

CAPÍTULO 5

HABILIDADES COMUNICATIVAS EN UNA DEPORTISTA CON PARÁLISIS CEREBRAL ATETÓSICA: REPORTE DE CASO

María Camila Quiceno Medina*

✉ maria.quiceno00@usc.edu.co

📄 <https://orcid.org/0000-0003-2117-0642>

Valentina Osorio Jaramillo*

✉ @ valentina.osorio00@usc.edu.co

📄 <https://orcid.org/0000-0002-2966-6290>

* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

Cita este capítulo:

Quiceno-Medina MC. y Osorio-Jaramillo V. Habilidades Comunicativas en una Deportista con Parálisis Cerebral Atetósica: Reporte de Caso. En: Donneys-Valencia X. (Ed. científica). Fonoaudiología & Boccia: Intervención en deportistas con parálisis cerebral. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 107-129.

HABILIDADES COMUNICATIVAS EN UNA DEPORTISTA CON PARÁLISIS CEREBRAL ATETÓSICA: REPORTE DE CASO

Communication Skills in an Athlete with Atetotic Cerebral Palsy: Case Report

María Camila Quiceno Medina

© <https://orcid.org/0000-0003-2117-0642>

Valentina Osorio Jaramillo

© <https://orcid.org/0000-0002-2966-6290>

Resumen

En este capítulo se presenta el estudio de caso de una deportista con diagnóstico de parálisis cerebral atetósica, quien por su diagnóstico de base presenta unas condiciones asociadas, como son la pérdida auditiva y una alteración de la programación neuromotora del habla, denominada disartria. Teniendo en cuenta dichas características, las autoras realizaron un abordaje fonoaudiológico basado en diferentes técnicas y enfoques, como son el enfoque Bobath y la terapia miofuncional. Desde estos postulados se trabajaron diversos procesos relacionados con el habla, como el soporte físico y postural, la respiración, la fonación y la articulación del habla. Las autoras presentan entonces todos los soportes teóricos para tomar las decisiones de su abordaje y los resultados del mismo en los procesos de comunicación de la deportista.

Palabras clave: habilidades comunicativas, parálisis cerebral atetósica, disartria, intervención fonoaudiológica, boccia.

Abstract

This chapter presents the case study of an athlete diagnosed with athetotic cerebral palsy, who, due to her basic diagnosis, presents associated conditions, such as hearing loss and an alteration in the neuromotor programming of speech, called dysarthria. Taking these characteristics into account, the authors carried out a speech therapy approach based on different techniques and approaches, such as the Bobath approach and myofunctional therapy. From these postulates, various processes related to speech were worked, such as physical and postural support, breathing, phonation and speech articulation. The authors then present all the theoretical supports to make decisions about their approach and its results in the communication processes of the athlete.

Keywords: communication skills, athetotic cerebral palsy, dysarthria, speech therapy, boccia.

Introducción

En el presente capítulo se presenta a través de un estudio de caso el proceso de intervención realizado con una deportista perteneciente a la Liga Vallecaucana de Parálisis Cerebral en el deporte Boccia, categoría BC2, cuya característica clínica principal está asociada a una alteración neurológica de tipo parálisis cerebral atetósica.

Según los antecedentes, la madre refiere que tuvo un embarazo en términos normales, asistiendo a todos los controles perinatales, sin embargo, durante el proceso de parto, que fue por cesárea de emergencia, se desarrollaron ciertas complicaciones, las cuales ocasionaron a la bebé un cuadro de hipoxia perinatal, lo que desencadenó en una insuficiencia motora de origen cerebral (IMOC) también conocida como parálisis cerebral, aunque el diagnóstico no fue dado sino hasta los tres meses de edad. Desde el momento en que fue diagnosticada, la deportista inició su proceso de rehabilitación integral con un equipo interdisciplinar, el cual contaba con neurólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y fonoaudiólogo, entre otros profesionales.

Actualmente la deportista tiene 27 años, vive con sus padres y hermana, refiere que no asiste a ningún tipo de terapia desde hace un tiempo, por cuestiones económicas y por hacer parte de un deporte adaptado. Desde los quince años hace parte de la Liga Vallecaucana de Parálisis Cerebral, durante siete años formó parte del equipo de atletismo de la Liga y desde hace dos años pertenece al equipo de boccia en la categoría BC2, la cual hace referencia a jugadores con parálisis cerebral que pueden lanzar la boccia con su mano, sin la ayuda de un asistente; estos presentan características físicas que les permite tener mejor control del tronco y brazos, lo que les favorece para tener la habilidad de lanzar la boccia con una variedad de agarres.

