

Los Masajes Intrabucales y Faciales. Una Mirada Fisiológica para el Tratamiento Logopédico

Intraoral and Facial Massages. A Physiological Look for Speech Therapy Treatment

María Mercedes Arredondo Kassabb¹

INFORMACIÓN DEL ARTICULO

Fecha de recepción: 19 de Enero de 2017.
Fecha de aceptación: 4 de Mayo de 2017.

¹Doctora en Educación, Universidad de Ciencias Pedagógicas "Enrique José Varona. Docente – Cuba.
E-mail: mariamak@ucpujv.rimed.cu

CITACIÓN: Arredondo, M. (2017). Los Masajes Intrabucales y Faciales. Una Mirada Fisiológica para el Tratamiento Logopédico CIE. Vol. 1. (3), 11-23.

Resumen

El hombre es un ser social que piensa, habla, razona y esto está estrechamente relacionado con el nivel de desarrollo alcanzado por su sistema nervioso central y las estructuras corticales superiores, principalmente el lóbulo frontal, quien regula los movimientos voluntarios y las acciones en estados de activación, que los prepara para resolver la programación de las formas más altamente organizadas de la actividad humana. La flexibilidad, plasticidad y capacidad del cerebro para procesar los cambios que caracterizan los fenómenos biológicos, físicos, medioambientales, psíquicos, genéticos y adquiridos que actúan sobre esas estructuras.

Palabras Clave: *intrabucales, faciales, fisiología logopédica.*

Abstract

Man is a social being who thinks, speaks, reasons, and this is closely related to the level of development reached by his central nervous system and the superior cortical structures, mainly the frontal lobe, which regulates voluntary movements and actions in states of activation, which prepares them to solve the programming of the most highly organized forms of human activity. The flexibility, plasticity and capacity of the brain to process the changes that characterize the biological, physical, environmental, psychological, genetic and acquired phenomena that act on these structures.

Keywords: *intraoral, facial. speech therapy physiology.*

Introducción

Las enfermedades cerebro vasculares (ECV), las discapacidades, constituyen uno de los problemas de salud más importante en nuestro país y en todos los países desarrollados. Múltiples recursos se emplean con el fin de atenuar las pérdidas de vidas humanas que alcanzan niveles considerables cada año o dejan tras de sí un cúmulo de sufrimientos dados fundamentalmente, por la invalidez que provocan en los pacientes.

Constituyen, por tanto, junto con el resto de las enfermedades no transmisibles uno de los principales problemas de las Ciencias Médicas, tanto en su afán de prevenir las mismas, como de incrementar las buenas prácticas, los recursos, apoyos, y ayudas terapéuticas adecuadas para disminuir la morbilidad y la mortalidad asociadas a estas enfermedades.

Así, la lucha contra sus secuelas es de crucial importancia, dado el costo social en la rehabilitación y los cuidados que requieren los sobrevivientes que presentan importantes daños neurológicos y estructurales.

Dado el enfrentamiento al envejecimiento poblacional, los maestros, terapeutas y demás personal de la educación y la salud, debemos aunar esfuerzos y estrategias de atención con buenas prácticas educativa a que aparecen lesiones a niveles corticales referido a accidentes cerebro vasculares periféricos, traumatismos cráneo-encefálicos, encefalitis, tumores, parálisis, alteraciones genéticas, malformaciones congénitas y trastornos del movimiento que acompañan a las lesiones del cerebro entre otras patologías.

Estas dejan secuelas sensoriales y motrices que no permite que el cerebro alcance su función cognitiva, fisiológica y neuronal normal y que estas secuelas son expresión de sitios afectados, cantidad de tejidos dañados y con duración de la noxa, lo cual conlleva a un deterioro de la función celular con necrosis de las mismas y con posibilidad de ser prevenibles, por lo que son necesitada de rehabilitación; entre ellos los trastornos del lenguaje y la comunicación.

La neuroplasticidad y la inserción de células madres es luz y esperanza que llega a millones de seres humanos aquejados de lesiones en el sistema nervioso y constituye un banco de inquietudes para científicos, especialistas, rehabilitadores y educadores de disímiles latitudes, lo que trae como interrogante las diferentes acepciones, términos, concepciones dadas a estas lesiones, patologías, trastornos, alteraciones que a su vez desde el punto de vista epistemológico están dirigidas a un fin que es el de atenuar las prevalencias en cada una de ellas y hacer sostenible y sustentable su rehabilitación con calidad de vida. Es por ello que con una mirada holística se insiste en la praxis sistemática, continua, y profunda en cada caso que lo requiera.

