

# PROTOCOLO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**2019/2020**



**Universidad de Valladolid**



**Autora: Leticia Moneo Revuelta**

**Tutora: Sonia Olivares Moral**

# ÍNDICE

<b>Resumen/Abstract.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Marco teórico .....</b>	<b>5</b>
2.1. Deglución normal .....	5
2.2. Deglución atípica .....	6
2.3. Logopedia y dentistas .....	9
<b>3. Protocolo de evaluación e intervención de la deglución atípica .....</b>	<b>11</b>
3.1. Signos o señales de la deglución atípica .....	12
3.2. Protocolo de evaluación de la deglución atípica .....	13
3.2.1. Anamnesis/datos personales .....	14
3.2.2. Desarrollo general.....	14
3.2.3. Desarrollo evolutivo.....	14
3.2.4. Antecedentes familiares.....	14
3.2.5. Valoración orofacial.....	14
3.2.6. Valoración funciones orofaciales .....	16
3.3. Observación .....	18
3.3.1. Observación de la deglución al beber .....	19
3.3.1.1. Observación no intrusiva (libre) .....	19
3.3.1.2. Observación intrusiva (con manipulación).....	19
3.3.2. Observación de la deglución a través de sólidos .....	20
3.4. Intervención .....	20
3.4.1. Relajación .....	21
3.4.2. Respiración .....	22
3.4.3. Musculatura labial .....	23
3.4.4. Musculatura lingual .....	24

3.4.5. Musculatura velar.....	25
3.4.6. Musculatura temporo-mandibular.....	25
3.4.7. Enseñar el hábito correcto de la deglución .....	26
<b>4. Sesión tipo.....</b>	<b>27</b>
<b>5. Recomendaciones durante la intervención .....</b>	<b>29</b>
5.1. Para los padres en el caso de los niños .....	29
5.2. Para todos, tanto niños como adultos .....	29
<b>6. Pautas de prevención para los casos infantiles .....</b>	<b>30</b>
<b>7. Conclusiones .....</b>	<b>30</b>
<b>8. Referencias bibliográficas y otras fuentes consultadas .....</b>	<b>33</b>

## RESUMEN

Realizar un correcto y detallado protocolo de valoración e intervención logopédica de la deglución atípica va a ser clave para tener mejores resultados. La precocidad en la valoración y la detección precoz es fundamental para la posterior intervención. La terapia logopédica que se realiza en estos casos es la terapia miofuncional que se acompaña de una intervención odontológica. Los logopedas corregirán el mal hábito y los dentistas la posible alteración a nivel dental. Ambos deben desarrollarse de manera conjunta y coordinada. En este trabajo se presenta un protocolo de valoración e intervención de la deglución atípica para casos infantiles y adultos, además de unas recomendaciones para realizar durante el tratamiento y unas pautas de prevención para los casos infantiles.

**Palabras clave:** deglución atípica, valoración, intervención, terapia miofuncional.

## ABSTRACT

Performing a correct and detailed protocol of evaluation and interventional speech of atypical swallowing will be key to have better results. Early assessment and early detection is essential for subsequent intervention. The speech therapy that is performed in these cases is oral myofunctional therapy that is accompanied by dental intervention. Speech therapists will correct the bad habit and dentists the possible alteration at the dental level. Both must be developed in a joint and coordinated manner. This paper presents a protocol for the evaluation and intervention of atypical swallowing for children and adults, as well as recommendations for treatment and prevention guidelines for childhood cases.

**Keywords:** atypical deglutition, evaluation, intervention, oral miofunctional therapy.

# 1. INTRODUCCIÓN

Este documento se trata de un Trabajo de Fin de Grado (TFG), que lleva por título “Protocolo de Evaluación e Intervención de la deglución atípica”. Como bien indica dicho título, se trata de un protocolo logopédico para efectuar con pacientes de los que se tengan sospechas sobre la existencia de una alteración en la deglución.

En la primera parte del trabajo, nominada como marco teórico, se plasma qué entendemos por deglución normal y una deglución atípica, acompañado de la intervención correcta que se realiza de manera coordinada entre logopeda y dentista. Posterior a este apartado, se halla el protocolo de evaluación e intervención de la deglución atípica. En un primer lugar, se señalan unos síntomas que pueden levantar sospechas acerca de la presencia de la deglución atípica. Para realizar la valoración acerca de la alteración en la deglución, se presenta un protocolo de evaluación para niños y adultos, acompañado de una observación con líquidos y sólidos de la deglución. Para la intervención, se muestran una serie de ejercicios con vistas a trabajar todas las partes implicadas en la deglución.

A continuación, se presenta una sesión tipo, que no se trata de otra cosa que, de un pequeño guion, que se modifica según las características de cada sujeto y de sus necesidades, de manera que cada sesión es individualizada para cada paciente.

Después, encontramos unas recomendaciones para realizar durante la intervención, acompañado de unas pautas de prevención únicamente para los casos infantiles.

Por últimos, podemos ver una serie de conclusiones que recogen aspectos fundamentales a tener en cuenta en estos casos.

Con el objetivo de recoger todas aquellas fuentes de información utilizadas para la consulta y confección de dicho trabajo, se ha destinado un apartado final titulado referencias bibliográficas y otras fuentes consultadas elaborado bajo normativa APA (American Psychological Association).

Durante todo el documento es necesario tener en cuenta que se trata de un protocolo general, es decir, que no está dirigido a un paciente en concreto, por lo que se pueden realizar modificaciones para individualizarlo en el caso del sujeto con el que vayamos a trabajar.

El tema de la deglución atípica, lo he escogido porque en las practicas del último curso pude ver a algún paciente con esta alteración y me pareció un tema muy interesante y poco conocido en la sociedad. De tal manera que considero fundamental darlo a conocer en casos infantiles acompañados de pautas de prevención y en los adultos en lo que aparecen recidivas.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Deglución normal

La deglución es una acción motora automática en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. El fin de esta acción es transportar los alimentos en forma de bolo, además de realizar una limpieza en el tracto respiratorio (Queiroz, 2002). Esta misma autora señala que la duración total de la deglución es de 3-8 segundos y que se trata de una actividad considerada neuromuscular y compleja. Su inicio es voluntario, pero en una de las fases se transforma en involuntaria. No existe consenso en el número de veces que deglutimos, pero se cree que en los niños ocurre entre 600-1000 veces, en los adultos 2400-6000 y en la vejez disminuyen.

Para muchos autores como Cervera e Ygual (2002) la deglución cuenta con cuatro fases y la duración de cada una no es fija, sino que depende de cada sujeto. Destacar que muchas veces la fase preparatoria y la oral se unen en una misma fase.

