención de niños con PC.

El método analítico sintético se utilizó para descomponer el objeto de estudio en diferentes partes que permitieran la descripción exhaustiva de la sintomatología con relación a las praxias de la musculatura orofaríngea en el caso con PC seleccionado y posteriormente realizar una síntesis que fundamentara la necesidad de trabajar las praxias de la musculatura orofacial en la etapa prelingüística para potenciar el acto verbal.

Para garantizar un nivel de confiabilidad y validez del estudio se aplicó la triangulación de información aplicando la comparación constante de los datos recolectados lo que permitió descubrir nexos y relaciones entre los diferentes elementos del objeto de estudio seleccionado y la validación de expertos para comparar criterios con relación al plan de intervención propuesto.

Procedimiento de investigación

Se selecciona un estudiante matriculado en la institución en el año 2016, que presenta parálisis cerebral de tipo espástica, en el estudio de caso único la población se corresponde con la muestra. Una vez seleccionado el caso se empezó la recolección de información mediante la aplicación de la guía de observación y las entrevistas. El trabajo

se dividió en cuatro fases, la primera fase se dedicó a la consulta de documentos y búsqueda de información referente al tema estudiado, así como a la selección del caso que cumpliera los criterios de inclusión descritos anteriormente.

La segunda fase fue la recolección de información sobre el caso seleccionado para estudio y el acopio de toda la información considerada importante, vale tomar en cuenta que el estudio tuvo un breve lapso de interrupción debido a la pandemia del Covid19 y en virtud de los lineamientos sanitarios, la investigación se continuó de carácter virtual.

La tercera fase fue la conformación de las actividades del plan y comenzar la intervención para mejorar las praxias y de manera conjunta se realizó la entrevista a los padres y la aplicación del cuestionario a fin de recabar información imprescindible para el análisis y la síntesis de toda la información referente al caso de estudio.

La cuarta fase fue el proceso de validación mediante especialistas en el tema, realizada de manera virtual mediante la plataforma Zoom, efectuada el 25 de septiembre del 2020, con una duración de dos horas en las que se realizaron sugerencias interesantes al plan propuesto y se logró por parte de los participantes un consenso positivo sobre la necesidad de contar con una propuesta de cómo trabajar con casos complejos para lograr ejercitar las praxias bucofonatorias en esta etapa prelingüística. La entrevista a los padres constituyó un aporte esencial para recolectar datos necesarios relacionados a la evolución vital del caso y a las etapas evolutivas del desarrollo.

Se aplicó el cuestionario a los docentes que interactúan con el caso para medir la percepción en referencia al proceso de masticación y deglución al ingerir alimentos en horario de receso escolar, se indagó sobre lo que sentían y el grado de satisfacción y

eficacia de este proceso. Se recolectó información sobre la vida cotidiana familiar y cómo los padres percibían la relación entre la alimentación y acto verbal para que se comprendiera por parte de la familia el apoyo que se requiere para ejercitar los músculos que participan en el acto verbal. Se indagó información referente al ambiente familiar con la finalidad de fortalecer el vínculo familia-escuela-comunidad para el desarrollo potencial del niño.

Resultados preliminares

Para este trabajo se ha decidido realizar un corte a fin de mostrar los resultados obtenidos con la aplicación del plan propuesto para el desarrollo de las praxias bucofonatorias. El terapeuta de lenguaje resulta ser el principal actor dentro del equipo multidisciplinario al ser la persona encargada de planificar y organizar acciones concretas que sustentan el éxito de las intervenciones educativas en casos de alteraciones severas del lenguaje.

Situación inicial y elementos del contexto

Para establecer la situación inicial de desarrollo del caso estudiado se realiza una observación inicial con una finalidad de diagnóstica educativo durante cinco días en las sesiones de actividades áulicas. De esta forma, la autora identifica que el caso seleccionado cumplía los requisitos necesarios para el ingreso a los salones de clase vivenciando las distintas situaciones por las que pasa un alumno con Parálisis cerebral en el momento de receso escolar fundamentalmente.

Las diferentes dimensiones y factores considerados en el proceso de observación se resumen en la Tabla 3.

Tabla N. 3 *Factores de interés en el proceso de observación de la situación inicial.*

Dimensiones	Factor de interés para la información
-------------	---------------------------------------

	Alimentos que rechaza
	Tiempo que tarda en comer
	Forma en que mastica los alimentos
	Cierre de la boca al masticar los alimentos
Masticación	Salida de alimentos al exterior de la boca
	Presencia de sialorrea y babeo
	Es constante el babeo
Deglución	Controla en alguna medida el babeo
	Bebe mucho líquido durante la hora del recreo
Sonidos	Presencia de ruidos al comer
Gestos faciales	Realiza movimientos extraños al masticar alimentos
Educación	Tiene algún nivel de participación en la clase

Fuente: Elaboración propia (2020)

Después de la aplicación de la primera herramienta de investigación utilizada para el presente estudio, emerge la siguiente información obtenida a través del proceso de análisis: el estudiante rechaza los alimentos y frutas de consistencia duras, el tiempo medio dedicado a comer de este caso con parálisis cerebral oscila entre 15 y 20 minutos por comida, depende de la consistencia del alimento, lo que supone entre tres y cinco horas de dedicación a la alimentación al día.

Este tiempo puede variar en función del grado de afectación en la capacidad masticatoria y deglutoria. En las diferentes observaciones a los docentes implicados emerge una información bien interesante para la autora pues se evidencia el primer obstáculo debido que el tiempo dedicado a la atención de los niños con esta condición va en detrimento del tiempo que se le debe dedicar al resto del grupo de niños con diferentes necesidades educativas especiales, por lo que surge una nueva

interrogante no prevista por la autora en relación a la necesidad de un personal auxiliar que se encargue directamente de las actividades con el caso estudiado y que además tenga la capacitación necesaria en el complicado manejo de niños con PC y la afectación que tienen a nivel neurológico, el incompleto desarrollo de la función de masticación y coordinación necesaria para el acto de tragar solos y de manera segura.

En esta misma línea, se constata en el caso estudiado la ausencia del sellado bucal que provoca la salida de la comida por las comisuras de la boca, y el constante babeo. A lo largo de los días de observación se constató que el estudiante no interactúa con los compañeros debido a su aspecto personal sucio y húmedo por el babeo constante, en ningún momento se realiza acompañamiento permanente por parte del personal de la unidad educativa.

A esto se le agrega la falta de actividades concretas para mejorar el proceso de alimentación, fundamentalmente la masticación y la deglución y a partir del análisis surgen nuevas interrogantes referentes a cómo lograr influir en la institución la cooperación de todo el equipo docente considerando que el estudiante requiere de un trabajo sistemático y personalizado para lograr el desarrollo de las praxias bucofonatorias.

Análisis

Una vez realizada la anamnesis, la familia también proporcionó los datos sobre las características del niño y del medio social donde se desenvuelve, para así unificarla con la información de los docentes implicados en la educación del estudiante y realizar una planificación adecuada y motivante. Se hace la evaluación donde se valoró los órganos bucofonatorios en sus funciones anatómicas, funcionales, tono muscular y sensibilidad. A través de la palpación se valoró el tono muscular y con la estimulación la sensibilidad.

Labios aparentemente normales, pero con reducido cierre bucal y poco rango de movimiento que impiden retener el bolo alimenticio dentro de la cavidad bucal (parte anterior), ocasionando la salida de los alimentos de la boca; la anatomía de la lengua aparentemente es normal, pero su funcionalidad es reducida evitando retener el bolo alimenticio dentro de la cavidad bucal (parte posterior), poca fuerza para la elevación lingual lo que impide el completo adosamiento de la lengua al paladar. Disminución del movimiento velar produciendo el paso adelantado del bolo alimenticio a la faringe.

Discusión de los resultados

Toda la información recolectada en relación al caso revela que cuando se logra un adecuado nivel de interactividad familia - escuela- comunidad, se pueden obtener logros perceptibles en el trabajo con estos casos complejos en los que se necesita una enorme motivación y sacrificio incluso del tiempo libre para apoyar y orientar a la familia en el adecuado manejo desde la intervención educativa. La familia es un pilar fundamental para que el automatizando de los movimientos bucofonatorios tenga el éxito esperado, por ello desde la entrevista, se estableció quien dará el apoyo en casa.

La familia tenía la función de ejecutar diariamente los ejercicios respiratorios, posturales, las praxias y los masajes sobre los músculos afectados que interviene en la masticación y deglución, además de observar que el niño los automatice y los use en su vida diaria. Para decidir qué actividades deben responder a las necesidades educativas especiales de los niños con PC dentro del Aula especializada es necesario que los maestros tengan la formación ideal para este trabajo en beneficio del educando y la colaboración siempre que se pueda de un miembro de la familia.

Proceso de Intervención

Con relación al plan de actividades propuesto se considera que a partir de esta acción se tome conciencia de la necesidad de trabajar primero en el control de la postura-control de la cabeza, relajación, respiración, coordinación muscular de acuerdo a las diferentes maniobras propuestas y una vez logrado, la ejercitación en el control de la sialorrea (babeo) proceder a la coordinación de los ejercicios específicos: labios, bucinadores, lengua (praxias linguales), articulación temporo mandibular, ejercicios de cierre glóticos y suprahioideo como premisas importantes de la etapa prelingüística.