No solo desde lo neuropsicológico se trata de determinar la afección o discapacidad sino desde lo educativo quien trata de minimizar las consecuencias del carácter biológico del problema, y preponderar las acciones educativas como las más logradas en la rehabilitación de los niños(as) y demás sujetos.

Por lo que se hace necesario reflexionar que el hombre en una unidad bio-psico-social y por ende es en esa cadena de



acciones las que el sujeto debe recibir la estimulación y rehabilitación adecuada.

Dado estos planteamientos, nos permitió asegurarnos y ser consecuente con lo planteado por Luria..."que la plasticidad cerebral: es la adaptación funcional del Sistema Nervioso Central para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o fisiológicas sea cual sea su causa. La capacidad del cerebro para adaptarse a la nueva situación lesional y para compensar los efectos de la lesión, aunque sea de forma parcial es mayor en el cerebro inmaduro que en el del adulto... Todas las facetas del funcionamiento cerebral pueden verse beneficiadas por el fenómeno de la plasticidad neuronal, (la mayor parte de las veces) por acción terapéutica farmacológica y por estimulación sensitiva con rehabilitación física y psíquica.

Teniendo en cuenta la experiencia de investigadores neurofisiólogos como L.S.Svietkoa, Peña Casanova, J. Acosta, J. Lewein, entre otros, quienes en su análisis científicos explican la conformación y desarrollo de las estructuras cerebrales en la unidad funcional y esta a su vez en la existencia de una biogenética rehabilitadora de las lesiones, la cual permite una amplitud en la reestructuración de dichas funciones y capacidades en el sujeto lesionado.

En los centros de investigaciones de neurología y rehabilitación neurológica (Centro Internacional de Restauración Neurológica) se establece un sistema de neurorehabilitación encaminado a la estimulación- activación constante sobre el órgano afectado, proporcionando una respuesta efectiva al estímulo.

Se plantea que la actividad cerebral, un estilo de vida activo y los entrenamientos del cerebro ayudan a reorganizarse una vez lesionados más rápidamente, por lo que justifican los resultados favorables obtenidos con la terapia de rehabilitación en todos los casos. Esto posibilita... "la existencia de modificaciones, (que se presentan) como debilitación o atrofia de determinados circuitos neuronales por el desuso, y también como el desarrollo o incremento de nuevas conexiones sinápticas y extensiones dendríticas".

Por lo que el tejido nervioso puede responder a la lesión no solo creando nuevas sinapsis para recuperar la función, sino también cambiando la naturaleza de su función pre- programada para facilitar un funcionamiento adecuado, es por eso que, mediante la ejercitación y estimulación sensorial, es posible modificar funcional y estructuralmente el cerebro, cambiar su organización somatotópica, incrementar las conexiones sinápticas, e influir en la organización dendrítica.

En las experimentaciones realizadas en pacientes con parálisis cerebrales, se constata que una característica distintiva de la región pre frontal del cerebro es que tiene un sistema muy rico de conexiones, tanto con los niveles inferiores del cerebro (los núcleos mediales, ventrales y el pulvinar del tálamo y con otras estructuras), como con casi todas las demás partes del córtex.

Estas conexiones tienen carácter de ida y vuelta para el complejo sistema eferente en la recepción de impulsos que llegan de todas partes del cuerpo, de modo que puede regular todas las informaciones

estimuladoras de las estructuras, por lo que el córtex pre frontal juega un papel importante y esencial en la regulación de la actividad tanto verbal como de la conducta humana.

Se constata en estos análisis que las formaciones del sistema funcional del córtex cerebral como un sistema de recepción, codificación y almacenaje de la información que permite el mayor desarrollo de las capas superiores de las pequeñas células piramidales y la estimulación de estas partes del córtex que da lugar no a contracciones somatotópicamente definidas de músculos individuales, sino a grupos de movimientos sistemáticamente organizados que evidencian el papel integrativo de estas zonas corticales, es por ello que en la organización de los movimientos, lo que provocando la excitabilidad localizada que se extiende a otros puntos vecinos, permite una propagación del estímulo para activar los músculos y afrontar la lesión producida (unidad funcional del cerebro) dando al traste que estas observaciones permitieron determinar que en el área educativa es importante aprovecharlas para estimular y establecer acciones interventivas.