- **Preparatoria.** El alimento se introduce en la cavidad oral, se tritura a través de la masticación y después se insaliva y homogeneiza para que se forme el bolo alimenticio compactado. La trituración del alimento lo realizaremos con los molares bilateralmente, pero puede ocurrir una

alteración en la que se vea obligado a masticar únicamente por uno de los lados.

- **Oral.** Esta fase se realiza con mucha rapidez. El bolo se encuentra en la lengua y el ápice de esta se coloca en los alveolos, pegándose también el resto de la lengua contra el paladar, sellando los laterales para que el alimento no se escape. El bolo se cae hacia atrás porque la lengua se encuentra inclinada y, esta, lleva a cabo un movimiento peristáltico, que efectúa una forma ondulatoria.
- **Faríngea.** A partir de aquí comienzan las fases involuntarias o “reflejo de deglución”, una vez que los pilares anteriores contactan con el bolo. El velo se contrae, tocando la pared faríngea e impide que el bolo se dirija a la rinofaringe. Para que el bolo no regrese a la boca, la lengua toca el velo del paladar. En esta etapa la laringe asciende y la epiglotis se encarga de proteger el aparato respiratorio de falsas rutas; también los repliegues vocales contactan entre sí para proteger. Para finalizar esta fase, el bolo cae a la faringe.
- **Esofágica.** Una vez que el bolo se encuentra en el esófago, se conduce hasta el estómago. Esto puede ocurrir gracias a la fuerza de la gravedad en el caso de los líquidos, pero en los sólidos tienen lugar movimientos de la pared esofágica. Con que se realice esta acción únicamente una vez suele ser suficiente, pero si hay restos en la boca se realiza tantas veces como sea necesario para se encuentre vacía y esté preparada para ingerir nuevamente.

## **2.2. Deglución atípica**

Cervera e Ygual (2002), consideran que la deglución atípica consiste en la postura y uso inadecuado de la lengua durante la deglución. La lengua se sitúa entre los incisivos o se apoya en la cara posterior de estos tras la masticación y la lengua ejerce presión sobre ellos.

Para Marchesan (2002) la deglución atípica consiste en los movimientos inadecuados de la lengua y/u otras estructuras que participan en la deglución durante la fase oral. Con esta afirmación se pone de manifiesto que la corrección de la

deglución atípica consiste en un trabajo del logopeda, lo que ocurre es que la deglución atípica puede causar un desorden en la colocación dental del sujeto.

Cervera e Ygual (2002) señalan que muchos autores definen la deglución atípica es el mantenimiento de la deglución infantil. Esto es así porque en la deglución infantil poseen el reflejo de succión-deglución y esta persiste la frontalización de la lengua tan característica en la succión infantil.

Acosta et al (2010), afirman que hay una gran relación entre la deglución atípica y la mordida abierta; si la mordida abierta es severa, también lo será la deglución atípica. La mordida abierta anterior consiste en la ausencia de contacto de los dientes de los sectores anteriores de los maxilares con sus antagonistas.

Para Aragón (2009), las personas con deglución atípica tienen una serie de características:

Falta de sellado labial	La formación del bolo se realiza contra los incisivos
Hipotonía en los labios	Masticación en la zona anterior en vez de con los molares
Respiración oral	Maseteros laxos y contracción labial durante la deglución
Lengua con hipotonía y con una posición avanzada o interdental	Suelen aparecer restos de comida y saliva en los labios
Maloclusiones dentales y maseteros	Movimientos asociados de cabeza y cuello
Torpeza en la realización de movimientos deglutorios de delante hacia atrás	Pueden presentar paladar ojival, que desubica la posición lingual
Dificultades articulatorias con la /s/ o /r/	

Para determinar la causa de la deglución atípica, actualmente no hay consenso entre los ortodoncistas. Según García et al (2010), las causas más probables de la deglución atípica son:

<b>Desequilibrio del control nervioso</b>	Muchos niños presentan problemas neurológicos, de manera que la musculatura no la controlan ni tampoco pueden coordinar los movimientos. En resumen, el equilibrio muscular necesario para la deglución se encuentra alterado.
<b>Amígdalas inflamadas</b>	La persistencia de amigdalitis repercute en la colocación de la lengua al deglutir, ya que la lengua tiende a colocarse hacia delante en la deglución para que no toque las amígdalas y produzca dolor.
<b>Macroglosia</b>	Se trata de las lenguas de gran tamaño y que parecen que no entran en la cavidad oral, esto dificulta mucho posicionarla de forma correcta para la deglución.
<b>Pérdidas de piezas dentarias tempranas o diastemas anteriores.</b>	Debido a esto, la lengua se colará por estos espacios, causando una interposición lingual en la deglución.
<b>Hábitos alimenticios en la primera etapa.</b>	El uso de tetinas de mamaderas de orificio grande, producen que el niño frene la gran cantidad de líquido que succiona con la lengua.
<b>Respirador bucal</b>	El paciente busca un sellado anterior sin el que no puede deglutir.

Encontramos diferentes tipos de deglución atípica según dónde se localice la alteración durante la deglución, si la respiración se encuentra alterada... Para muchos autores como García et al (2010) y Aragón (2009) se pueden recoger en los siguientes:

- **Deglución con interposición lingual o con presión atípica de la lengua.** La lengua se interpone entre los incisivos o incluso entre los premolares y molares.
- **Deglución con interposición labial o con presión atípica del labio.** En este caso el labio inferior se encuentra entre los dientes frontales durante la deglución, es decir, se observa cómo los dientes muerden el labio inferior. Las consecuencias de este tipo de deglución son que el labio superior se vuelve hipotónico, adquiere la configuración de labio corto debido a su poca participación en la deglución, el labio inferior se vuelve más hipotónico al igual que el mentón porque están muy activos en esta deglución.
- **Deglución con contracción comisural.** Observamos hoyuelos cerca de las comisuras de la boca durante la deglución. Los músculos contraídos son los risorios.
- **Síndrome de respirador oral.** Cuando el sujeto realiza la respiración a través de la boca en vez de la nariz, va a afectar a la deglución.
- **Succión.** Si existe succión digital, labial o lingual, del chupete, de objetos o la onicofagia, va a producir que el sujeto realice una deglución atípica.

Muchos expertos consideran que este mal hábito es el más frecuente, afectando a un 50% de los niños de 6/7 años y disminuyendo a un 25% a los 16/18 años.

### **2.3. Logopeda y dentistas**

El papel de la logopedia es fundamental antes, durante y después del tratamiento ortodóncico ya que es de vital importancia y muy eficaz en la corrección de los malos hábitos para alcanzar un equilibrio muscular y corregir la mala función. Tanto el tratamiento logopédico como el ortodóncico ha de realizarse precozmente para corregir lo antes posible la mala función y la situación de la ortodoncia. De tal manera que se trata de dos disciplinas que van de la mano y tienen que colaborar una con la otra para que los avances de ambas sean favorables y el resultado final del tratamiento sea satisfactorio y no ocurran recidivas.