Se considera que el plan de actividades propuesto con la participación de escuela, familia y comunidad es coherente con las necesidades identificadas y puede aportar orientaciones a seguir para el trabajo con niños que presentan PC de tipo espástica con las características del caso estudiado.

CAPITULO IV

Resultados

De la aplicación del cuestionario a los docentes, se evidencia las falencias que ellos tienen, como se expone en el gráfico 1:

Gráfico 1. Alimentos que come el estudiante



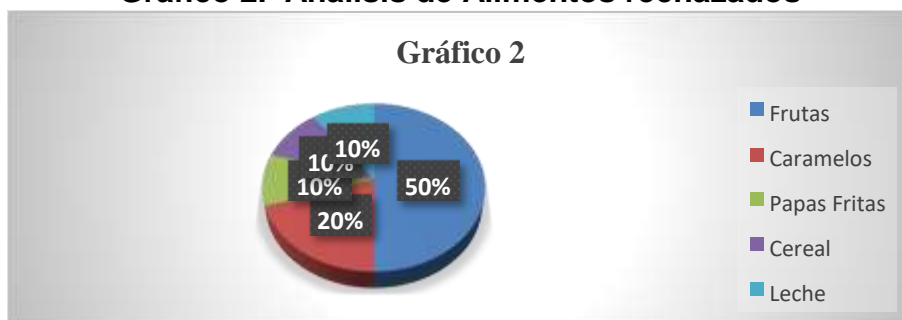
Fuente: Elaboración propia (2020)

Se aprecia que la ingesta de alimentos del estudiante que consume con agrado

es el siguiente: 30 % tanto de pan como de tortilla, el 20 % es de yogurt, y el 10 % ingiere tortilla y galletas. Esta es la base de su alimento que a referencia de los padres de familia el mencionado estudiante se alimenta a diario.

En cuanto a ¿Cuáles son los alimentos rechazados?, las respuestas se mostraron de la forma siguiente:

Gráfico 2. Análisis de Alimentos rechazados



Fuente: Elaboración propia (2020)

Frente a este ítem, los docentes refieren que los estudiantes con PC no comen fruta con un 50%, caramelos 20%, Papas fritas 10%, cereal 10%, leche 10%. Si bien es cierto, muchos de ellos no constituyen una alimentación apropiada, es necesario la ingesta de lácteos en mayor proporción al igual que los cereales. En referencia al tiempo que se utiliza para la comida, sus respuestas fueron:

Gráfico 3. Tiempo que tarda en comer

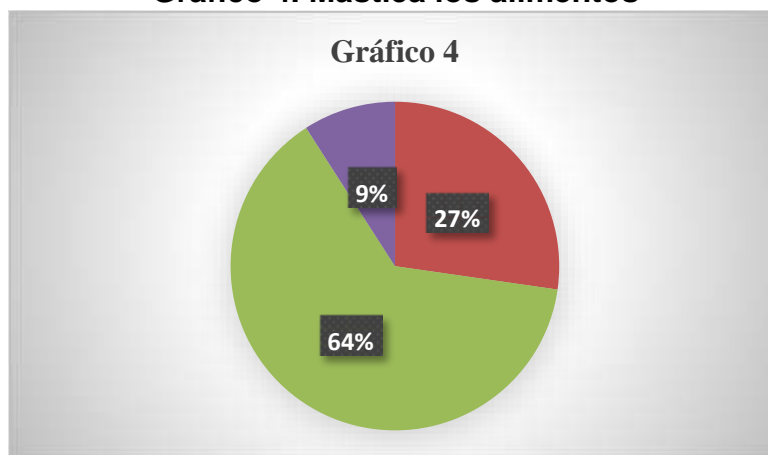


Fuente: Elaboración propia (2020)

La mayor parte del receso es utilizado para comer, refiriéndose de la siguiente manera, el 40% demora 15 minutos, el 30% tarda 20 minutos, el 20% tarda

10 minutos y el otro 10% tarda 30 minutos, lo que no permite que disfruten de otras actividades recreativas que les proporcione autonomía. Esto se debe a que no hacen el proceso adecuado al ingerir los alimentos, es decir, masticarlos y formar un bolo alimenticio apropiado, sino más bien no lo hacen como se refiere en el gráfico 4:

Gráfico 4. Mastica los alimentos



Fuente: Elaboración propia (2020)

La masticación el 64 % no lo hace, el 27% si mastica y el 9% dice que tal vez mastiquen los alimentos, lo que produce molestias en las funciones digestivas y además para el correspondiente proceso del habla.

Gráfico 5. Hace ruidos al comer



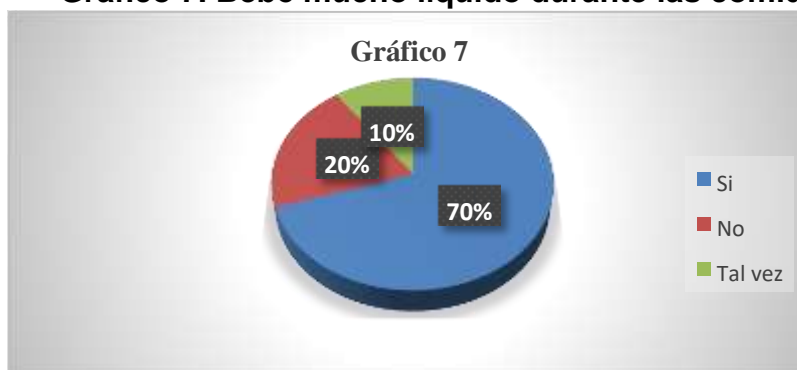
Fuente: Elaboración propia (2020)

Los procesos propios y regulares de la alimentación, por su condición de PC, demanda mucho esfuerzo por lo que genera además que realicen ruidos mientras lo hacen. Para este aspecto los docentes indicaron que el 60% hacer ruido, 16,7 % tal vez y el 16,7 % no hacen ruidos mientras comen.

Gráfico 6. Realiza movimientos extraños al masticar

Fuente: Elaboración propia (2020)

Debido a su condición de PC, realizan ciertos movimientos involuntarios lo que genera que también hagan extraños gestos mientras mastican. A continuación, este gráfico indica que el 60 % realiza movimientos extraños y el otro 40% no los realiza. Este proceso, también incide en la cantidad de líquido que beben durante el proceso de alimentación, que como se observa en el gráfico 7 el 70% de los estudiantes bebían mucho líquido mientras comían, el 20% no y el otro 10 tal vez.

Gráfico 7. Bebé mucho líquido durante las comidas

Fuente: Elaboración propia (2020)

En el gráfico 8 se muestra que durante la alimentación los estudiantes con PC, tienen un problema al masticar, pues el 90 % de los estudiantes se le sale la comida por la comisura de los labios y el 10% restante no, según refieren los docentes.

Gráfico 8. Al masticar, se le sale la comida por la boca.



Fuente: Elaboración propia (2020)

Gráfico 9. Cierra la boca para masticar los alimentos



Fuente: Elaboración propia (2020)

En función de lo expuesto anteriormente en los otros ítems, esta es otra de la problemática de los estudiantes con PC, pues en el aspecto de comer con la boca cerrada 60% respondieron que no, y el 40% restante respondieron que si cerraban la boca al momento de masticar los alimentos. Pero esto no es solo en el momento de la ingesta de alimentos, sino que se observa aun en reposo, tal como se grafica en el número 10, el 80% la mantiene abierta frente a un 20% que en estado de reposo la tiene cerrada.

Gráfico 10. En reposo tiene la boca abierta o cerrada

Fuente: Elaboración propia (2020)

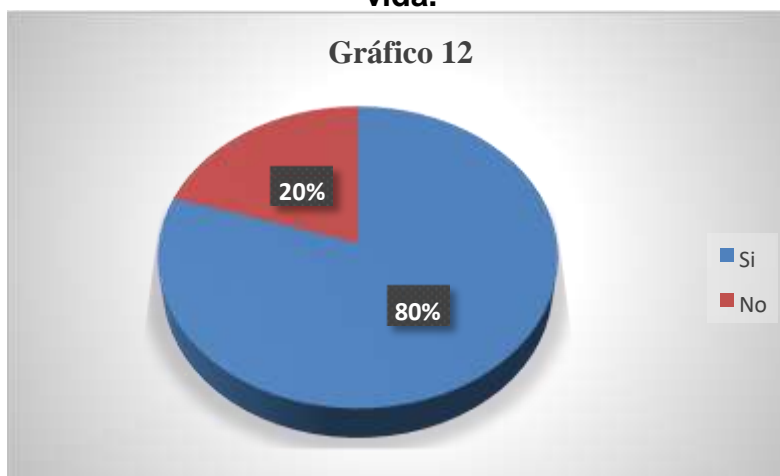
Como consecuencia de lo antes expuesto, el estudiante permanentemente babea tal como se refiere en el siguiente gráfico 11, el 90% de ellos lo hace mientras que apenas el 10% no lo realiza.