Los períodos de desarrollo cerebral rápido y abierto para el aprendizaje en general y a su vez el lenguaje, durante las primeras etapas de crecimiento del cerebro, sugieren cómo el ambiente puede cumplir su papel en el desarrollo de las estructuras nerviosas, las cuales se desarrollan según el tipo de experiencia, así pues, el ambiente y las relaciones interpersonales es capaz de modificar la función y estructura cerebral, de forma que la experiencia tiene consecuencias en diferentes niveles de integración más o

menos perdurables para el sujeto durante su rehabilitación.

En los niños(as), adolescentes, jóvenes y adulto mayor con necesidades educativas especiales asociados o no a una discapacidad, producida por enfermedades cerebro vasculares u accidentes, la oportunidad de que el aprendizaje, la comunicación y el lenguaje sea constante, continuo y sistemático en un ambiente complejo, produce aumentos en el número de sinapsis corticales cerebrales y en las dimensiones del campo dendrítico, por otro lado, la adición sináptica se asocia con el aprendizaje, más que con las demandas de otras actividades, por lo que se asegura que en las aplicaciones de buenas prácticas educativas sea viable el uso de masajes faciales y bucales para restaurar funciones de estas aéreas tan importante para la articulación y pronunciación así como para la deglución, masticación y movilidad de los órganos fonoarticulatorios que se afectan en los trastornos del lenguaje y la comunicación.

Constituye un objetivo esencial de la educación de niños y adulto mayor con necesidades educativas especiales asociadas o no a la discapacidad, lograr la corrección y compensación de los trastornos del lenguaje y la comunicación.

Para realizar un buen trabajo en relación con este aspecto, es necesario determinar claramente la estructura de la discapacidad de cada sujeto, los cuadros sintomáticos, diferenciar las discapacidades primarias.

En la rehabilitación y tratamiento de los trastornos del lenguaje y la comunicación tenemos aquellas que presentan deterioro de los componentes léxico, morfo,

sintáctico, gramatical, fónico del lenguaje con carácter primario y secundario (Disartrias, Anártria, Afasias, entre otras) asociados a otros trastornos más severos con etiología diferentes por lo que se afecta el componente motriz bucal, de cuello y todo el aparato articular con parálisis, ataxia, dispraxias y apraxias, distonías, hipotonía, espasmos y espasticidad, entre otras inmovilidades.

En las deficiencias para el acto masticatorio y de deglución se tiene en cuenta la poca inervación del nervio lingual y la región faríngea del 5to craneal a la cuerda del tímpano y de ahí al 7mo par por convergencia del estímulo de 2 o más de nervios periféricos hacia el control de los movimientos musculares por la corteza cerebral y sus operaciones a nivel periférico (región inferior del encéfalo en la parte posterior de la circunvolución central temporal, y la angular del hemisferio dominante que se localiza la región gnóstica y el área semesténica) para controlar los movimientos y organizarlos.

Cuando se destruyen por un accidente cerebro vascular u otras patologías asociadas a discapacidad, la porción lateral del área de asociación somática en el hemisferio dominante que es el área que guarda relación con los movimientos faciales, suprime la capacidad de inervación hacia los músculos y cuando se estimula las partes más laterales de la corteza provoca la deglución y la masticación con movimientos rítmicos y contracciones alternas de movimientos agonista y antagonistas.

Ejemplo en las Anártria y Disartrias cuando se afecta la secuencia de movimientos musculares en diferentes áreas al producirse una incoordinación y

no capacidad de ordenar o predecir la intensidad del movimiento y su durabilidad aparecen movimientos espásticos, hipotónicos, atáxicos etc.

Es por ello necesario desde una mirada educativa lograr en el sujeto un proceso de adaptación a las nuevas circunstancias de rehabilitación y conformación de su vida en un contexto de inclusión social y comunitaria, a partir del diagnóstico preciso y su seguimiento, por lo que es importante: las orientaciones, los apoyos, los consejos y las ayudas que se intercambian con las familias, consiguen inevitablemente un ajuste sociofamiliar educativo- pedagógico y mejorar las relaciones entre el niño(a), los padres, la escuela, y la comunidad, a partir de la asimilación paulatina de destrezas necesarias de quienes se encargan de la educación infantil.