Freitas et al (2011), realizan un estudio del que se puede extraer la siguiente información:

- La logopedia, específicamente la terapia miofuncional, con el paso de los años tiene unos mejores resultados, ya que el tratamiento se ha ido convirtiendo en más individualizado y tiene en cuenta las características específicas de los pacientes. La logopedia tiene que tener en cuenta, a la hora de realizar el diagnóstico, tanto la forma como la función, porque ambas deben de presentar cambios, sino no serviría de nada la intervención, es decir, el tratamiento debe realizarse desde ambas perspectivas y tener en cuenta a las dos.
- La decisión de iniciar el tratamiento logopédico debe de tomarse de manera conjunta entre dentistas y logopedas. Es muy importante tener en cuenta que la intervención y evaluación precoz será de vital importancia para que el tratamiento sea más eficaz y realizado de manera temprana. Aunque trabajan de manera conjunta, no lo suelen hacer en el mismo espacio, es decir, en las clínicas dentales no suele haber logopedas, sino que se derivan a los gabinetes logopédicos. Si se diera lugar a que trabajaran en el mismo espacio, se le daría mucha más normalidad a su trabajo conjunto y puede que los resultados fueran mejores.
- Cada vez es más frecuente que los odontólogos remitan a pacientes a logopedia, esto es porque cada vez tienen una visión más interdisciplinar y se han comprobado los beneficios en la intervención conjunta de ambos. También los odontólogos resaltan que los resultados son más satisfactorios si se trabaja conjuntamente con la logopedia. Algo que llama la atención es que los pacientes apenas buscan asistencia logopédica y muestran cierta resistencia cuando se les deriva a este servicio, esto puede deberse al tema económico, ya que según esta investigación las personas con una economía favorable son las que más acuden.
- Para que el tratamiento de los ortodoncistas sea favorable es importante que la musculatura del paciente se encuentre en equilibrio, de forma que se debe esperar a finalizar la intervención logopédica para finalizar con el ortodóncico.

La logopedia es importante para evitar recidivas, es decir, aunque el dentista ponga aparatos ortodóncicos si no se ha corregido la mala función no tendría los resultados esperados. Esto se debe a que las fuerzas no irían en la misma dirección y el tratamiento sería más largo o incluso no haber valido de nada porque posteriormente los dientes volverían a moverse y terminar con su buena posición.

La entrevista inicial por parte de los odontólogos hacia los padres es muy importante, y deben de preguntarse por malos hábitos que observen en sus hijos. Además de acompañar esta información de una exploración funcional al paciente.

Es muy importante dar a conocer la importancia de la logopedia en la terapia miofuncional y cuáles son los beneficios del trabajo conjunto con los dentistas. Pero también poner en relieve cuales son las limitaciones, porque el papel de la logopedia no está bien delimitado ni es conocido por muchos especialistas odontológicos, ya que aún hay muchos que son reacios y piensan que con su trabajo e intervención es suficiente para superar el problema.

### **3. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA**

Realizar un protocolo precoz de evaluación e intervención, nos va a ayudar a que los resultados sean más favorables. El tiempo es un factor importante a la hora de tratar este mal hábito, pero también lo va a ser para otras alteraciones. En el caso de la deglución atípica, cuanto más pequeño sea el niño será más fácil modificar este mal hábito, y será más fácil en los niños que en los adultos ya que tienen menos interiorizado este hábito.

Por ello, he realizado un protocolo a partir de informaciones de distintos autores y añadiendo aportaciones propias de manera que el protocolo sea lo más completo posible.

### 3.1. Signos o señales de la deglución atípica

Antes de comenzar con el protocolo de evaluación e intervención, es necesario observar al sujeto y preguntar a la familia sobre la existencia de signos o señales muy claras que pueden dar indicios de que el sujeto puede presentar deglución atípica. Según Cervera e Ygual (2002), son los siguientes:

<b>Posición frontal de la lengua desde la fase oral</b>	El ápice lingual se coloca en posición interdental o empujando contra la cara interior de los incisivos. En el caso de la interposición dental hay una estrecha relación con la mordida abierta anterior.
<b>Contracción de los labios</b>	Durante la deglución se observa una contracción excesiva y visible del orbicular de los labios, ya que la lengua al empujar hace que se produzca el escape de los alimentos y los labios hacen más fuerza para que esto no ocurra. De esta forma esta sería una consecuencia de la malposición lingual.
<b>Escape de alimentos</b>	En muchos casos hay un escape de alimentos debido al no realizar correctamente un sellado de la lengua con las arcadas dentarias o que la contracción de los labios no tenga demasiada fuerza para evitar que se escape de la boca. Para valorar el escape se le pide al paciente que trague un sorbo de agua mientras mantiene la mirada baja y el cuello flexionado hacia delante.
<b>Falta de contracción del masetero</b>	La contracción del masetero tiene lugar en el inicio de la fase oral normal y se observa si no ocurre en esta fase de la deglución. Esta ausencia ocurre porque la lengua se encuentra en posición baja y no actúa la musculatura elevadora de la mandíbula (maseteros, temporales y pterigoideos).
<b>Contracción del mentón</b>	Cuando se presenta esta contracción es para sellar la cavidad oral e impedir que los alimentos se escapen. Se observa que el labio inferior busca

	alcanzar el superior que queda alejado debido a la maloclusión o al overjet. Esta contracción se presenta principalmente en las oclusiones clase II con overjet.
<b>Movimientos del cuello</b>	Los movimientos del cuello asociados a la deglución atípica deben considerarse aparte ya que se trata de un mecanismo de adaptación. Estos movimientos se deben a una mala formación del bolo (no está bien triturado, es muy grande, no está bien insalivado...), y puede presentar dificultades a la hora de introducirse en la orofaringe, para lo que se estira el cuello y se produce una extensión de la nuca para que el bolo pase a través de la orofaringe.
<b>Ruidos al tragar</b>	Los ruidos que ocurren durante la deglución se pueden deber a un exceso de fuerza y contracción del dorso lingual contra el paladar.
<b>Mantener residuos de alimentos en la boca después de acabar la deglución</b>	Tras la deglución se le pide al paciente que abra la boca para ver si hay restos adheridos en el vestíbulo de la boca y en las paredes, ya que esto puede ocurrir en el caso en el que los músculos de las mejillas presenten hipotonía.

No es necesario que un sujeto presente todos estos signos para que se trate de una deglución atípica, puede presentar todos, alguno o ninguno. Lo que esto nos confirma es que se tratan de signos de alarma que pueden ayudar a detectar la deglución atípica, pero no hay que fiarse únicamente de ellos, hay que realizar una valoración completa.