Grafico 11. Babea

Fuente: Elaboración propia (2020)

Al preguntar si se considera que los procesos de masticación y deglución, alteran la calidad de vida de los estudiantes con PC, los docentes consideran que efectivamente si el 80% y el 20% que no; incidiendo en mermar actividades que pueden mejorar sus condiciones a nivel personal, social y familiar.

Gráfico 12. La alteración en la masticación y deglución merma la calidad de vida.



Fuente: Elaboración propia (2020)

La problemática de los estudiantes con PC, se incrementa por el desconocimiento de los docentes de un programa para mejorar la masticación y deglución tal como está graficado en el número 13, el 90% de los docentes no conocen de un programa que mejoren la masticación y deglución de los estudiantes con parálisis cerebral, tan solo un 10% reflejan que sí.

Gráfico 13. Conoce un programa para mejorar la masticación y deglución.



Fuente: Elaboración propia (2020)

Como es de esperarse, al desconocer de un programa para mejorar la masticación y la deglución, es bajo el porcentaje de actividades aplicadas para su desarrollo, tal como se evidencia en el gráfico 14, tan solo el 10% ha recibido atención y en un porcentaje mayoritario no con 90%.

Gráfico 14. Ha aplicado algún programa para mejorar la masticación y la deglución.



Fuente: Elaboración propia (2020)

Como efecto del desconocimiento de un programa de estrategias masticatorias y deglutorias, se les preguntó a los docentes si consideran que es necesario, por lo que sus respuestas fueron, 10% opinan que no, pero de forma mayoritaria el 90% opinó sobre la importancia del mismo y su aplicación.

Gráfico 15. Es necesario que se desarrolle un programa de estrategias masticatorias y deglutorias.



Fuente: Elaboración propia (2020)

Discusión

Toda la información recolectada en relación con el caso revela que cuando se logra un adecuado nivel de interactividad familia - escuela- comunidad, se pueden obtener logros perceptibles en el trabajo con estos casos complejos en los que se necesita una enorme motivación y sacrificio incluso del tiempo libre para apoyar y orientar a la familia en el adecuado manejo desde la intervención educativa.

Validación de la propuesta de plan de actividades para desarrollar las destrezas masticatorias y deglutorias en estudiantes con parálisis cerebral espástica.

Una vez conformado el plan de actividades se convocó un grupo de especialistas considerados expertos en el tema para su validación, procedimiento útil ante escenarios de incertidumbre en los que mediante la obtención de sus opiniones dan un nivel de confiabilidad a la propuesta realizada.

Tabla N. 4 Grupo de especialistas considerados expertos en el tema.

NOMBRES	TITULO	AÑO DE EXPERIENCIA
Dr. José Granoble	Médico Pediatra	10 años
Lcda. Gabriela Ortiz	Master en Educación Especial	15 años
Msc Graciela Ferioli	Magister en Educación Especial	35 años
Msc. Beatriz García Pluas	Magister en Educación Especial	25 años
Mg. Fresia Rodríguez	Magister en Educación Especial	29 años
Mg. Chavely Macías Ortiz	Master en Educación	10 años
Mg. Estefanía León	Master en Educación Especial	12 años
Lcda. Grecia Valencia	Posgradista en Deglución y masticación	30 años
Lcda. María Belén Salazar	Licenciada Terapia de lenguaje	10 años

Fuente: Elaboración propia (2020)

Se aclara que no se va a utilizar el método de expertos, sino que se va a procesar mediante técnicas de análisis del discurso las opiniones, los criterios con relación a la propuesta del plan de intervención educativa para un caso de PC de tipo espástica en la etapa de desarrollo prelingüístico. Sin que esto implique algún tipo de procesamiento estadístico para interpretación de los datos.

Los participantes del grupo de experto tenían conocimiento sobre parálisis cerebral y las alteraciones que produce en las funciones orofaciales. Se ejemplifica algunas de las opiniones de estos especialistas con relación al plan de actividades propuesto.

“El pediatra indica que los niños con parálisis cerebral generalmente llegan a emergencia broncoaspirado debido a su problema de masticación y deglución y en ocasiones pierden la vida o quedan con un cuadro grave de neumonía”, si se aplica el plan de actividades masticatorias y deglutorias a los estudiantes con parálisis cerebral en las escuelas se contribuiría en gran manera con esta problemática.

“Indicaba la master en educación que los estudiantes con PC mejorarían su aspecto personal si los padres de familia y docentes aprenden y aplican el plan de actividades propuesto”

“Los especialistas expresan que se está iniciando la aplicación de técnicas de masticación y deglución con los neonatos del área de UCI y los niños que asisten a la consulta externa del área de terapia de lenguaje, pero decían que este proceso no tiene continuidad ya que los padres no tiene conocimiento de las actividades específicas que deben reforzar en casa con sus hijos para continuar con la fase de desarrollo de las destrezas antes mencionadas; ya que esto también favorece la adquisición de lenguaje expresivo oral.”

También recomendaron que se debe preparar a la comunidad educativa dándoles a conocer de qué forma orientar, enseñar y corregir las formas inadecuadas de comer, y sentarse que adoptan los niños con parálisis cerebral espástica. Referían que los ejercicios miofuncionales, realizados con niños con parálisis cerebrales para mejorar su masticación y deglución funcionaban si se los realizaban de manera constante, pero que no hay un programa de acción específica que puedan entregar a los padres o cuidadores para que puedan realizar en la casa o escuela.

Desde su experiencia consideraban que es necesario implementar un plan de actividades que puedan ayudar a desplegar las destrezas masticatorias y deglutorias. Por lo que considera de gran importancia la elaboración de un plan de actividades que

mejore estas destrezas y a la vez desarrollaría el lenguaje oral y mejoraría la calidad de vida.

Como se ha declarado en la metodología el análisis de triangulación mediante el método comparativo constante establece similitudes, diferencias, descubre nexos de relación y patrones en la información procesada que pueden constituir un referente para otras investigaciones en esta misma línea con mayor cantidad de casos.

El presente capítulo presenta la propuesta de solución al problema planteado, nombrándolo como un plan de actividades que desarrollen las destrezas masticatorias y deglutorias en los niños con parálisis cerebral de las Aulas Especializadas de la Unidad Educativa Fiscal Dolores Cacuango perteneciente al Distrito 09D07 para desarrollar el acto del habla.

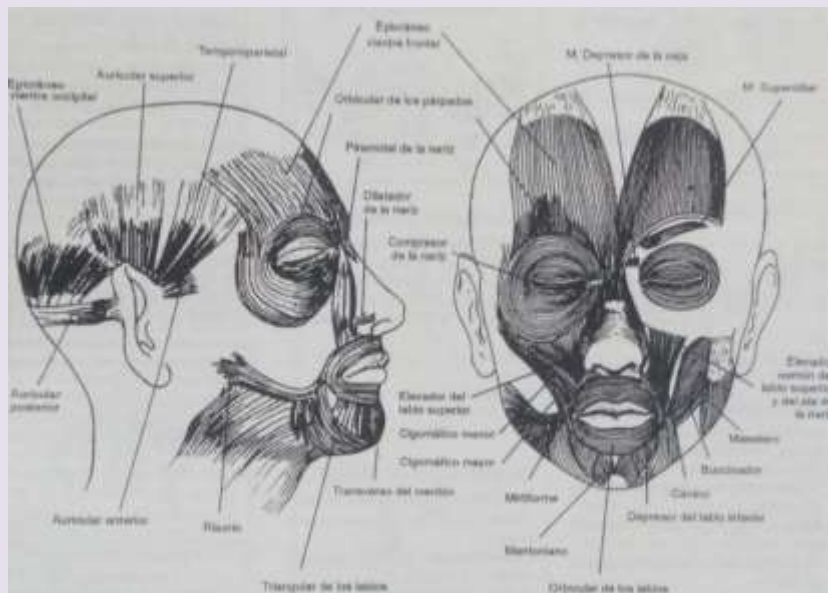
Objetivos a alcanzar con la propuesta

Los objetivos del plan se establecen en función a la evaluación y diagnóstico, realizado con la finalidad de regular en la medida posible las alteraciones de la musculatura bucofonatorias, tono muscular, los movimientos de labios, lengua y paladar blando, para desarrollar el acto del habla y/o lenguaje expresivo verbal. La actividad se aplicará teniendo en cuenta las variaciones posturales, sensoriales, anatómicas y funcionales del niño.

Modelo del Plan de Actividades





Plan de actividades para desarrollar las destrezas masticatorias y deglutorias en los niños con parálisis cerebral espástica.




Elaborado: Lcda. Alba Lavanda Saavedra
Msc. Lucia Vega Castro

ACTIVIDAD No 1

POSICIONAMIENTO

OBJETIVO	Desarrollar un adecuado control de la cabeza y el tronco para suscitar una contracción muscular en las funciones bucofonatorias.
DESTREZA	Control Postural
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentado con el cuerpo inclinado en un ángulo de 90 ° y la cabeza en posición neutral, los brazos apoyados sobre las piernas y los pies apoyados sobre el piso; se realiza una inspiración nasal y espiración nasal para relajarlo.  <ol style="list-style-type: none"> 2. Colocar una pelota de tamaño mediano debajo del pie y lo hacemos rodar en distancia cortas para relajar su cuerpo (repetirlo 3 veces en cada pie).  <ol style="list-style-type: none"> 3. Ponerse de pie y tratar de caminar en puntilla con ayuda.
MATERIALES	Silla Pelotas con diferentes texturas
TIEMPO	10 – 15 minutos Repetirlo 3 veces de cada lado.
OBSERVACIONES	Tratar de evitar que el estudiante haga otros movimientos involuntarios.