Por otra parte, la estimulación temprana en estos niños está dirigida también a evitar que surjan y se desarrollen conductas o inhabilidades secundarias o asociadas que puedan aparecer si no se propicia un ambiente adecuado, estimulador y potenciador del desarrollo. Por tanto, apuntó Vigotski que "el hombre al nacer hereda toda la evolución filogenética, pero el resultado final de su desarrollo estará en correspondencia con las características del medio social en el que vive y de las condiciones de educación que reciba"

Entre las patologías más comunes que aparecen en el contexto: La parálisis cerebral: Que se engloba dentro de las enfermedades del Sistema Nervioso Central (SNC) y abarca varios trastornos específicos, caracterizados por una lesión en los centros motores del encéfalo con

pérdida del control motor. Es por ello, que la parálisis cerebral infantil es un trastorno fundamentalmente motor, responsable de las alteraciones de la alimentación, el habla y el lenguaje en los sujetos que la padecen. La incidencia de este trastorno es de 2 niños por cada 1.000 recién nacidos.

La parálisis cerebral es una secuela de una infección encefálica caracterizada por un trastorno persistente, pero no invariable, del tono, la postura y el movimiento, que aparece en la primera infancia y no sólo es directamente secundaria a esta lesión no evolutiva del encéfalo, sino que se debe también a la influencia que dicha lesión ejerce en la maduración neurológica.

Este trastorno se caracteriza por una lesión en el sistema nervioso cuando todavía no ha madurado, es una lesión no progresiva, aunque permanente, afecta al tono, a la postura y al movimiento, y puede existir tanto un retraso intelectual, como sensorial o perceptivo.

Nos podemos encontrar con síndromes periféricos, caracterizados por la posibilidad de aparición de una miopatía (alteración del músculo) o neuropatías (alteraciones del nervio). En el caso de los síndromes centrales nos podemos encontrar con alteraciones del tono muscular (hipertonía: aumento del tono muscular; hipotonía: disminución del tono muscular; distonías o espasmos: variaciones del tono muscular; actividad tónica postural anormal; disminuía: alteración de la expresión facial), alteraciones del movimiento (movimientos anormales o involuntarios como movimientos coreicos, movimientos atetosicos, o temblores, paresias y parálisis, sincinesias:

alteraciones en la organización del movimiento, ataxias: trastorno de la coordinación de los movimientos, dispraxias y apraxias) y alteraciones en la maduración psicomotriz.

Sobre todo, va a caracterizar a la PC la dificultad motriz en la realización del lenguaje oral, sin olvidar que el niño puede presentar alteraciones lingüísticas leves o la imposibilidad de cualquier producción verbal (retrasos en la adquisición y desarrollo del lenguaje desde simples hasta severos).

En general van a aparecer alteraciones tanto en la adquisición como en el desarrollo del lenguaje, aunque hay que tener en cuenta dos categorías de la PCI claramente diferenciadas:

- La PCI puede estar asociada a deficiencia mental, caso en el cual, los trastornos son los mismos que los de la deficiencia mental agravados además por el problema motriz.

- PCI pura o sin ninguna patología asociada: el nivel de desarrollo está normalizado, aunque se observe algún grado de retraso en el lenguaje y gran variación entre los componentes del sistema lingüístico, que dependerá de las características individuales de cada sujeto.

En el desarrollo del lenguaje presentan una disartria en el nivel comunicativo habla: que aparece como resultado de una lesión del SNC como un síntoma de las parálisis cerebrales motivada por traumas o por procesos inflamatorios del cerebro, y pueden estar condicionados por una insuficiencia o poca inervación de tipo cerebelar, verbomotriz, piramidal, corticobulbal, subcortical, todas ellas

consecuencia de hipoxias u otros accidentes cerebro vasculares y de parálisis. En el lenguaje se afecta los componentes fonéticos, léxico, gramatical, la voz y asociado a los movimientos masticatorios, y de deglución.