### **3.2. Protocolo de evaluación de la deglución atípica**

Cervera e Ygual (2002) y Carasuán et al (2014), señalan algunas de las partes fundamentales que debe tener una valoración para obtener la máxima información y que están relacionadas entre sí:

- Anamnesis/entrevista.
- Observación.
- Exploración/palpación.

A continuación, con toda la información recopilada acerca de las partes que pueden estar alteradas en la deglución atípica y teniendo en cuenta los protocolos que ofrecen Carasuán et al (2014), he elaborado un protocolo de evaluación de la deglución atípica.

### 3.2.1. ANAMNESIS / DATOS PERSONALES

**Nombre y apellidos:**

**Fecha de nacimiento:**

**Nombre padre/madre:**

**Número de hermanos:**

**Domicilio:**

**Teléfono:**

### 3.2.2. DESARROLLO GENERAL

**Embarazo:** Normal / Con incidencias

**Parto:** Normal / Cesárea / Prematuro

**Enfermedades:**

**Operaciones importantes:**

**Alergias:**

**Otitis / Anginas / Vegetaciones**

### 3.2.3. DESARROLLO EVOLUTIVO

**Lactancia:** Materna / Biberón

**Tipo de alimentos:** Duro / Blando

**Masticación de alimentos:** Sí / No

**Edad a la que comenzó a hablar:**

**Dislalias / Disfonías frecuentes**

### 3.2.4. ANTECEDENTES FAMILIARES

### 3.2.5. VALORACIÓN OROFACIAL

#### 3.2.5.1. Labios

#### ESTADO

**Tono:** Normal / Hipotónico / Hipertónico

**Simetría:** Si / No

**Tamaño:** Superior: Normal / Largo / Corto // Inferior: Normal / Largo / Corto

**Sellado labial:** Normal / Insuficiente/ Falta sellado    **Saliva en comisuras:** Sí/No

**Frenillo labial:** Sí / No

**Músculo mentoniano:** Normal / Hipotónico / Hipertónico

### **MOTRICIDAD**

**Cierre / Proyección / Estiramiento / Vibración / Lateralización**

**Observaciones:**

#### **3.2.5.2. Nariz**

**Narinas:** Anchas / Estrechas

**Tabique nasal:** Recto / Desviado

**Pólipos u otras alteraciones:**

**Contracción narinas al inspirar:** Sí / No

**Observaciones:**

#### **3.2.5.3. Lengua**

### **ESTADO**

**Tono:** Normal / Hipotónico / Hipertónico

**Frenillo sublingual:** Sí / No

**Tamaño:** Normal / Macroglosia / Macroglosia

**Improntas dentarias:** Sí / No

**Halitosis:** Sí / No

**Malformaciones:**

### **MOTRICIDAD**

**Cierre / Proyección / Estiramiento / Vibración / Lateralización**

**Observaciones:**

#### **3.2.5.4. Paladar duro**

**Normal / Ojival / Ancho / Estrecho**

**Pliegues palatinos:** Normal / Hipertrófico

**Sensibilidad:** Tacto / Dolor / Temperatura

**Observaciones:**

#### **3.2.5.5. Paladar blando**

**Forma:** Normal / Corto / Velorrafia

**Elevación:** Simétrica / Asimétrica / Ausente

**Observaciones:**

### **3.2.5.6. Mandíbula**

**Maloclusión:** Clase I / Clase II / Clase III

**Tipo de mordida:** Abierta / Cruzada / Borde a borde

**Estado de los maseteros:** Normal / Hipotónico / Hipertónico / Asimétrico

**Estado de los temporales:** Normal / Hipotónico / Hipertónico / Asimétrico

**ATM:** Ruido / Dolor / Lateralizar / Apertura y cierre / Proyección – Retroposición

**Observaciones:**

### **3.2.5.7. Dentadura**

**Dientes de leche / Dientes mixtos / Dientes permanentes**

**Diastemas / Apiñamientos**

**Ortodoncia:** Fija / Móvil / No

**Observaciones:**

## **3.2.6. VALORACIÓN FUNCIONES OROFACIALES**

### **3.2.6.1. Respiración**

**Patrón respiratorio:** Nasal / Bucal

**Postura corporal:** Normal / Alterada

**Tipo respiratorio:** Clavicular / Abdominal / Costodiafragmática

**Soplo:** Normal / Débil / Incapacidad

**Ronquidos:** Sí / No

**Boca seca:** Sí / No

**Inspiraciones audibles:** No / Oral / Nasal

**Observaciones:**

### **3.2.6.2. Succión**

**Fuerza:** Sí / No

**Eficacia buccinadores:** Sí / No

**Cansancio:** Sí / No

**Coordinación succión-deglución – respiración:** Sí / No

**Observaciones:**

### 3.2.6.3. Masticación

**Masticación eficaz:** Sí / No

**Bolo homogéneo:** Sí / No

**Boca:** Abierta / Cerrada

**Masticación:** Unilateral / Bilateral / Anterior

**Propulsión correcta:** Sí / No

**Movimientos asociados:** Sí / No

**Tipo:** Temporal / Maseteriana

**Observaciones:**

### 3.2.6.4. Deglución

**Trabajo con:** Líquido / Sólido / Mixta

**Función muscular:** Maseteros / Temporales / Buccinadores / Mentoniano

**Suprahioideos:** Sí / No

**Prueba de PAYNE (posición lengua):**

**Deglución:** Normal / Atípica / Infantil / Madura

**Residuos en la boca (dónde):**

**Degluciones múltiples:** Sí / No

**Coordinación respiración – deglución:** Sí / No

**Presencia de tos:** Antes de la deglución / Durante / Después

**Respiración lenta / Respiración rápida / Apnea**

**Interposición lingual / Empuje lingual / Maculatura periorbicular /**

**Interposición labio inferior / Labios entreabiertos / Extensión cabeza /**

**Ruidos**

**Observaciones:**

### 3.2.6.5. Hábitos orales

**Babeo:** Sí / No

**Succión:** Digital / Labial / Lingual / Carrillos / Objetos

**Morder objetos:** Sí / No

**Onicofagia:** Sí / No

**Bruxismo:** Sí / No

**Observaciones:**

Este protocolo puede realizarse a todos los pacientes, tanto adultos como niños. Lo referente a la valoración orofacial, las funciones orofaciales y los datos personales se pueden realizar para ambos de la misma manera. En cambio, el

desarrollo general y evolutivo se tiene que modificar en algunos aspectos. Se puede sustituir estos aspectos por los siguientes:

## HISTORIA MÉDICA

**Enfermedades importantes:**

**Accidente o lesión:**

## EXPLORACIÓN FUNCIONAL

**Problemas de comunicación (expresión/comprensión):**

### Postura

**Desplazamiento:** Sólo / Con ayuda / Silla de ruedas / Encamado

**Cabeza:**

**Hombros:**

**Cintura escapular:**

**Cintura pélvica:**

**Piernas:**

### Alimentación

**Vía de alimentación:** Oral / Sonda nasogástrica / Gastrostomía / Traqueotomía

**Consistencia alimentos:** Sólidos / Líquidos / Semisólidos / Espesantes

**Tipos de alimentos:** Duros / Blandos

**Problemas masticación:**

Si es posible, la realización de una entrevista con el odontólogo que le haya derivado o aconsejado acudir a logopedia nos va a dar una mayor información acerca de su mal hábito y nos podremos complementar para realizar el tratamiento ortodóncico y logopédico. En el caso de que no sea derivado por un odontólogo y nosotros consideramos que tras nuestra intervención es necesario un tratamiento odontológico, se le puede derivar a un ortodoncista.