ACTIVIDAD No 2
RELAJACIÓN

OBJETIVO	Disminuir la tensión muscular.
DESTREZA	Mejorar la atención e incrementar la concentración.
PROCEDIMIENTO	<p>Le pedimos al niño que tome aire por la nariz, luego le indicamos haga una breve pausa y saque el aire por la boca, mientras toma el aire le pedimos que imagine que es un globo que se infla y se infla al tomar el aire por la nariz y va llenando las mejillas de aire. Y lo desinfla sacando el aire por la boca.</p> 
MATERIALES	<p>Lugar ventilado y agradable.</p> <p>Música de fondo suave.</p> <p>Silla confortable.</p>
TIEMPO	Entre 5 y 10 minutos.
OBSERVACIONES	Mirar que el niño no se distraiga.
ACTIVIDAD No 3	
RESPIRACIÓN	
OBJETIVO	Aumentar la capacidad respiratoria y reforzar el aprendizaje de una correcta respiración.

DESTREZA	Respiración Nasal
PROCEDIMIENTO	<p>Pedimos al niño que tome aire por la nariz (inspiración), luego que contenga el aire para luego sacarlo por la nariz (expiración). Se puede colocar bolitas de algodón sobre la mesa de trabajo y le pedimos al niño que tome aire por la nariz, haga una breve pausa y bote el aire por la boca soplando las bolitas de algodón.</p> <p>El ejercicio se puede realizar con pelotas de pin pon, papelitos de colores. etc.</p>
MATERIALES	<p>· Algodón.</p> <p>Papelitos de colores.</p> <p>Mesa.</p> <p>Pelotas pequeñas o de pin pon.</p>
TIEMPO	Repetir 3 veces cada ejercicio, realizamos un breve descanso cada 3 ejercicios.
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/> <hr/>

ACTIVIDAD No 4	
MIMICA FACIAL	
OBJETIVO	Mejorar los movimientos de los músculos orofaciales.

DESTREZA	Realizar mímicas.
PROCEDIMIENTO	<p>Colocamos al niño delante de un espejo le explicamos lo que se va a hacer y le pedimos que trate de realizar las mímicas que nosotros hacemos:</p> <p>Levantar las cejas – arrugar las cejas.</p> <p>Guiñar un ojo.</p> <p>Poner boquita oso.</p> <p>Sonreír.</p> <p>Hacer cara triste, asustada, enojada, feliz etc.</p> <p>Si se le dificultad al niño realizar lo ayudamos con nuestras manos a realizar el movimiento.</p>
MATERIALES	<p>Espejo.</p> <p>Guante.</p> <p>Silla adecuada.</p>
TIEMPO	Entre 5 y 10 minutos.
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/>
ACTIVIDAD No 5	
EJERCICIO DEL VELO DEL PALADAR	
OBJETIVO	Ejercitar el paladar blando, istmo de los fauces y correctamente el parte posterior lingual, para que se produzca correctamente el reflejo deglutorio.

DESTREZA	Deglutir.
PROCEDIMIENTO	<p>Sentado en la posición correcta pedimos al estudiante que bostece.</p> <p>Luego pedimos que emita sonidos nasales.</p> <p>Emisión de sonidos guturales fuertes.</p> <p>Hacemos gárgaras.</p> <p>También puede estimular con hielo envuelto en una gasa (estimulación térmica).</p> <p>La estimulación vibratoria podría ser con un cepillo para diente, se estimula el velo del paladar partiendo desde la úvula hacia el lateral del velo del paladar, primero de un lado y después del otro lado.</p>
MATERIALES	<p>Guantes, Agua, Hielo.</p> <p>Baja lengua.</p> <p>Cepillo para dientes (cepillo de bebe).</p>
TIEMPO	3 series de 5 estimulaciones a cada lado.
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/> <hr/>

ACTIVIDAD No 6	
MASTICACIÓN	
OBJETIVO	Estimular y fortalecer la función masticatoria.

ESTRATEGIA	Ubicación del alimento I.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se introduce la comida con una baja lengua a través de la comisura de los labios y la colocamos en los laterales (carrillo). 2. Con el baja lengua introducimos la comida a través de las comisuras de los labios y la colocamos en el molar durante cada comida, guiamos el movimiento de apertura y cierre mandibular con los dedos: el dedo medio se lo coloca en el piso de la boca, el dedo índice se coloca lateralmente a lo largo del cuerpo de la mandíbula y el dedo pulgar sobre el mentón, mientras que el dedo medio y pulgar ejerce presión sobre la articulación y la mandíbula para producir el movimiento. 3. Intercambiar los alimentos de los lados, iniciando por el lado con menor función o preferencia.
MATERIALES	<p>Guantes.</p> <p>Baja lengua.</p> <p>Comida semisólida.</p>
TIEMPO	<p>15 – 20 minutos.</p> <p>3 Sesiones con 3 movimientos de cada lado</p>
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/>

ACTIVIDAD No 7	
MASTICACIÓN	
OBJETIVO	Estimular los movimientos de traspaso.
ESTRATEGIA	Ubicación del alimento II

PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingresa alimento en la parte central de la boca para facilitar la transferencia voluntaria, también se puede incorporar texturas para facilitar el proceso y/o mezclar con alimentos pegajosos para la conciencia sensorial oral. 2. Se coloca una galleta en la parte central de la lengua para comenzar con mordida central de los alimentos para reforzar el movimiento masticatorio.
MATERIALES	<p>Guantes. Baja lengua o cuchara. Alimentos semisólidos.</p>
TIEMPO	20 - 25 minutos
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/>

ACTIVIDAD No 8	
MASTICACIÓN	
OBJETIVO	Disminuir la hipersensibilidad táctil para que el niño permita la estimulación en la cavidad oral y la función de masticatoria.
ESTRATEGIA	Estimulación Sensorial I

PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masaje gingival desde los dientes frontales hasta el área molar. 2. Se introduce el dedo por la comisura de los labios y damos masajes en la cara interna de las mejillas. 3. Se lleva el dedo al vestíbulo labial superior e inferior y realizamos movimientos circulares pequeños con la yema de los dedos en las encías. <p>Contamos hasta 10 mientras realizamos cada ejercicio. Podríamos utilizar masaje digital o herramienta motora oral.</p>
MATERIALES	Guantes.
TIEMPO	10 – 15 minutos
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/>

ACTIVIDAD No 9	
MASTICACIÓN	
OBJETIVO	Facilitar el cierre del labio, la lateralización de la lengua y la masticación rotatoria para inhibir el empuje lingual y disminuir la hipersensibilidad táctil y estimular la función de masticar.
ESTRATEGIA	Estimulación Sensorial II

PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se introduce el dedo en la boca a través de la comisura y procedemos a darle masaje en la encía en dirección horizontal: de anterior a posterior 2. Realizamos el ejercicio de manera profunda y rápida 3. Se puede aplicar los masajes primero suave y luego lentos, iniciando por el lado de mayor sensibilidad o hipersensible. <p>Se puede mezclar con estímulos sensoriales de ser necesario (sabores y texturas).</p>
MATERIALES	Guantes.
TIEMPO	10 -15 minutos
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/> <hr/>

ACTIVIDAD No 10	
MASTICACION	
OBJETIVO	Entrenar y fortalecer la función masticatoria para brindar mayores oportunidades para desarrollar las habilidades deglutorias.
DESTREZA	Fase I Praxias Mandibulares

PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Iniciar con un sorbete solo, con alimento y luego introducir los tubos masticatorios. 2. Realizar movimientos laterales con el tubo masticatorio (silicona), ejecutando la función de masticación
MATERIALES	Silicona en barra Guantes
TIEMPO	15 a 20 minutos
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/>

ACTIVIDAD No 11	
MASTICACION	
OBJETIVO	Fortalecer la función masticatoria para desarrollar el acto del habla.
ESTRATEGIA	Fase II Praxias Mandibulares

PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abrir la boca – cerrar la boca. 2. Morder el labio inferior con los dientes superiores – morder el labio superior con los dientes inferiores. 3. Colocar los dientes de arriba delante de los de abajo – colocar los dientes de abajo delante de los de arriba. 4. Mandíbula a la derecha – mandíbula a la izquierda. 5. Masticar aire por la derecha – masticar aire por la izquierda.
MATERIALES	Guantes.
TIEMPO	15 – 20 minutos.
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/>

ACTIVIDAD No 12	
PRAXIAS LABIALES	
OBJETIVO	Aumentar la fuerza orbicular.
ESTRATEGIA	Cierre bucal.

PROCEDIMIENTO	<p>Llevar los labios juntos hacia adelante (boquita de oso).</p> <p>Distender los labios en una sonrisa.</p> <p>Llevar los labios juntos hacia la derecha – izquierda.</p> <p>Apretar fuerte los labios.</p> <p>Dar besitos.</p> <p>Hacer vibrar los labios.</p> <p>Silbar.</p> <p>Pronunciar los fonemas m, p, b.</p>
MATERIALES	<p>Guantes.</p> <p>Alcohol.</p>
TIEMPO	15 – 20 minutos.
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/>

ACTIVIDAD No 13	
PRAXIAS LINGUALES	
OBJETIVO	Mejorar la velocidad y coordinación de la lengua.
DESTREZA	Praxias Linguales.