Daremos algunas recomendaciones de recursos y apoyos desde una mirada anatomofiológica para aplicar los masajes faciales y bucales en aquellos trastornos que lo requieran: Lengua: (lingua, glossa)

Es un órgano muscular de fibras estriadas se utiliza para la masticación y en el acto del habla por las terminaciones nerviosas que la estructuran, es también el órgano del gusto y como receptor sensitivo

Tiene en su estructura: el cuerpo, ápice o punta y la porción postero- inferior, raíz de la lengua por medio de la cual se inserta a la mandíbula en el hueso hioideo. Su cara superior convexa está dirigida hacia el paladar y la faringe se denomina dorso de la lengua. La cara inferior está libre solo en la parte anterior; y la posterior está ocupada por músculos; también está limitada por sus bordes (en el dorso se distinguen dos zonas una anterior grande (cerca de 2/3) situada casi horizontalmente en el fondo de la cavidad bucal, y el otro posterior vertical dirigida hacia la faringe).

Este órgano es innervado por el nervio hipogloso y lingual del trigémino y por la cuerda timpánica(nervio intermedio)existe otros grupos nerviosos que innervan la porción de la raíz cerca de la epiglotis por el nervio vago y el glossofaríngeo, los folículos linfoides aquí existentes que deben ser bien entrenados al momento de aplicar cualquier técnica de masajes activas y flexoras principalmente el ápice lingual, por tener características de pilas

cónicas fungiformes, valladas y foliadas que permite:

- La estimulación suave, concentrada a los lados y en sus bordes.

- El más importante es el músculo geniolooso que solo en el hombre alcanza su desarrollo más elevado debido a su función en la articulación de los sonidos del idioma: son fibras verticales extendidas desde la cara inferior de la lengua hacia el dorso de la misma y en el ápice encorvándose hacia delante en forma de abanico, la lengua se dirige hacia delante y se aplasta el músculo longitudinal superior ; permite que la lengua desde la epiglotis se extienda por debajo de la mucosa del dorso llegando hasta el ápice.

- Se puede aplicar ejercicios de punta con vibradores y masajes suaves con la ayuda de guantes estimulantes.

- El músculo estiloso está ligado al ligamento estilo mandibular y se dirige hacia abajo por lo que tracciona a la lengua hacia arriba y atrás.

- Esto permite realizar movimientos y masajes en estas direcciones y puede acortar el movimiento de la lengua al ampliar su longitud.

- Existen músculos de la lengua que permite los movimientos longitudinales contracciones unilaterales hacia abajo, lados, atrás y las direcciones perpendiculares, lo que hace que la lengua adopte posiciones en tres direcciones;

- Es ahí las direcciones de los masajes para estimular las zonas dañadas en las parálisis linguales y los movimientos espásticos y atetósicos.

- Maxilar:

- Elevación de la mandibular: se efectúa por los músculos masetero temporal y pterigoideo medial.

- Desplazamiento de la mandíbula hacia delante: se efectúa durante la contracción bilateral del estrato superficial del musculo masetero y los músculos pterigoideos medial y lateral.

- Desplazamiento de la mandíbula hacia atrás y su regreso al lugar: se efectúa por el estrato superficial del músculo temporal y el musculo milohioideo.

- Desplazamiento de la mandíbula lateral y regreso a la posición lateral: se efectúa por el musculo masetero y los músculos pterigoideo y lateral del lado opuesto del movimiento, así como los fascículos posteriores del musculo temporal del lado opuesto

En cada juego de masaje que se aplique debe estar en la dirección del musculo y sus funciones para evitar desgarramientos de los mismos.

Músculos de la masticación: Aplicar masajes en cada una de estas áreas musculares.

1.Musculo masetero: grueso de forma cuadrilátera se inicia en el borde inferior del hueso cigomático y en el arco del cigomático por lo que se inserta en la cara externa de las ramas mandibulares.

2.Musculo temporal ocupa todo el espacio d la fosa temporal del cráneo tienen están dispuestos como forma de abanico que al igual que el cuello con dos laminas superficiales y profunda lleno de

tejido adiposo y venas cualquier lesión en esta área es peligrosa por el arco de la vena yugular, además aparece los espacios pre vertebral, endocervical, pretraqueial, retroviseral en el cuello y la cervices los cuales impiden cualquier lesión traumática por el tracto fibroso que presenta pero puede provocar cualquier herida, una embolia gaseosa por traumatismo en el tórax y la acción respiratoria.

3.Musculo pterigoideo lateral se inicia en la cara inferior del esfenoides y en el proceso pterigoideo se dirige horizontalmente hacia atrás y se inserta en el cuello a la mandíbula en la articulación temporomandibular.

4.Musculo pterigoideo medial: se extiende en la fosa pterigoideo del proceso mismo nombre y se dirige hacia abajo y lateralmente y se inserta en la cara interna del ángulo de la mandíbula.