### 3.3. Observación

Cervera e Ygual (2002), plantean una observación de la deglución de dos formas diferentes, que se realiza en el orden en el que se presenta:

- Observación no intrusiva a través de la alimentación de sólidos y beber líquidos, que se llevará a cabo en todas las fases de la deglución.
- Observación intrusiva con el expansor labial o utilizando los propios dedos para separar los labios.

Estos mismos autores señalan la importancia de diferenciar los gestos naturales de las maniobras intrusivas y compensatorias, ya que pueden llevar a la confusión y a una errónea observación que interferirá en la posterior intervención.

### **3.3.1. Observación de la deglución al beber.**

#### 3.3.1.1. Observación no intrusiva (libre).

Se utiliza un vaso transparente con agua y se le pide al paciente que beba de forma normal, como lo hace en su vida diaria, para observar cual es la posición de la lengua mientras bebe. Los indicadores que se observan y pueden alarmar de la posible presencia de la deglución atípica son los siguientes:

- La lengua se alarga y contacta con el vaso, de tal manera que nosotros la podemos ver, cuando en la deglución normal no se observa.
- Al comenzar a beber la cabeza se inclina hacia delante y se inclina hacia atrás tras la deglución, para que el líquido se degluta más fácilmente.
- Existe demasiada actividad de los labios al beber, de manera que los labios ayudan a la deglución. En muchos casos se observa que se muerde el labio inferior para ayudarse a deglutir.
- La lengua, tras beber, se puede observar su movimiento de regreso después de la deglución.

#### 3.3.1.2. Observación intrusiva. Manipulación de los labios, evaluación intrusiva propuesta por Hanson y Barret (1998):

Se pide que tome un sorbo y lo trague cuando nosotros le indiquemos. Colocamos nuestro dedo pulgar en el cartílago tiroides y en ese momento se le pide que trague. Cuando la laringe asciendo, el sellado labial se rompe. Cuando la deglución atípica está presente observamos protusión lingual, exceso de actividad del mentón y una falta de contracción de los maseteros.

Otra forma es a través un expansor de labios, le introduciremos poca cantidad de agua a través de una jeringuilla/pulverizador y se les pide que retengan el agua hasta que nosotros les indiquemos que traguen.

También se puede realizar otra prueba pidiéndole que aguante un sorbo de agua en la boca y después flexione la cabeza hacia abajo y trague. En la deglución atípica hay un escape de agua porque no puede cerrar frontalmente.

### **3.3.2. Observación de la deglución a través de sólidos.**

Se suelen utilizar trozos/gajos de frutas o algún trozo de galleta. Primero de manera no intrusiva y después a través de la separación de los labios. Los rasgos indicadores de deglución atípica que se pueden observar son:

- Protusión lingual (para llegar a alcanzar los alimentos).
- Colocación del ápice lingual entre los incisivos superiores e inferiores o empujan el ápice contra los incisivos superiores.
- Observar el movimiento lingual al regresar a la cavidad oral.
- Mientras tiene lugar la masticación abre muchas veces los labios.
- Suelen presentar deglución fraccionada, que consiste en realizar varias degluciones por cada bocado.
- En la deglución o momentos antes, los labios se encuentran con bastante fuerza y apretados.
- Después de tragar, recoger y limpian el interior de la boca con la lengua y realizan una nueva deglución con los restos.
- En la deglución no contraen los maseteros.
- Excesiva fuerza en la musculatura del mentón al iniciar la deglución.
- Escape de alimentos fuera de la cavidad oral.

### **3.4. Intervención**

La intervención de la deglución atípica se realiza a través de la combinación de un tratamiento logopédico y ortodóncico. En el caso de la logopedia, esta intervención se fundamenta en la terapia miofuncional, que consiste en realizar varias técnicas, para conseguir que los patrones musculares que se encuentran alterados se reeduzcan y los malos hábitos desaparezcan.

Los principales objetivos de la intervención logopédica son los siguientes:

- Establecer el equilibrio de la musculatura orofacial.
- Alcanzar un correcto patrón deglutorio.
- Transformar todos los malos hábitos que acompañan a esta deglución atípica en los correctos, ya que, aunque se corrija el patrón deglutorio pueden aparecer recidivas porque estos hábitos influyen en la consecución de forma correcta de la deglución.

Virginia Aragón (2009), señala que la terapia miofuncional recoge los siguientes aspectos a trabajar:

- Relajación.
- Adquirir un patrón respiratorio correcto.
- Trabajar sobre la musculatura labial.
- Ejercitar la musculatura lingual.
- Potenciar la musculatura velar.
- Movilizar la musculatura temporo-mandibular.
- Enseñar el hábito correcto de la deglución.

A partir de lo expuesto por Virginia Aragón (2009), he realizado una propuesta de ejercicios añadiendo otros y modificando algunos de los que propone ella.

### **3.4.1. Relajación.**

Trabajar la relajación no será necesario en todos los casos, únicamente en aquellos en los que se localice tensión en las zonas de cabeza y cuello. Para ello realizaremos las siguientes actividades:

- Movimientos de las cervicales, del cuello, de los hombros...
- Masajes activos y pasivos en la cara en general o en partes concretas (labios, lengua...). Estos masajes se pueden realizar directamente con las manos o con diferentes instrumentos de vibración y estimulación (térmica, formas...).

- Relajar todo el cuerpo mientras el paciente está tumbado, en los casos en los que haya tensión en todo el cuerpo.

### **3.4.2. Respiración.**

En el caso de la respiración debemos conseguir que todos los pacientes consigan alcanzar una correcta respiración costo-diafragmática, además de la coordinación de la misma con otras funciones.

Al inicio, se tumba al paciente en una colchoneta y se le pide que respire con normalidad para comprobar qué movimientos realiza al inspirar y espirar se coloca una mano en el abdomen y otra en el pecho de esta forma podremos comprobar qué tipo de patrón respiratorio realiza. Para que el sujeto sea consciente, se le coloca su propia mano y se le explica que lo que tiene que elevarse es el abdomen y el pecho debe mantenerse estable.