De acuerdo con la deportista y su madre, desde que hace parte de la Liga se han generado muchos cambios tanto físicos, emocionales y sociales; a nivel motriz, presenta mayor control de su cuerpo lo que le permite tener una mejor postura, mayor estabilidad y fuerza para caminar, teniendo en cuenta que es una persona que se desplaza haciendo uso de bastón o caminador y así mismo ha habido un fortalecimiento de sus estructuras musculares lo que le ha generado mayor habilidad para desempeñar su actividad física y ser partícipe de actividades de la vida diaria.

A nivel cognitivo ha favorecido sus funciones mentales superiores desde la planificación y estructuración de ideas, lo que le permite crear sus estrategias durante el juego y así tener un discurso más elaborado, organización espacial, concentración y memoria a corto plazo, largo plazo y de trabajo; además se han fortalecido e incrementado sus interacciones comunicativas con pares, presentando mayor confianza y a su vez mayor desenvolvimiento en su contexto, así mismo ha permitido fortalecer sus lazos a nivel emocional, social y familiar.

A partir del caso abordado, se considera pertinente mencionar que se conocen diversas alteraciones de origen neurológico que afectan principalmente a la población infantil y que afecta las estructuras musculares del cuerpo; una de esas y de las más frecuentes es la Parálisis Cerebral Infantil o Insuficiencia Motora de Origen Cerebral, la cual algunos autores refieren que se trata de:

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. En esta definición, se incluye el concepto, fundamental de que en la Parálisis Cerebral (PC) está acompañado frecuentemente de otros trastornos (sensitivos, cognitivos, lenguaje, perceptivos, conducta, epilepsia, músculos esqueléticos) cuya existencia o no, condicionarán de manera importante el pronóstico individual de estos niños. (Gómez, Jaimes, Palencia, Hernández & Guerrero, 2013, p. 31).

En torno a este diagnóstico existe una clasificación de parálisis cerebral según el tono muscular o el comportamiento motor que presenta cada paciente; teniendo en cuenta lo anterior en este capítulo se tomará como base el diagnóstico de parálisis cerebral de tipo Atetósica o Discinética.

Según Póo (2008) esta se caracteriza por movimientos oscilatorios y cambio del tono muscular, que a su vez desencadenan la presencia de movimientos involuntarios y de reflejos arcaicos persistentes. Con relación al funcionamiento, se diferencian distintas formas clínicas que puede presentar cada paciente, las cuales son: la coreoatetósica, (movimientos coreicos, atetosis, temblor en miembros superiores, inferiores, cabeza o tronco); la distónica, y la mixta, asociada a espasticidad.

Este tipo de parálisis tiene afectado principalmente el sistema extrapiramidal, específicamente los ganglios basales, los cuales están asociados con el control voluntario de los movimientos y la postura. A su vez los pacientes con atetosis presentan cambios durante su crecimiento presentando en la infancia hipotonía muscular y movimientos involuntarios que aparecen alrededor de los dos o tres años de edad y en adultos hay un mayor aumento de la tensión muscular generando espasticidad, lo que dificulta el control de movimientos involuntarios (Póo, 2008).

Hurtado (2007) menciona que los déficits con relación a las funciones cognitivas en pacientes con parálisis cerebral son el trastorno asociado

más frecuente, que va desde el retraso mental a trastornos específicos de algunas funciones como el lenguaje, atención, funciones visoperceptivas, etc. Así mismo Baron, Kerns, Müller, Ahronovich y Litman, mencionan que también existen déficits del funcionamiento ejecutivo y de la memoria de trabajo en comparación con niños sanos (citado en Muriel, Ensenyat, García-Molina, Aparicio-López, & Roig-Rovira, 2014).

Igualmente, Martín & del Riego (2001) mencionan que muchos de los pacientes con parálisis cerebral no presentan un sistema de comunicación satisfactorio en el entorno social y familiar, debido a las alteraciones que tienen para interactuar con su entorno físico y social. A partir de dichas alteraciones en la comunicación se puede llegar a retrasos en el desarrollo lingüístico, a la disminución en sus repertorios comunicativos, la falta de experiencias comunicativas, sumado a su relacionamiento social que en ocasiones suele ser escaso y repetitivo.