Para la masticación y deglución provocar el reflejo nauseoso, con aplicadores y estimular el velo con el funcionalismo (K) así como provocar la tos sin reforzamiento.

Estos músculos permiten que estando la boca abierta traigan a la mandíbula hacia el maxilar o, dicho de otro modo, cierran la boca. Tiene lugar el avance de la andíbula hacia delante y el movimiento contrario es efectuado por fibras más poderosas de forma contrarias y el musculo temporal está ligado fundamentalmente al lenguaje articulado, dando lugar a la posición de la mandíbula para este acto.

5.Músculos mímicos: Carecen de inserción bilateral en los huesos y se encuentran adheridos a la piel o a la mucosa por uno o por el otro extremo.

Debido a esto carecen de fascias y al contraerse ponen en movimiento la piel. Al relajarse la piel recobra su posición anterior en virtud de su elasticidad por lo que el papel de los músculos antagonista en este caso es inferior a los otros tipos de musculo y constituyes más vulnerabilidad de perder elasticidad. Estos músculos se presentan como fascículos musculares delgados y pequeños agrupados alrededor de los orificios naturales de ojo, nariz, boca, orbita y orejas participando de una u otra forma en el cierre y apertura de dichos orificios, los que se dilatan tienen sentido radial y los que cierran en forma anular como los esfínteres.

Estos músculos confieren a la cara una expresión determinada correspondiente al estado de ánimo y cualquier tipo de parálisis además participan en la masticación, articulación y pronunciación de los sonidos del lenguaje.

Músculos de la calvaria: es la bóveda del cráneo y tiene como función el enlace de los huesos del cráneo para la contracción del musculo frontal y occipital lo que hace elevar las cejas y contraerse en forma de arco y pliegues transversos en la frente. Estas posiciones de la ceja se observan en los estados emocionales dolor, sufrimiento y alegría siendo una característica de la expresión facial.

Músculos peri-orales:

1.Elevador del labio superior de este musculo se desprende un fascículo que va hacia el ala de la nariz elevando esta área también (cigomático menor, mayor y risorio), es un pliegue naso labial, estos tracciona el ángulo de la boca la comisura labial hacia arriba y lateral así sucede con la risa a la cual en algunas persona se le hace un pequeño orificio en la mejilla.

2.Depresor del ángulo de la boca: Se inserta en la boca y convierte en pliegue naso labial en rectilíneo. El descenso de los ángulos de la boca da a la cara una expresión de tristeza.

3.Elevador del ángulo de la boca: Musculo cuadrilátero está situado debajo del elevador del labio superior y del cigomático mayor se inicia en la fosa canina del maxilar por debajo del agujero infra orbital y se inserta en la comisura labial. Es aductor de los labios.

4.Depresor del labio inferior: está situado directamente en el hueso se inicia en el borde de la mandíbula y tracciona el labio hacia abajo y lateralmente se inserta en toda la piel, lo que permite el gesto mímico de repugnancia.

5.Musculo mental; es uno de los músculos mímicos más poderoso parte de la eminencia alveolar de los incisivos y caninos inferiores y se inserta en la piel del mentón por lo que eleva la está formando pequeñas fosillas y eleva el labio inferior comprimiéndolo con el superior.

6.Buccionador: se presenta como una amplia capa muscular que constituye la pared lateral de la cavidad bucal teniendo contacto con directo con la mucosa de la boca lo que permite el rasgo mímico de trompeta

7.Orbicular de la boca: está situado en el espesor de los labios formando círculos o corona alrededor de la hendidura bucal, las fibras del músculo tanto del labio superior como el inferior se dirigen desde la comisura labiales y hacia la línea media donde se entrelazan con las fibras idénticas del lado opuesto.

Al estimulase se engruesan moviéndose hacia delante como en el beso si se contraen los labios se ponen en íntimo contacto doblándose hacia dentro a consecuencia de los que desaparece su borde rojo, la boca cumple la función de esfínter.

Músculos Peri nasales

Musculo nasal: débilmente desarrollado se encuentra cubierto parcialmente por los elevadores del labio superior se inicia en el maxilar en las eminencias alveolares de los incisivos laterales superiores dividiéndose en tres partes: porción transversal, porción alar y musculo depresor del septo nasal que permiten contraerse y descender.