PROCEDIMIENTO	<p>Sacar y guardar la lengua.</p> <p>Llevar la lengua a la derecha – izquierda.</p> <p>Mover la lengua hacia arriba – abajo.</p> <p>Rotación de la lengua.</p> <p>Recorrer el paladar.</p> <p>Empujar los carrillos con la lengua derecha – izquierda.</p> <p>Chasquido.</p> <p>Vibrar la punta de la lengua.</p>
MATERIALES	<p>Baja lengua.</p> <p>Guantes.</p> <p>Alcohol.</p>
TIEMPO	15 – 20 minutos.
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/>

ACTIVIDAD No 14	
DEGLUCION DE LIQUIDO	
OBJETIVO	Mejorar la succión.
DESTREZA	Succionar con un menor grado de dificultad.

PROCEDIMIENTO	<p>Se pide al niño que succione el líquido que se encuentra en la jeringuilla mientras la sostiene con los labios, a medida que lo va realizando se aumenta la cantidad de líquido y se va variando el espesor, (yogurt, gelatina).</p> <p>Se solicita al niño que succione con un sorbete líquidos de diferentes consistencias de forma continua y luego haciendo pausa.</p>
MATERIALES	<p>Guantes.</p> <p>Alcohol.</p> <p>Jeringuilla.</p> <p>Agua.</p> <p>Yogurt.</p> <p>Gelatina.</p>
TIEMPO	Entre 10 y 20 minutos.
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/> <hr/>

ACTIVIDAD No 15	
DEGLUCION DE SOLIDOS	
OBJETIVO	Automatizar en lo posible una correcta deglución.
DESTREZA	Deglutir.

PROCEDIMIENTO	<p>Beber agua de un vaso y colocar la lengua arriba con el ápice en los pliegues palatinos, lo que se va tragar quedara entre la lengua y el paladar.</p> <p>Mantenerse en esa posición hasta recibir la consigna de tragar.</p> <p>Pedirle que trague sin perder la posición.</p>
MATERIALES	<p>Vaso.</p> <p>Agua.</p> <p>Guantes.</p>
TIEMPO	Entre 10 y 20 minutos.
OBSERVACIONES	<hr/> <hr/> <hr/>

Conclusiones

Por medio de las investigaciones realizadas, se fundamentó el presente estudio de caso, verificando la necesidad de realizar actividades desde los espacios áulicos para estudiantes con PC, que deben ser replicados en casa por la familia, con la finalidad de desarrollar y mejorar la masticación y la deglución.

Al realizar los procesos de diagnóstico en los estudiantes con PC en estudio, se evidenció una serie de situaciones no apropiadas como el babeo, la ingesta de comida de forma no apropiada, la constante apertura de su boca aun en estado de reposo, que afectaba su calidad de vida, lo que hacía que su entorno no sea agradable para ellos.

Los recursos necesarios tanto materiales como humanos son imprescindibles para lograr el desarrollo masticatorio y deglutorio en los estudiantes con PC, la autogestión se vuelve imprescindibles cuando las instituciones educativas no pueden solventar económicamente estas necesidades para el bienestar de estos estudiantes.

La estructura de un plan de actividades para hacer un compendio de acciones consensuadas por el equipo multidisciplinario, tomando en consideración los recursos que se tienen, así como la metodología que debe ser tanto general como específica si el caso lo requiere. Estas deben ser estructuradas en función del tiempo y de los logros que se deseen obtener.

De los resultados del cuestionario aplicado se constata el escaso conocimiento por parte de los docentes de conocimiento de un plan de actividades que permitan el desarrollo de las destrezas de masticación y de la deglución, por lo que se elaboró el correspondiente plan para ejecutar con los estudiantes con PC, logrando fortalecer esos procesos con los ejercicios continuos.

Para validar el plan, la oportuna intervención de los padres de familia, como parte del proceso de triangulación fue muy necesaria. Por lo que este proceso conlleva un seguimiento y posterior evaluación de los estudiantes con PC.

Referencias

796, A. N. (Martes, 25 de septiembre de 2012). Ley Organica de Discapacidades. *Asamblea Nacional del Ecuador*. Quito, Ecuador: Nacional.

a, A. C.-S. (s.f.). a,

A. C.-S. (2007).

BIELSA, A. Y. (2010). NEURO PSICOLOGIA INFANTIL DEL DESARROLLO. *DIANET*, 14.

Darley, A. y. (1969). *Analisis acustico de los parametros duracionales de las disartias Neurologicas*.

Darley, A. y. (1969). *La disartia*.

Divito, M. I. (s.f.). EDUCACIÓN ESPECIAL Y COMUNICACIÓN. UNA NUEVA MIRADA DE LAS PRACTICAS DOCENTES. *Revista Educaciony Pedagogia*.

Dra. Carolina Garcia, L. P. (s.f.). Guías clínicas para la alimentación en pacientes con trastorno de la deglución .

Educacion, M. d. (21 de abril de 2015). Instituciones de Educación Especializadas. *El telegrafo*.

El Plan Nacional del Buen Vivir. (2017 - 2021).

<https://www.iml.es/tratamientos-corporales/>. (2017). *MORENO Y ROYO DE LA TORRE*.

Obtenido de TRATAMIENTO PAA FORTALECER LA FLACIDEZ ABDOMINAL.

Hurtado, I. L. (2007). Paralisis cerebral. Actualizacion del concepto, diagnostico y tratamiento. *Pediatrica integral*.

La Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA-1999), establecen un marco normativo amplio y suficiente para la garantía y ejercicio de sus de derechos. (s.f.).

La Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU-2006) . (s.f.).

Ley Orgánica de Discapacidades (2012) y su Reglamento. (s.f.).

Luis Salina, A. N. (2010). Caracterización clínica y evolución tras la intervención terapéutica de trastornos de deglución en pacientes pediátricos hospitalizados. *Revista de Neurologia*.

Luis Salinas-Valdebenito. (s.f.). Caracterización clínica y evolución tras la intervención terapéutica de trastornos de deglución en pacientes pediátricos). *Neurologia*.

Macarena, N. P. (s.f.). Adquisición del lenguaje. El principio de la comunicación. *AUCE*.

Maritza Menendez, L. P. (2016). Propuesta Pedagógica. Guayaquil.

MINEDUC. (2017 -2018). *Modelo de gestión y atención para estudiantes con NEE asociadas a la discapacidad de instituciones de educación especializadas*. Quito-Ecuador.

Monica Bartuilli, P. J. (1984). *Guía Técnica de Intervención Logopédica Terapia Miofuncional*. España: Síntesis S. A.

Morales, R. C. (1998). *Método para la rehabilitación neuromotora*.

Muñoz, A. M. (2011). La parálisis Cerebral.

Muñoz, A. M. (2014). Parálisis Cerebral.

Nacionales, A. (Marzo 2002). *Anatomía Humana*.

NEUROPSIQUIATRICA, R. C. (2016). REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA POR MEDIO DE LA TERAPIA DE LA RESTRICCIÓN. 144.

OMS. (2001). *OMS Discapacidades*. Recuperado el 28 de mayo de 2016, de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

ONU. (2013). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Ginebra.

Pablo, M. N. (s.f.). Adquisición del lenguaje. el principio de la comunicación.

Parálisis cerebral Infantil: definición, clasificación a través de la historia. (2014). *Revista Mexicana de Ortopedia pediátrica*.

Piaget. (1965). *El lenguaje y el pensamiento*. Buenos Aires: Paidós.

Rodríguez, V. A. (2017). Funciones ejecutivas y lenguaje en subtipos de niños con trastorno específico del lenguaje.

Rodriguez, V. A. (s.f.). Funciones ejecutivas y lenguaje en subtipos de niños con trastorno específico del lenguaje.

Salas. (2009). 27.

Sobotta, T. d. (2001). *Atlas de Anatomia Humana*. Madrid: Panamericana.

Torre., D. J. (s.f.). FLACIDESMUSCULAR . 10.

Universo, E. (05 de julio de 2020). La parálisis Cerebral. pág. pp 3.

Velazque, R. R. (2016). Problemas de lenguaje en niños con parálisis cerebral. *doi, org*.

Villaquirán, M. C. (2002). *Anatomia Humana Fisiología e Higiene Generales*. Quito: Panorama.

Villaquirán, M. C. (2002). *Anatomía Humana Generalidades* . Quito: Panorama.

Viro, E., Ma, G., Clanet, C., & Jung, S. (2017).

Yadira Lorena Grijalva Orna, Adriana Vanessa Pupiales Arellano. (2014). *Aplicación del Método de Castillo Morales en niños con Parálisis Cerebrales Infantil Espástica con edades entre 0 a 5 Años que asisten al Instituto de la Niñez y la familia (INFA) de la ciudad de Ibarra en el periodo 2013-2013*.