Una vez que sea consciente de cuál es el patrón respiratorio que buscamos, se realizan ejercicios para trabajar los tiempos respiratorios de inspiración-pausa-espiración, lo haremos de forma progresiva, al inicio se realizara en un solo tiempo hasta llegar a hacerlo en 5 tiempos.

Estos ejercicios se irán realizar en las 3 posturas, al principio en decúbito supino, después sentado y por último de pies. Se hace de forma progresiva porque de pies es más complicado que sea consciente de los movimientos.

A parte de conseguir que el patrón respiratorio sea costo diafragmático, la respiración debe de ser nasal. Para ello se debe de tener la vía nasal despejada para lo que se trabaja el correcto sonado.

También podemos realizar ejercicios de control del soplo en el que a la vez se tienen que controlar los tiempos respiratorios. Se manda que sople una vela a diferentes distancias, hacer burbujas con una pajita...

TMF o el tiempo máximo de fonación, va a ayudar a que el sujeto aumente su capacidad respiratoria a través de una inspiración profunda y una posterior emisión prolongada del fonema /a/ durante el máximo tiempo posible. Este ejercicio se realizan 3 repeticiones, de esta manera se registra y se puede ver la evolución y el aumento del tiempo que es capaz de mantener la emisión del fonema /a/.

Para terminar, trabajaremos la coordinación con la fonación a través de listas automáticas (días de la semana, meses), en los que anotaremos en el primer caso los segundos y en el caso de las listas automáticas hasta donde llega y podremos ir viendo los avances y hasta donde va evolucionando. Se realizan 3 repeticiones.

Una vez que se ha trabajado el patrón respiratorio nasal y abdominal, para interiorizar este hábito se le recomienda que mientras realiza otras tareas (leer, estudiar, deberes...) se coloque un botón o un depresor entre los labios de manera que realice este patrón adecuado.

### 3.4.3. Musculatura labial.

Los ejercicios para ejercitar los labios son:

<b>Movimientos labiales</b>	Morder el labio superior, morder el labio inferior, poner morritos...
<b>Masajear los labios</b>	Con nuestras manos o con ayuda de un masajeador, contrastes de temperatura (hielo).
<b>Ejercicio del botón</b>	Se coloca un botón sujeto con una cuerda entre los labios y los dientes a la vez que el sujeto tienen los dientes en oclusión. Se tira del hilo con diferentes grados de fuerza y el sujeto debe de hacer fuerza con los labios cerrándolos para que el botón permanezca en la lengua. La fuerza con la que se tire será gradual al igual que el número de veces que se tire de ella.
<b>Emisión de fonemas labiales /m, b, p/</b>	Para que tenga la boca cerrada, se le pide que emita alguno de estos fonemas mientras realiza otras tareas. Con este ejercicio a la vez que se trabaja la musculatura oral, se potencia la respiración nasal.
<b>Colocar un lapicero entre los labios</b>	De esta manera, se tiene que realizar fuerza con los labios para que no se caiga y al igual que en el ejercicio anterior se trabaja la respiración

	nasal. También se puede colocar el lapicero entre la nariz y el labio superior.
<b>Sujetarle los labios para que no se separen</b>	Se le pide que tiene que intentar separarlos. A través de este ejercicio se fortalece los labios, ya que tienen que realizar fuerza para contrarrestar nuestra fuerza.
<b>Superponer el labio inferior sobre el superior y viceversa.</b>	La duración de este ejercicio es de 10 segundos cada uno, y un descanso entre ellos para que se elimine la tensión.

#### 3.4.4. Musculatura lingual.

Para desarrollar la musculatura lingual se realizan las siguientes actividades:

<b>Movimientos linguales</b>	Mover la lengua dentro de la boca hacia las mejillas, intentar tocarse la nariz con la lengua, pasar la lengua por los dientes...
<b>Goma de ortodoncia en el ápice lingual</b>	Después, se le pide que introduzca la lengua en la cavidad oral pero que no toque los labios ni los dientes. Una vez que la lengua esté dentro se ensanchará y la goma se desprenderá.
<b>Colocar un trozo de oblea en la parte del paladar que contacta con los incisivos superiores</b>	Después, se le pide que coloque el ápice lingual donde está la oblea. Se trabaja la musculatura lingual y la correcta posición lingual en la deglución.
<b>Botón e hilo</b>	Se coloca el botón en los pliegues palatinos y el ápice lingual tiene que colocarse sobre el botón para que no se caiga.
<b>Sacar lengua y depresor</b>	Se le pide al sujeto que saque la lengua y realice fuerza contra un depresor que colocamos delante de su boca a la vez que nosotros realizamos fuerza en la otra dirección, es decir hacia él.

<b>Chasquido con la lengua</b>	Pero solo realizar el movimiento inicial, sin llegar a producir un chasquido. Para ello, se coloca la lengua en el paladar duro y se abre mucho la boca.
<b>Untar alrededor de los labios</b>	Se le unta con algo que le guste y se le pide que con la lengua se lo coma, de esta forma se realizar movimientos circulares.

### 3.4.5. Musculatura velar.

Realizaremos diferentes ejercicios para potenciar la movilidad velar:

Bostezar.	Realizar gárgaras.
Decir vocales, alternando tonos graves y agudos.	Silbar con diferente intensidad, duración y tonos.
Inflar globos.	Soplar velas a diferentes distancias.
Soplar a través de pajitas y que intente mover una pelota.	Estimular el velo del paladar con una estimulación térmica con jeringuillas a través de agua con temperatura fría y caliente.
Emitir la vocal /a/ con un ataque glótico.	Decir palabras que contengan fonemas velares /k, g, j/.

### 3.4.6. Musculatura temporo-mandibular.

Ejercitamos la articulación temporo-mandibular a través de:

- Contracción de maseteros y labios mientras se cuenta hasta 10.
- Masticar alternando ambos lados.
- Colocamos el pulgar debajo de los dientes superiores del sujeto y el índice en los inferiores, posteriormente se le dice que tiene que intentar cerrar la boca mientras nosotros hacemos fuerza de contrarresistencia.
- Masticar progresivamente diferentes consistencias.
- Comer de manera exagerada.

### 3.4.7. Enseñar el hábito correcto de la deglución

Una vez que la musculatura implicada en la deglución se encuentra fortalecida, se enseña el hábito correcto de la deglución.

Las consistencias que utilizaremos serán; solidos, semisólidos, líquidos y por último su propia saliva, este orden no es aleatorio, sino que se corresponde con el grado de dificultad que se le presenta al sujeto, siendo progresivo de una menor dificultad a una mayor dificultad. Con los sólidos se trabajará con mayor fuerza la musculatura implicada en la masticación ya que debe de realizar más fuerza y a la vez es más propioceptivo. En cambio, con los líquidos es necesario que realice más fuerza en la succión y sea rápido en la deglución.