Fascias de la Cabeza.

La galea aponeurótica cubre la calvaria en la parte lateral que se adelgaza considerablemente hasta el grado de una laminilla fibrosa laxa por debajo de la cual se extiende la fascia temporal, entre estas laminas fibrosas se adhiere la cara externa del arco y la cara interna lo cual queda limitado el espacio y está lleno de tejido adiposo, se inserta por delante con el músculo masetero la cual envuelve el músculo y se inserta con el arco cigomático por debajo de la mandíbula y hacia atrás con la fascia parótida que forma la cápsula de dicha glándula, la única excepción lo constituye el buccinador, este musculo está cubierto en su parte posterior por la fascia bucofaríngea que se fusiona con el tejido de la mejilla, y por detrás con el ligamento pterigomandibular, y con el conjuntivo que cubre a los músculos de la faringe.

Estos musculo que se inervan y entrelazan se debe tener precaución en los movimientos de forma circular, deben ser de manera laxante y estimuladora de punta. Como vía de aplicación de tratamientos rehabilitadores en niños(as) y adulto mayor con necesidades educativas especiales asociadas o no a la discapacidad y que los docentes deben conocer desde una mirada fisiológica para alcanzar niveles de desarrollo elevado en cuanto a la discapacidad, se propuso para aplicar en las escuelas y en los círculos de abuelos con un fisioterapeuta la siguiente: Estrategia de atención logopédica con buenas prácticas educativas:

Objetivo: Aplicación de buenas prácticas educativas para la atención logopédica en niños, escolares, adolescentes, jóvenes y adultos con tratarnos del lenguaje y la comunicación.

La valoración fisiátrica de la rehabilitación la dividiremos por fases para su mejor comprensión y variabilidad en el tratamiento.

Para esto es necesario:

Coordinación facial

1. Ejecutar movimientos frente al espejo
2. Práctica de movimiento bilaterales (apretar los párpados, levantar las cejas, enseñar los dientes reírse con la boca abierta, extremar la musculatura labial

Practicar los movimientos unilaterales (cerrar un ojo, silbar, inclinar una mejilla, inflarlas)

Continuar las movilizaciones de todas las articulaciones (bucales y faciales).

Aplicar técnicas de inhibición de la espasticidad que pueden ser:

- a) vibraciones sobre el músculo.
- b) Crioterapia o calor suave o frío.
- c) Posición de inhibición que se



combina con ejercicios de refuerzo antagonista (Kabath). d)Facilitación por reflejo.

Reflejos de estiramiento de triples combinaciones de extensión y tónicos de los músculos.

1.Sinecias bilaterales a partir del lado sano de la cara.

2.Trabajos de contracción y relajación lenta faciales.

Ergoterapia

1.Reeducación del gesto facial, gutural y corporal.

3.Acceso a la autonomía psicológica. Si parálisis facial.

1.Ejercicios simétricos y analíticos de la cara.

2.Masajes musculares faciales.

3.Masajes intrabucales.

4.Ejercicios funcionales masticatorios.

Para los ejercicios de masajes faciales se debe tener en cuenta:

1.La zona dañada, músculos y ligamentos que inciden en la neuroplasticidad

Período de Mantenimiento

-En este período se pueden realizar progresivamente, pero las metas principales son:

1.Mantenimiento de adquisición muscular, articular y funcional de las partes dañadas.

2.Estímulos psíquicos indispensables para la realización de los ejercicios.

3.Corrección y compensación de la movilidad facial, los movimientos de los labios, lengua, maxilar, orbital, palatal.

4.Conservación de la amplitud articular en la boca, maxilar y facial.

5.Ejecuciones funcionales de las partes inmóviles. Todo esto debe ser lo menos 3 veces/semana.

Las complicaciones posibles Neuritis.

Fracturas del tabique nasal

-Rinitis.

-Movilización precoz y posición correcta. Fuerte rigidez.

Combatir el dolor pues dificulta la rehabilitación desde el punto de vista particular del área afectada.

Reforzar en especial el tratamiento de la región afectada al considerar la estimulación constante.

Se les orienta a la familia que el niño(a) o el adulto reciba además tratamientos asociados como:

*Peloideterapia (fango terapia). Medicina tradicional asiática. Acupuntura y dígito puntura. Uso del láser terapéutico.