ANEXO

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

1.1 Antecedentes Personales

Nombres y Apellidos: Murillo Daniel Michan Castillo Escolaridad: 1^{er}
Fecha de nacimiento: 25-10-2010 Edad: 5 años
Motivo de consulta: problema de lenguaje Teléfono:
Dirección Domiciliaria: Castro Páez Fecha de Evaluación: Noviembre/2016
Diagnóstico Clínico: P.C.T. 757 Fines (CIVE)

Nombre del Padre: Murillo Rafael Michan Castillo Edad: 38 años
Instrucción: Secundaria Ocupación: Trabajador
Lugar de Trabajo: Municipio Saquí Teléfono: Favard

Nombre de la Madre: Mrs. Balen Castillo Herrera Edad: 33 años
Instrucción: Bachiller Ocupación: Trabajadora
Lugar de Trabajo: no trabaja Teléfono:

Hermanos: NO

Nombres: — hijos unicos Edad: —
Escolaridad: — Orden: —
Nombre: —

Relación de los Padres: tenidos

Personas que viven en el hogar.

Nombre: — Edad: —
Rol Familiar: — Ocupación: —

1.1.2 Antecedentes Prenatales

Parto normal: Si Complicaciones: hipoxia neonatal
No. de partos: 1 No. de embarazos: 1
Orden del evaluado en la familia: 1

1.1.3 Antecedentes Perinatales: Recién Nacido

Duración del parto: — Peso: 2.300 mg Talla: 52 cm
Condición al nacer: — Llanto: gritos APGAR: —
Incubadora: — Cianosis: — Ictérica: — Traumatismo: —
Convulsiones: — Cuidado Intensivos: — Deformaciones: —
Dificultades para alimentarse: — Cuales: se alimentan por succión
Tipo de alimentación: líquidos & cremas & semisólidos & sólidos

1.1.4 Antecedentes Post natales

Vacunas: BCG Triple Anti-polio Anti-sarampión Otras:.....
Edad dentición: Edad alimentación sólida:
Clase de alimentos: Grado de apetencia:
Mastica los alimentos: Traga sin masticar: Come solo:
Juega: Con Quien: A que juega:
Quien cuida al niño:
Tiene lenguaje oral: Es comprensible: No. Con quien se comunica:
Cuando dijo sus primeras palabras: Cuales:
Cuando dijo las primeras frases: Cuales:
Grita para hablar: Responde a sonidos ambientales:
Cuando noto que su niño tenía problemas para comunicarse:
Ha sido examinado por algún especialista en el área del lenguaje:
A qué hora se acuesta: Se despierta en las noches:
Tiene alguna manera especial de irse a la cama:
Comparte la habitación: Con quien:
Comparte la cama: Con quien:

Tiene algún problema conectado con el sueño. No
Habla de noche No tiene pesadillas No se levanta No necesita luz No

Aseo

Se lava las manos solo No Se lava la cara solo No Va al baño solo No
Usa cepillo de dientes No Se viste solo No Se peina solo No

1.1.5 ANTECEDENTES FAMILIARES:

Materno:
Paterno: No

1.1.6 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Exámenes Físicos Neurológicos Otorrinolaringológico Audiométricos
Pruebas Psicométrías Edad mental Coeficiente intelectual

1.1.8 TRATAMIENTOS HECHOS:

Tratamiento Físico Tratamientos Psicológicos Tratamientos Psicopedagógicos

OBSERVACION

Leda. Alia Lavanda Saavedra.
Terapeuta de Lenguaje,
Responsable.

Ricardo Merdany R.

PARRISIA			CANTÓN			PROVINCIA			HISTORIA CLÍNICA		
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
Edo			1346436			EDAD			CÉDULA DE CIUDADANÍA		
2a											
SERVICIO			SALA			CAMA			PRIORIDAD		
									FECHA DE TOMA		
URGENTE			RUTINA			CONTROL					
1 ESTUDIO SOLICITADO											
R-X CONVENCIONAL		TOMOGRAFÍA		RESONANCIA		ECOGRAFÍA		PROCEDIMIENTO		OTROS	
DESCRIPCION		TAC de Cerebro 8f									
PUEDE MOVILIZARSE		PUEDE RETENIRSE VENDAS, APÓSITOS O YESOS		EL MÉDICO ESTARÁ PRESENTE EN EL EXAMEN		TOMA DE RADIOGRAFÍA EN LA CAMA					
2 MOTIVO DE LA SOLICITUD											
Epilepsia Subaguda / 1co											
3 RESUMEN CLÍNICO											
23/8/12											
4 DIAGNÓSTICOS											
CIE-10 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES											
PRE. PRESUNTIVO DEF. DEFINITIVO CIE PRE DFE											
1 FCR											
2											
3											
4											
5											
FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL		FIRMA		NÚMERO DE HOJA			

SNS-MSP / HCU-Form. 012A / 2012

IMAGENOLÓGICA - SOLICITUD

Coordinar con Anestesiología
5to piso

Cita: 09/10/2012

Hora 9:00 AM ayuna

HOSPITAL GUAYAQUIL "DR. ABEL GILBERT PONTÓN"

NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M/F)	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
Ricardo Daniel	Yrachun Castillo	M	2 años	0951346436

1. CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN	SERVICIO CONSULTADO	FECHA DE CONSULTA	DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO
	Guayaquil				

2. CUADRO CLÍNICO ACTUAL

Se refiere a un niño de 2 años, con antecedentes de parto prematuro a las 34 semanas de gestación, con diagnóstico de hipoxia neonatal, durante el nacimiento del niño.

Por lo cual se refiere al Guayaquil para la evaluación neurológica y psicológica.

A las 11:00 am con el fin de que el niño sea evaluado en el área de neurología y tener una evaluación favorable.

3. RESULTADOS DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	PREVALENCIA	PREVALENCIA	PREVALENCIA	PREVALENCIA
Retraso psicomotor				

5. PLANES TERAPÉUTICOS Y EDUCACIONALES REALIZADOS

Se solicita:

- Continuar con apoyo terapéutico.
- Medidas preventivas (vacunación, etc.).
- Medicación controlada.
- Apoyo de parte de la familia.

Dr. Ricardo Yrachun Castillo
TERAPIA DE LENGUAJE
HOSPITAL GUAYAQUIL
15/06/2012

FECHA	HORA	SIGNATURE DEL PROFESIONAL	FECHA	HORA	SIGNATURE DEL PROFESIONAL

SNS-MSP / HCL-Form-017 / 2008

INTERCONSULTA - SOLICITUD

**S.E.R.L.I.**Sociedad Ecuatoriana
Pro Rehabilitación de los Lisiados**CENTRO DE REHABILITACIÓN**

Guayaquil - Ecuador

Historia No. 10366Fecha 15 de julio de 2014Nombre: Merchán Bastien Ricardo DanielEdad: 3 añosSexo: Masculino

Tel: _____

Lugar de Nacimiento: Quito 25 de Abril del 2010Residencia Dirección: Bastien Popular

Ocupación Lugar de Trabajo: _____

Remitido por: _____

Antecedentes Familiares: _____

Antecedentes Personales: _____

INTERROGATORIO

Historia de la Enfermedad Actual Evolución: Paciente de 3 años y 4 meses de edad, pre-
juvenil, No discapacitado, Se leuto a los 2 años con síndrome de
Down. Ha pasado por Rehabilitación Fonoaudiológica, Fisioterapia
Terapéutica. Al ser niño con discapacidad física, no
aprende a caminar, no puede ir a la escuela, no puede ir a la
escuela. H. Infancia normal; Supera bien de la vida
No Hacia.

Estado Locomotor: Paralelo Central 2/4 años.

Sistema Cardiovascular: _____

Estado Respiratorio: _____

Estado Digestivo: _____

Nacionalidad	País	Código de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual	Dirección Domiciliaria	N° Telefónico
Guatemalteco	Guatemala		Casa No. 1474 Barrios Populares DC4 H269250		096700631

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales		Entidad del sistema		Hist. Clínico No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	
HSP		62271		CHISP	3	009007		
Refiere o Deriva a:		HSP		Hospital General de la Ciudad de Guatemala		Neurología		
Fecha		18		3		2014		
2. Motivo de la Referencia o Derivación:								
Limitada capacidad resolutiva			1 <input checked="" type="checkbox"/>			Saturación de capacidad instalada		
Ausencia temporal del profesional			2 <input type="checkbox"/>			Otro / Especifique:		
Falta de profesional			3 <input type="checkbox"/>					
3. Resumen del cuadro clínico								
Paciente de sexo masculino de 45 años de edad con antecedente de Hipertensión arterial leve en la infancia. Paciente con antecedentes de Epilepsia. Actualmente en tratamiento con PEG. Última consulta en el Hospital General de la Ciudad de Guatemala el 18/03/2014.								
4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos								
Examen físico: Sin alteraciones. Examen neurológico: Sin alteraciones. Examen de laboratorio: Sin alteraciones.								
5. Diagnóstico								
1. Epilepsia		F82		X				
2. Hipertensión arterial		I10		X				
Nombre del profesional		Dr. Harold Ríos		Código MSP		11063		Fecha