Se deben explicar al sujeto cuales son todos los pasos a seguir para realizar correctamente el patrón deglutorio son:

- **Masticar.** La masticación se realizará con los molares, a la vez que los maseteros se encuentran en contracción, se le colocan sus manos en los maseteros para que sea consciente de la fuerza que realizan. Es fundamental que los labios se encuentren cerrados, para que no haya escape de la comida.
- **Armar el bolo.** Una vez que el alimento se encuentre triturado, se debe de juntar a través de la aspiración y la succión para que el bolo se eleve hacia el paladar, y los labios no tienen que estar presionados.
- **Colocar la lengua en posición correcta.** El ápice lingual se coloca en los alveolos, el dorso lingual contacta con la parte media del paladar y la base lingual con el paladar blando. De esta manera la lengua se eleva pegándose al paladar y se produce un movimiento ondulante que hace que el bolo que habíamos armado anteriormente vaya hacia atrás.
- **Tragar.** Para finalizar el acto deglutorio, se lleva al bolo hacia atrás, pero es muy importante que la cabeza no acompañe a este movimiento. Una vez que ha tragado se le manda que abra la boca para ver que ha tragado todo y no hay restos. También se comprueba si lo ha tragado de una única vez o ha realizado una deglución fraccionada. Se le coloca su mano en el

hioides en el momento de tragar para que a través de la propiocepción sienta el movimiento de ascenso y descenso.

Al mismo tiempo que vamos trabajando con el paciente, se recomienda que en casa realice las tres primeras cucharadas de cada comida pensando en cómo debe de realizar la deglución correcta. Con esto, va automatizando el hábito correcto en su rutina alimenticia. Con el tiempo va aumentando las veces en las que realiza la deglución pensando cual es el patrón correcto de deglución.

Para conseguir la generalización de lo trabajado con los niños, se recomienda que en casa los padres refuercen de forma positiva. Además, con niños, va a ser muy positivo utilizar tablas con los días de la semana y las comidas que realiza en casa, de manera que se van colocando, por ejemplo, caritas sonrientes en las comidas en las que realice la deglución de forma correcta y caras tristes en las comidas en las que no lo realice de forma correcta. Todo esto va a ayudar a que el niño se implique más en la intervención y este motivado.

## **4. SESIÓN TIPO**

Las sesiones de intervención logopédica de la deglución atípica se recomiendan realizar 2 veces a la semana con una duración de 30/40 minutos. En caso de los niños se puede aprovechar el momento de la merienda para utilizar los alimentos que suele comer y trabajar dentro de su rutina.

Esta sesión tipo es general para un paciente con deglución atípica. Con esto quiero decir que esta sesión no sirve para todos los pacientes con deglución atípica, se puede utilizar como guía y realizar modificaciones según el tipo de necesidad de cada paciente.

Como inicio, realizamos un ejercicio de relajación de cabeza y cuello.

- Realizamos un masaje facial con diferentes texturas y temperatura en las zonas de labios, lengua, mejillas... ya que son las zonas que intervienen en la deglución.

- Rotaciones de la cabeza de derecha a izquierda y viceversa, también mover la cabeza de delante hacia atrás.

A continuación, trabajaremos la respiración, ya que es fundamental alcanzar un patrón respiratorio costo-diafragmático y una buena coordinación.

- Hacemos periódicamente los tiempos máximos de fonación (TMF).
- Series de números y días de la semana.

Posteriormente realizamos diversos ejercicios para trabajar labio, lengua, velo y ATM (Articulación temporomandibular).

<b>Botón con hilo</b>	Teniendo los dientes en oclusión y hacer fuerza con los labios al ir tirando del hilo. De esta manera se potencia el tono de los labios, al ir moviendo el botón a lo largo de los labios.
<b>Oblea o goma pequeña de ortodoncia</b>	Lo colocamos en el paladar justo detrás de los incisivos superiores y se le pide que coloque el ápice lingual para sujetarlo y que no se caiga. Se potencia la movilidad lingual y la correcta posición para la deglución.
<b>Inflar globos</b>	A través de este ejercicio sencillo trabajamos la movilidad del velo.
<b>Masticar alternativamente</b>	La masticación a través de ambos lados va a ejercitar la movilidad de la ATM.

Para finalizar, como se han trabajado todos los aspectos que intervienen en la deglución, se realizan ejercicios con los que se generaliza el hábito correcto de la deglución. Para ello se llevan a cabo degluciones con alimentos en los que vamos señalando cuáles son los pasos a seguir para efectuar una buena deglución, acompañado de la correcta posición lingual del ápice en el paladar justo detrás de los incisivos. Dependiendo de cada sujeto y de su edad utilizaremos los alimentos que más les gusten o los que coman normalmente en las horas que realizan la intervención, ya que se suele aprovechar la hora de la merienda.

## 5. RECOMENDACIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN

Algunas recomendaciones que se pueden realizar a los pacientes para que realicen durante la intervención son las siguientes:

### 5.1. Para los padres en el caso de los niños.

- Incluir los ejercicios dentro de las rutinas, es decir a las horas de comer.
- Darle tiempo y espacio al niño, sin estar encima de él y ni exigiéndole desde el principio que lo haga perfecto, ya que de esta manera no se va a conseguir que el niño avance conforme se espera.
- Reforzar de forma positiva la correcta realización de este hábito, de esta forma los niños van a ver que si lo realizan de forma correcta van a tener una “recompensa”.

### 5.2. Para todos, tanto niños como adultos.

- Ser constantes en la realización de los ejercicios, es decir realizarlos todos los días según las recomendaciones de los profesionales porque de esta manera será más fácil la automatización de este hábito.
- Ser conscientes de todos movimientos de los músculos y partes que intervienen en la deglución para ser conscientes de cómo se deben de realizar los movimientos para llevar a cabo una deglución correcta.
- Avisar a los profesionales de cualquier anomalía o sobre los avances que van observando en su vida diaria, ya que el tratamiento no va dirigido únicamente a las sesiones, sino a que esto se automatice y sea capaz de realizarlo de manera espontánea en su vida.

## **6. PAUTAS DE PREVENCIÓN PARA LOS CASOS INFANTILES**

Algunas pautas de prevención para los niños que lanzan desde la Fundación Jiménez Díaz (2015), además de otras que he considerado importantes son:

- Emplear todo tipo de alimentos en su alimentación: sólidos duros y blandos y líquidos.
- Intentar que su hijo coma con la boca cerrada.
- Mastique bien el alimento antes de tragarlo.
- Coma ni muy rápido ni muy lento, es decir no meterles prisa. El tiempo recomendado es de 30/40 minutos.
- No introducir gran cantidad de alimento o bebida en la boca.
- Evitar distracciones como la televisión, cantar...
- Prevenir el uso excesivo de chupete y biberón más allá de los 18 meses. recomendado es de unos 30-40 minutos.
- Rehusar que se chupe el dedo.
- Tratar de no morderse las uñas (onicofagia).
- Esquivar la succión de objetos.