En relación con lo anterior, según Vidal (2018) en la parálisis cerebral atetósica una de las áreas que se ve afectada es la audición, causando pérdida auditiva específicamente en frecuencias altas y alteraciones en el habla, causando disartria, en la cual se presentan dificultades en la movilidad de musculatura facial, lo cual altera la articulación del habla, se presentan problemas respiratorios y posible parálisis en los movimientos de los ojos para centrar la mirada; sin embargo, en relación a otros tipos de parálisis cerebral, la PC atetósica tiene mayor conservación a nivel cognitivo, lo que favorece su proceso de rehabilitación.

Es por eso que en relación a los procesos del habla se observa incoordinación fono-respiratoria, restricción en la amplitud de movimientos faciales y poca movilidad articular en la deportista, dificultando su lenguaje verbal, que a su vez está limitando la expresión e inteligibilidad del habla, siendo éstas las características principales y más notorias asociadas al diagnóstico de disartria. Además, Martín & del Riego (2001) refieren que hay casos en los que la alteración articular es tan importante que los intentos de producción lingüística son poco inteligibles, por lo que

el paciente tiene que aumentar la gestualidad para dar a entender sus necesidades. Debido a lo anterior aparte de sus interlocutores naturales, que son las personas que permanecen con el paciente, puede haber una incompreensión total lo que limita las experiencias del mismo y puede generar una falta de interacción con el entorno en el que se desarrolla.

En relación con el caso, pese a que una de las áreas afectadas es la audición, y según Vidal (2018) se ven afectadas las frecuencias altas, en la deportista la pérdida auditiva es leve, ya que puede detectar o percibir sin complicaciones los diferentes sonidos del entorno y en cuanto a la conversación espontánea capta en primera instancia la mayor parte de la información que se le transmite, siendo esto positivo pese al diagnóstico, así mismo le permite la codificación y decodificación de la información.

Considerando lo anterior, dentro de este capítulo se tendrá en cuenta el diagnóstico de disartria, que de acuerdo con Bagunyá y Sangorrín (1988) “se puede definir como el trastorno de la expresión verbal causado por una alteración en el control muscular de los mecanismos del habla. Comprende las funciones motoras de la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia” (p. 149). Por su parte Morales (1997) afirma que la coordinación fono-respiratoria de los pacientes con parálisis cerebral infantil suele estar alterada debido a que presentan un patrón respiratorio incorrecto o porque los pacientes se mantienen en una postura inadecuada que afecta la posición de la laringe. Además de presentar alteraciones en fonación, resonancia, articulación de la palabra y prosodia.

En relación con esto, Pérez e Hidalgo (2020) mencionan que el objetivo general de las intervenciones para la disartria es prolongar en los pacientes la capacidad de comunicarse a través del habla, los gestos o las herramientas complementarias para la comunicación y así permitir que se conviertan en comunicadores independientes, lo que se relaciona directamente con el funcionamiento del paciente con parálisis cerebral.

Por ello a partir del diagnóstico de parálisis cerebral y disartria, relacionados con la deportista abordada en este capítulo, se considera importante mencionar algunos de los enfoques o estrategias de intervención que desde la fonoaudiología se han utilizado para pacientes con esta patología, tomando como referentes algunos de ellos para las intervenciones terapéuticas. Cabe aclarar que éstas se llevaron a cabo de manera remota utilizando ayudas tecnológicas, por lo cual los métodos no se desarrollaron completamente como se plantean, sino que se hicieron adaptaciones pertinentes que facilitarían el curso de las intervenciones. A continuación se mencionan algunas técnicas empleadas y sus referentes teóricos.

Puyuelo (1996) refiere que existen una serie de técnicas para la habilitación oral de los pacientes con parálisis cerebral, que consisten en diferentes estrategias utilizadas para mejorar la movilidad de los órganos fonoarticuladores, ya que estos son los que facilitan o permiten el habla. Entre estas técnicas se encuentran aquellas para favorecer la succión, para inhibir el reflejo de náusea cuando este se encuentra exacerbado o muy adelantado y otras para técnicas enfocadas a corregir la deglución atípica, para el control de la mandíbula, entre otras.

Así mismo, otra estrategia es la terapia miofuncional, que de acuerdo con Corral:

Es aquel proceso de intervención terapéutica, en el que se implementan y desarrollan un conjunto de procedimientos y técnicas encaminadas a favorecer el equilibrio y la coordinación del sistema estomatognático en reposo y en función, promoviendo acciones de mecanización de patrones óptimos de comportamiento muscular, eliminación de hábitos orales inadecuados y corrección de desequilibrios musculares orofaciales, siendo el eje central de los procesos terapéuticos miofuncionales (citado en Palacios, Baeza & Narváez, 2020, p. 23).