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales		Entidad del sistema		Hist. Clínico No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	
HSP		62271		CHISP	3	Neurología		
Contrarefere o Referencia Inversa a:		HSP		CHISP		Fecha		
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito/Área		
HSP		CHISP		3		009007		
2. Resumen del cuadro clínico								
Paciente con epilepsia en tratamiento con PEG. Última consulta en el Hospital General de la Ciudad de Guatemala el 18/03/2014.								
3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos								
Examen físico: Sin alteraciones. Examen neurológico: Sin alteraciones. Examen de laboratorio: Sin alteraciones.								
4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados								
Tratamiento con PEG. Última consulta en el Hospital General de la Ciudad de Guatemala el 18/03/2014.								
5. Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa								
1. PEG		F82		X				
2. Hipertensión arterial		I10		X				
6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad								
1- PEG de liberación prolongada								
2- Control de la hipertensión								
3- Control de la epilepsia								
Nombre del profesional especialista		Dr. Harold Ríos		Código MSP		11063		Fecha

ENSARF/PC/000/03/2013

1. KI

2. CI

3. CI

Dr. Harold Ríos
Neurología

**AULAS ESPECIALIZADAS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCAL
DOLORES CACUANGO
FICHA RESPIRATORIA**

FECHA	1era	2da	FECHA	1era	2da
Tipo Respiratorio			Forma de Labios		
Costal Superior	✓	—	Normal	✓	✓
Costo Diafragmático	—	✓	Corto		
Abdominal	—	—	Fisurado		
			Colgante		
Simetría Torácica			Frenillo		
Hipotónica			Sublingual	NO	—
Normal	✓	✓	Bucal Superior	NO	—
Hipertónica			Bucal Inferior	NO	—
Forma de Respiración					
Inspiración Nasal			Deglución	ATÍPICA	✓
Inspiración Bucal	✓	✓			
Espiración Nasal			Adenoides		
Espiración Bucal	✓	✓			
Paladar Oseo			Cualidades de la voz		
Normal			Timbre	BAJO	
Plano			Hiperrfonia		
Ojival	✓	✓	Normal		
Fisurado			Hiporrfonia		
Paladar blando			Intensidad		
Corto	✓	✓	Débil	✓	✓
Normal			Normal		
Fisurado			Fuerte		
Úvula			Tono		
Normal	✓	✓	Agudo	✓	✓
Corta			Grave		
Bífida			Bitonal		
Ausente					

Forma del Maxilar		Características de la Palabra	
Prognatismo	✓	Velocidad	
Normal		Normal	✓
Retrognatismo		Bradilalia	✓
		Taquilalia	
Movimiento del Maxilar		Resonancia	
Ascensos Descensos	lento	Nasal	✓
Adelantar Atrasar	no en proceso	Laríngea	✓
Derecha Izquierda	no en proceso	Toraxica	
Rotación	no en proceso	Abdominal	
Arcada Dentaria		Ritmo	
Normal		Normal	✓
Alterada	✓	Bloqueos	✓
Amígdalas			
Normal	✓		
Hipertróficas			
Ausentes			


 Lcda. Alba Layanda Saavedra
 Terapeuta de Lenguaje
 Reg. Sant. N°4124



AULA DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA "DOLORES CACUANGO"

ua.dolorescacuango@gmail.com
Guayaquil - Ecuador
2018 - 2019



Nombre: Ricardo Daniel Nuñez Castillo Escolaridad: 2do
Fecha de Nacimiento: Octubre, 25 del 2010 Edad: 7 años 9 meses
Diagnóstico Clínico: Parálisis Cerebral 75% Fecha de Evaluación: Agosto 2018

EVALUACION BUCOFONATORIA

	1era	2da	FECHA	1era	2da
Tipo Respiratorio	bucal		Paladar Óseo	axial	
Simetría Torácica	normal		Paladar Blando (Elevación del velo del paladar)	axial	
Forma de Respiración	normal		Frenillo Sublingual	no	
Inspiración	bucal		Frenillo Labial	no	
Espiración	bucal		Lengua		
Succión	—		Amígdalas	hipertrofia	
Tridida	abierta		Adenoides	si	
Masticación (movimientos mandibulares)			Cualidades de la voz	—	
Ascensos Descensos	si		Timbre	agudo	
Adelantar Atrasar	si		Intensidad		
Derecha Izquierda	si		Tono	bajo	
Rotación	aproximado		Característica de la Palabra	—	
Aplastamiento de los alimentos	en menor grado		Velocidad	normal	
Restos de alimentos	en menor grado		Resonancia	dentado-largo	
Lateralización de restos	si		Ritmo	normal	
Reflejo Nauseoso	si		Audición	buena	
Reflejo Tusiéno	si		Discriminación Auditiva	buena	
Deglución	atípica		Memoria Auditiva	buena	
Labios	normales		Expresiones	—	
Labios cerrados	en posición correcta		Abrir y cerrar los ojos	si	
Labios abiertos	si		Cara de sorpresa - enfado	si	
Labios secos	si		Cara feliz - enojo	si	
Dientes	bien estado		Guiño de ojo	en posición	✓
Encías	sensibles		Levantar las cejas	si	
Sialorrea	controlada cuando está regurgitando		Distender y contraer labios	con dificultad	✓

OBSERVACIONES: su masticación y babilas a mejorado, continúa lateralizando restos de comida, respiración bucal adecuada, ya presenta frases y incremento de vocabulario

Lcda. Alba Luvanda Saavedra
Terapeuta de lenguaje
Responsable



**AULA DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA
"DOLORES CACUANGO"**

ue.dolorescacuango@gmail.com
Guayaquil - Ecuador
2017 - 2018



INFORME INICIAL DE TERAPIA DE LENGUAJE

DATOS PERSONALES DE LA ESTUDIANTE

ESTUDIANTE: Ricardo Daniel Merchán Castillo

FECHA DE NACIMIENTO: 25 de Octubre del 2010

CÉD. ID: 0951346436

DIAGNOSTICO CLÍNICO: Parálisis Cerebral Infantil

DIAGNÓSTICO: Trastorno motor expresivo de lenguaje

ESCOLARIDAD: 1ero

EDAD: 6 años 11m.

CONADIS: 0951346436

DISCAPACIDAD: Física 75%

ANTECEDENTES

Menor con PCI, que presenta problema de lenguaje, deglución, alimentación, sialorrea y retraso motor.

El estudiante se expresa a través de gestos y palabras sencillas, responde a preguntas cortas.

Tiene un ritmo de trabajo lento pero se esfuerza por realizar bien las tareas.

Es un niño alegre y entusiasta en actividades lúdicas.

PRUEBAS APLICADAS

Ficha Respiratoria

Ficha Bucofonatoria

Ficha Fonatoria

TEPROSIT-R

TECAL

RESULTADOS

De la evaluación aplicada obtenemos los siguientes datos:

Su aparato buco-fonador presenta dificultad para mover sus órganos bucales.

En la articulación presentan dificultades para localizar los puntos articulatorios, sialorrea.

RECOMENDACIONES.

Terapia de lenguaje.

Terapia física.

Terapia ocupacional

Lcda. *[Firma]*
T. Pista de Lenguaje
Hoj. Cont. No 4124



**AULA DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA
"DOLORES CACUANGO"**

us.dolorescacuango@gmail.com
Guayaquil - Ecuador
2017 - 2018



INFORME FINAL DE TERAPIA DE LENGUAJE

DATOS PERSONALES DE LA ESTUDIANTE

ESTUDIANTE: Ricardo Daniel Merchán Castillo
FECHA DE NACIMIENTO: 25 de Octubre del 2010
DIAGNOSTICO CLÍNICO: Parálisis Cerebral Infantil
DIAGNÓSTICO: Trastorno expresivo de lenguaje
FECHA: Enero 2018

ESCOLARIDAD: 1ero
EDAD: 7 años 3 meses
Discapacidad: Física 85%
CÉD. ID: 0951346436

Durante este periodo se ha realizado ejercicios bucofonatorios, articulatorio para desarrollado lenguaje oral, con el apoyo del vocabulario clasificado por categorías, descripciones de láminas, frases y oraciones simples que son necesarios en el medio preescolar y familiar.

Nivel Fonológico

Realiza praxias orofaciales con dificultad.

Emite palabras pero no utiliza patrones de inflexión de acuerdo al tipo de información.

Nivel Semántico

Le cuesta realizar juegos de lenguaje mímico y onomatopéyico.

Reconoce la finalidad de los objetos y maneja vocabulario.

Recuerda experiencias vividas anteriormente.

Nivel Sintáctico

Emplea los pronombres mío, yo, tu.

Utiliza adjetivos que expresan tamaño.

Nivel Pragmática

Sigue utilizando la asimilación y la acomodación para crear estilo de lenguaje.

Utiliza las funciones del lenguaje para comunicarse y satisfacer necesidades.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda continuar con terapia de lenguaje, ya que se evidencia poca fuerza muscular en las estructuras de la cavidad bucal, poca flexibilidad, coordinación, velocidad y agilidad lo que impide que se fijen los puntos articulatorios, sin embargo ejecuta sin negación ciertos actos que están de acuerdo con su maduración motriz y nivel de crecimiento, es importante señalar además que evidencia fatigabilidad en los mismos.