En cuanto se tengan sospechas de que la deglución no es la adecuada o haya algo que resulte extraño, es conveniente que se acuda al profesional correspondiente, de forma que la evaluación precoz va a ayudar a que la posterior intervención sea más eficaz.

## **7. CONCLUSIONES**

Tras la realización de este trabajo y haber podido recoger información acerca de la deglución atípica, las conclusiones que he extraído son las siguientes:

- a. La detección precoz en todos los casos, sea cual sea la alteración de cualquier paciente, va a jugar un papel fundamental. Esto se debe a que la evaluación realizada a tiempo va a ayudar a que la intervención se realice lo más pronto posible.
- b. La utilización de un buen protocolo de evaluación e intervención unido a lo señalado anteriormente van a ayudar a que los resultados sean lo más satisfactorios posibles y ayuden a establecer objetivos claros para que la intervención sea lo más exitosa posible.
- c. La deglución atípica es un problema por sí mismo, pero puede ser el causante de otras alteraciones. Es el caso de las maloclusiones, la respiración bucal, malformaciones dentarias y del paladar, alteración en el tono labial y lingual, y la postural corporal adecuada, entre otros.
- d. La deglución atípica, se trata de un mal hábito que se puede presentar en población infantil y en adulta. En los adultos normalmente acuden a logopedia por recomendación del ortodoncista, ya que en muchos casos acuden a ellos porque la colocación de su dentadura ha variado por la mala posición de la lengua y hasta que no se corrija este mal hábito, la colocación dental puede sufrir cambios. En casos infantil acuden también en gran medida por lo odontólogos para que la intervención odontológica sea de menor duración y más eficaz.
- e. El trabajo multidisciplinar de los logopedas y dentistas es eficaz para tratar el mal hábito de la deglución atípica, pero también para otras alteraciones. De manera que muchos dentistas derivan a sus pacientes a logopedia para que corrijan el mal hábito; al igual que los logopedas derivan a paciente a los dentistas para que corrijan la incorrecta posición de las piezas dentarias.
- f. La prevención, también juega un papel fundamental en las edades infantiles, ya que esta alteración puede evitarse si los niños comen alimentos de todas las consistencias, evitar el uso prolongado de chupetes y biberones... Es decir, que muchos de los casos de deglución atípica se podrían evitar o tener una menor dimensión.

- g. En el caso de los adultos, suelen aparecer recidivas. Esto ocurre porque el mal hábito no se ha corregido correctamente o directamente no se ha corregido y el tratamiento ortodóncico no ha servido de nada.
- h. La individualización es muy importante porque no se puede realizar la misma intervención para dos sujetos diferentes, ya que el mal hábito en cada uno de ellos va a ser diferente. De manera que es fundamental tener en cuenta las características individuales de cada sujeto para que la intervención sea lo más eficaz posible. Se puede tomar de muestra ejercicios generales para todos los sujetos, pero realizando modificaciones en función de las características, de los gustos... Además, no se tienen que trabajar las mismas cosas con todos porque las necesidades son diferentes en todos los casos.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y OTRAS FUENTES CONSULTADAS

Acosta Uribe, P. G., Rojas García, A. R., Gutiérrez Rojo, J. F., y Rivas Gutiérrez, R. (2010). Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica. *Revista Oral*, 11(33), 577-579.

Antunes Freitas, D., Oliveira Antunes, S. L. N., Fang Mercado, L., Herrera Herrera, A., Diaz Caballero, A. (2011). Perspectiva del Odontólogo sobre la necesidad de unir la Logopedia a la Práctica Clínica. *Revista Clínica de Medicina en Familia*, 4 (1), 11-18.

Alarcón, A. (2013). Deglución atípica: revisión de la literatura. *Acta odontológica venezolana*, 51 (1), art 20.

Aragón Jiménez, V. (2009). Terapia miofuncional en niños con deglución atípica. Disponible en: [https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero\\_16/VIRGINIA\\_ARAGON\\_2.pdf](https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_16/VIRGINIA_ARAGON_2.pdf)

Ayarza, M. Marcela. (2012). Deglución atípica (Parte II): “Diagnóstico y tratamiento”. *Logopedia y formación*. Disponible en: <https://logopediayformacion.blogspot.com/2012/12/deglucion-atipica-parte-ii-diagnostico.html>

Borrás, S. y Rosell, V. (2008). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Valencia: Nau Llibres.

Carasuán Barcelona, L., Donato, G. S. y Ventosa Carbonero, Y. (2014). Herramientas para la evaluación de disfunciones orofaciales. *Colegio de Logopedas de Cataluña*. Disponible en: <https://www.clc.cat/pdf/publicacions/documents/es/Herramientas-disfunciones-orofaciales.pdf>

Cervera, J. F. e Ygual, A. (2002). Guía para la evaluación de la deglución atípica. *Cuadernos de Audición y Lenguaje*, 3, 57-66.

Fundación Jiménez Díaz. (2015). Pautas recomendadas por el Servicio de Rehabilitación para el tratamiento de la deglución atípica. *Hospital Universitario Fun-*

dación Jiménez Díaz, 2. Disponible en: <https://www.fjd.es/es/carera-servicios/rehabilitacion/unidades/rehabilitacion-deglucion.ficheros/173752-DEGLUCION%20ATIPICA%20V2%20AF.PDF>

García, J., Djuriscic, A., Quirós, O., Molero, L., Alcedo, C., y Tedaldi, J. (2010). Hábitos susceptibles de ser corregidos mediante terapias miofuncionales. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*.

Garrido Ovejero, M., García Gómez, L., Fernández Sevilla, R. y Honrubia Fernández, I. (2018). Deglución atípica a propósito de un Caso Clínico. *Psychologia Latina*, Vol. Especial, 166-168.

Marchesan, I. (2017). Deglución, diagnóstico y posibilidades terapéuticas. *Espacio logopédico*. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/deglucion.pdf>

Martin Zaldivar, L., García Peláez, S., Expósito Martín, I., Estrada Verdeja, V. y Pérez Llanes, Y. (2010). Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14 (6).

Morales, L.F. (2009). Mordida abierta causada por hábitos de deglución atípica y respiración bucal. Papel del ortodoncista y del logopeda. *Gaceta dental* 199.

Pérez Robles, P. (2013). Ejercicios prácticos de deglución atípica. *Logopeda en casa*. Disponible en: <http://www.logopedaencasa.es/ejercicios/ejercicios-practicos-de-deglucion-atipica/>