Se recomienda el uso adecuado de las estructuras fisiológicas para cada una de las funciones que conforman la rehabilitación para la aplicación de buenas prácticas y estas deben ser correctamente seleccionadas por parte del maestro logopeda para que haga efectiva su aplicación en la corrección y compensación de los trastornos del lenguaje y la comunicación y evitar otras afectaciones de índole patológica que pueda desencadenar reacciones adversas en el tratamiento. Se aprecia que no solo se trata de dar un adecuado tratamiento desde la mirada educativa sino también con un

fuerte componente biológico y rehabilitador de funciones orgánica afectadas es por ello que el docente debe estar preparado y para lo cual su concepción de atención educativa debe ir más allá del componente académico sino también desde una mirada práctica, fisiológica y rehabilitadora.

Conclusiones

La utilización de las estructuras anatomofisiológicas para la rehabilitación y tratamiento de las necesidades educativas especiales en los niños(as) y adulto mayor con trastornos del lenguaje y la comunicación, analizados con un enfoque dialéctico materialista nos permiten valorar con mayor objetividad el conjunto de factores que interactúan en el surgimiento y desarrollo de los trastornos, sus causas, formas de manifestarse y la rehabilitación para de esta forma orientar el trabajo preventivo, correctivo y compensador; con un enfoque más diferenciado y personalógico en función de dar alientos y oportunidades a quienes merecen ser iguales y diferentes con equidad y sustentabilidad en su desarrollo,

Es por ello la aplicación de buenas prácticas educativas con acciones innovadoras y creativas que estimulen y potencien el desarrollo.

Referencias Bibliográficas

Adams RD, Victor M. Principles of Neurology. New York: McGraw Hill Book Co., 1981.

Álvarez, Enriqueta y otros: Anatomía y Fisiología Humanas. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 2013.

American Heart Association. The National Health and Nutrition Examination Survey II, 1976 80 Heart and Stroke Facts. Dallas, 1991.

Artur C. Guyton: Tratado de fisiología médica. Editorial Pueblo y Educación. Cuarta Edición. 1971. Capítulo 58. p. 678.

Arredondo K. M. M: Una concepción de rehabilitación para la corrección y compensación fisiológica de los trastornos que afectan el lenguaje y la comunicación de los niños(as) con necesidades educativas especiales. Revista IPLAC. Artículo. 2014, p12

Bamford J. Sandercock P. Dennis M. et al. A prospective study of acute cerebrovascular disease in the community: the Oxfordshire Community Stroke Project. 1981 86. (Neurol Neure) surg Psvchiatry. 1990, 53:16 22.

Congreso Internacional de Pedagogía. Curso 44. "Prevención Educativa: un concepto a debate en el ámbito escolar, familiar y comunitario.

Guirado, Rivero. Vania del C.: Recursos Didácticos para la Enseñanza - Aprendizaje de los escolares con necesidades educativas especiales. Edt. Pueblo y Educación. Ciudad de la Habana.2009.

Fernández Pérez de Alejo, G. "La atención logopédica en la edad infantil". Editorial Pueblo y Educación. Ciudad de La Habana, 2008.

Héctor R. Martínez, M.D., Ricardo A. Rangel Guerra, M.D. FACP, Alejandro

- Marfil Rivera, M.D. Cost of Stroke in Mexico. J. Stroke Cerebrovasc. Dis. Vol.5. No.4, pp,244 247.1995.
- Hier DB Foulkes MA, Swiontoniowski M. et al. Stroke recurrence within two years after ischemic infaction. Stroke. 1991, 22:155 161.
- Plan Nacional de Desarrollo 1995 2000.Cuba
- Massaro Ar, Sacco RL, Mohr JP, et al. Clinical discriminators between lobar and subcortical hemorrhage. Neurology. 1991, 41:1881 1t~85.
- MINED “IX Seminario Nacional para Educadores. 2da parte” Ciudad de La Habana. 2009.
- Rodríguez Rivero, A. C. “Prevención y educación preescolar, selección de lecturas”. Editorial Pueblo y Educación. Ciudad de La Habana, Cuba, 2009.
- Prives. M y col: Anatomía Humana. Editorial MIR MOSCU. 1981.
- VIGOTSKI, L. S. Fundamentos de Defectología. Obras Completas. Tomo 5. Ed. Pueblo y Educación, 1989. Obras Escogidas. —Madrid: Ed. Visor. Tomo I, III, 1995.