Lcda. Alba Lavanda Saavedra,
Terapeuta de Lenguaje


Lcda. Maritza Menéndez M.
Coord. de las Aulas Especializadas
"DOLORES CACUANGO"
Lcda. Maritza Menéndez Mite
Coordinadora



Ministerio de
Educación
del Ecuador

**AULA DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA
"DOLORES CACUANGO"**

as.dolorescacuango@gmail.com

Guayaquil - Ecuador

2018 - 2019



INFORME QUIMESTRAL DE TERAPIA DE LENGUAJE

DATOS PERSONALES DE LA ESTUDIANTE

ESTUDIANTE: Ricardo Daniel Merchán Castillo

FECHA DE NACIMIENTO: 25 de Octubre del 2010

DIAGNOSTICO CLÍNICO: Parálisis Cerebral Infantil

DIAGNÓSTICO: Trastorno expresivo de lenguaje

ESCOLARIDAD: 1ero

EDAD: 7 años 3 meses

Discapacidad: Física 85%

1er Quimestre.

Durante este Quimestre se ha trabajado:

Ejercicios Respiratorios.

Ejercicio de Relajación.

Ejercicio de deglución y alimentación

Ejercicios Bucofonatorios.

Ejercicios Articulatorios

Ejercicios Fonatorios

Lenguaje Comprensivo

Lenguaje Expresivo

Vocabulario

Presenta palabras cortas.

Lcda. Alba Lavanda Saavedra.

Terapeuta de Lenguaje

Lcda. Alba Lavanda S.

Terapeuta de Lenguaje

Reg. Sant. No 4124

Lcda. Maritza Menéndez

Coordinadora

Ricardo Yendry P.
Representante



INFORME FINAL DE TERAPIA DE LENGUAJE

DATOS PERSONALES DE LA ESTUDIANTE

ESTUDIANTE: Ricardo Daniel Merchán Castillo
FECHA DE NACIMIENTO: 25 de Octubre del 2010
DIAGNOSTICO CLÍNICO: Parálisis Cerebral Infantil
DIAGNÓSTICO: Trastorno expresivo de lenguaje

ESCOLARIDAD: 2do
EDAD: 8 años 4 meses
Discapacidad: Física 85%
FECHA: Febrero 2019

Praxias buco-faciales.

En su aparato bucofonador se evidencian poca fuerza muscular en las estructuras de la cavidad orofacial, poca flexibilidad, coordinación, velocidad y agilidad.

Deglución

Se continúa realizando ejercicios de masticación y deglución

Ejercicios de discriminación auditiva.

Se trabajó percepción auditiva para distinguir sonidos distintos que son familiares para la niña. Por ejemplo: sonidos de estímulos que están en el ambiente (el carro, tormenta, los pájaros, las campanas, etc.), sonidos de instrumentos musicales, sonidos de animales, etc.

Ejercicios para aumentar vocabulario.

Se trabaja con material concreto y tarjetas del vocabulario que son conocidas para el niño y progresivamente se aumenta el nivel de dificultad.

Recomendaciones

Continuar con terapia de lenguaje y recordar que el papel más importante que tienen los padres es apoyar y compartir con él, entenderlo y resaltar las habilidades y características.

No se debe corregirle si se equivoca o traba, ni meterle prisa, hay que dejarle hablar con tranquilidad, y centrándose en el contenido de lo que dice y no en la forma en la que lo dice.

Pedir su atención antes de dar una consigna la que debe ser clara y específica y verificar que haya escuchado y comprendido bien las consignas.

Crear una lista con las actividades y reglas más importantes: hora de deberes, tiempo para ver televisión, horario de sueño, alimentación, baño, entre otras positivas.

Lcda. Alba Lavanda Saavedra
Terapeuta de lenguaje
Reg. San. 412



Msc. Lenny Parraga Tóala
Líder Académico

Lcda. Lenny Parraga Tóala
PSICÓLOGA EDUCATIVA



Introducción: Estimados(as):

En virtud de valorar el estado actual del proceso de masticación y deglución como funciones que sustentan, el lenguaje y el aprendizaje, resultan esenciales para el ser humano, teniendo

además un importante rol para el desarrollo socioafectivo, comunicativo y de aprendizaje todo individuo, se ha diseñado la presente guía de observación, la cual es empleada con fines investigativos y para uso exclusivo de los investigadores, guardando absoluta discreción de los datos y la información no pertinente a los propósitos de estos, recogida, en los objetos de observación. **Datos generales:**

Fecha:	Sexo:		Ciudad
	M	F	
Nombres y apellidos:	Grado		Unidad educativa
Fecha de nacimiento:	Edad:		Diagnostico

Objetivo de la observación:

Observar que tipo de alimentos consumen los niños que asisten a la UEFE 3 DE DICIEMBRE para su educación durante el periodo 2019 – 2020

Tiempo estimado de duración: (El necesario determinado por los investigadores) **Sujetos del proceso de observación:** Los investigadores

Objetos del proceso de observación:

- ☐ Las estrategias masticatorias y deglutorias en los estudiantes con PC. ☐ Observar que se realice adecuadamente la masticación y deglución.

Aspectos o actividades de interés a observar:

1) Tipo de alimentos que come el estudiante.

Recreo (_____).

2) ¿Alimentos que rechaza?

3) Tiempo que tarda en comer

10 minutos (___). 15

minutos (___).

20 minutos (___).

30 minutos (___).

4) ¿Mastica los alimentos?

(___). Sí (___).No (___). Parcialmente

5) ¿Hace ruidos al comer?

(___). Si (___). No (___). A veces

6) ¿Realiza movimientos extraños al masticar?

(___). Sí (___).No

7) ¿Bebe mucho líquido durante la hora del recreo?

(___). Sí (___).No

8) ¿Cuándo mastica, se salen restos de la comida por la boca?

(___). Sí (___).No (___) A vece

9) ¿Cuándo come cierra la boca para masticar los alimentos?

(). Sí ().No

10) ¿Cuándo come cierra la boca para tragar los alimentos?

(). Sí ().No

11) ¿Cuándo esta en reposo tiene la boca abierta o cerrada?

(). Sí ().No

11) ¿Babea?

(). Sí ().No

12) ¿En qué hora es más constante el babeo?

(). Sí ().No

13) ¿Tiene en este momento algún control del babeo?

(). Sí ().No A veces ()

14) ¿Tiene participación activa en la clase?

(). Sí ().No



ENCUESTA.

Dirigido a: Docentes

Objetivo Observar que tipo de alimentos consumen los niños que asisten a la Unidad Educativa Fiscal Especializada 3 DE DICIEMBRE, en proceso de creación del distrito 09D07 de vergeles de la parroquia Pascuales 1 del periodo 2019 -2020

Estimados(as): En virtud de valorar el estado actual del proceso de masticación y deglución como funciones importantes previas al desarrollo del lenguaje, teniendo un importante rol para el desarrollo socioafectivo y comunicativo de todo individuo, se ha diseñado la presente

encuesta, la cual es empleada con fines investigativos y para uso exclusivo de los investigadores, guardando absoluta discreción de los datos y la información no pertinente a los propósitos de estos, recogida en la encuesta.

Datos generales:

Fecha:	Sexo:		Ciudad
	M	F	
Nombres y apellidos:	Grado		Unidad educativa
Fecha de nacimiento:	Edad:		Diagnostico

1) Tipo de alimentos que come el estudiante en la institución educativa.

Recreo:(_____)

2) Tiempo que tarda en comer

10 minutos (___). 15
minutos (___).
20 minutos (___).
30 minutos (___).

3) ¿El estudiante mastica los alimentos?

(___) Sí (___) No (___) Parcialmente

Argumente el motivo de su selección.

4) ¿Hace ruidos extraños (poco comunes) al comer?

(___) Sí (___) No (___) A veces

Argumente el motivo de su selección.

5) ¿Realiza movimientos extraños al masticar?

(___) Sí (___) No

Argumente el motivo de su selección.

6) ¿Bebe mucho líquido durante las comidas?

(___) Sí (___) No

Argumente el motivo de su selección.

7) ¿Cuándo mastica, salen restos de la comida por su boca?

(___) Sí (___) No (___) A veces

De ser positiva, y/o a veces, mencione a qué le atribuye la salida de la comida de la boca:

8) ¿Cierra la boca para masticar los alimentos?

☐ Sí ☐ No

9) Cuando esta en reposo, ¿Se ha fijado si tiene la boca abierta?

☐ Sí ☐ No

Argumente el motivo de su selección.

10) ¿Babea con frecuencia?

☐ Sí ☐ No

Argumente el motivo de su selección.

11) ¿Cree que esta alteración en su función masticatoria y deglutoria, implica una merma considerable en la calidad de vida del niño?

☐ Sí ☐ No

Argumente el motivo de su selección.

12) ¿Conoce de alguna institución que preste servicios de rehabilitación de estas funciones en Guayaquil?

☐ Sí ☐ No

13) ¿Conoce usted de algún programa para mejorar la masticación y deglución en los niños con Parálisis Cerebral?

☐ Sí ☐ No

14) Considera necesario que se desarrolle un programa que estimule las funciones masticatorias y deglutorias que contribuya a mejorar el desarrollo de su lenguaje

☐ Sí ☐ No

Foto de las Aulas Especializadas de la Unidad Educativa Fiscal Dolores Cacuango