Además, se tiene en cuenta el Método Bobath que Enireb & Patiño (2017) mencionan que es :

Aquel que interviene en la reeducación de los procesos del habla y del lenguaje en pacientes con parálisis cerebral a partir de tres niveles de intervención; el primero desde la reeducación de las alteraciones de los órganos involucrados en los procesos de alimentación, la reeducación de las alteraciones motoras en los procesos del habla y la reeducación del vocablo y de la semántica; el comportamiento motor del paciente está relacionado con el comportamiento del lenguaje, por eso, el fonoaudiólogo especializado en el método Bobath tiene la capacidad de controlar las posiciones y movimientos del niño con PC a través de los puntos clave, que son, específicamente, la cabeza, el cuello y las cinturas escapular y la cintura pélvica, antes y durante la intervención. (p. 664).

Para el presente capítulo se tomará entonces como referente el enfoque desde la terapia miofuncional, con elementos tomados desde el método Bobath, que sustentan el objetivo de las actividades realizadas durante las intervenciones, las cuales fueron dirigidas para lograr una concientización del patrón respiratorio, a partir de ejercicios de respiración que permitieron una coordinación fono-respiratoria; además de movilidad muscular con ejercicios de disociación de órganos fonoarticulatorios, para así aumentar la inteligibilidad del habla, desde producciones espontáneas y dirigidas y mejorar los procesos articulatorios que intervienen en ésta, puesto que se ven afectados por la disartria que presenta la deportista.

Sin embargo, cabe aclarar que se tomaron estrategias combinadas que se pudieran llevar a cabo a través de la virtualidad y que permitieran facilitar el proceso terapéutico, pues la deportista debía realizar cada actividad propuesta desde la guía de las practicantes, quienes dieron apoyo todo el tiempo, para así cumplir con los objetivos propuestos; por otra parte, hay que tener en cuenta que de acuerdo con Ninds, aprender a producir correctamente las palabras es una tarea que puede tener gran dificultad para los pacientes con parálisis cerebral, puesto que presentan déficits en la articulación y sufren una afectación en el aspecto fonético del lenguaje, lo que impide una correcta funcionalidad del habla (citado en Timbi, Robles, Guiñansaca, Capón & Ochoa, 2015).

Fase Evaluativa

El proceso de intervención fonoaudiológica con la deportista inició desde el periodo 2020 A durante la práctica de forma presencial y a partir de esto se realizó su plan de tratamiento; las sesiones terapéuticas fueron realizadas de manera remota por plataforma virtual a causa de la contingencia por la pandemia del covid-19. En el periodo 2020 B se dio continuidad al proceso terapéutico de manera remota a través de plataformas virtuales, en las que se realizaron cinco sesiones de intervención y la entrega del plan casero, el cual incluía actividades que favorecen su proceso terapéutico desde casa.

Durante esta fase, la evaluación realizada se llevó a cabo por medio de una ficha de tamizaje modificada de las áreas de habla, lenguaje y cognición por parte de la anterior terapeuta, evidenciando que en relación a sus órganos fono articuladores hay presencia de hiperfunción en la musculatura, asimetría facial, incompetencia del selle labial, borla del mentón activa por compensaciones y frenillo lingual corto (lengua acorazonada), tipo de respiración costo diafragmática con patrón mixto (oro nasal) a causa de la incompetencia labial que presenta y dificultades de control en los músculos de la cara y cuello asociadas a la articulación de los fonemas.

En la evaluación de lenguaje se evidencia que la comprensión está conservada, presenta contacto visual, responde a los estímulos auditivos y visuales que se le presentan, maneja sistema de turnos, se comunica con esfuerzo y utiliza su expresión facial y corporal compensando su dificultad en el lenguaje verbal.

A nivel de lenguaje comprensivo logra realizar de manera secuencial las actividades, sigue órdenes complejas hasta de cuatro comandos, hace uso de la memoria a corto y largo plazo y se ubica temporo-espacialmente. Respecto a la lectura, esta es pausada y en la escritura su predominio es izquierdo, requiriendo apoyo del brazo y antebrazo que le proporcionen estabilidad para realizar la acción; la escritura es legible, aunque no hay manejo de espacios con referencia al renglón al igual que en el tamaño de los grafemas.

Finalmente, en cuanto a la clasificación de la función motora gruesa (Gross Motor Function Measure), se encuentra en nivel III, es decir, camina usando un aparato de movilidad manual; respecto a la clasificación de las funciones de comunicación (Communication Functions Classification Systems), se ubica en un nivel II, la cual hace referencia a emisión y recepción eficaz, pero con un ritmo lento, con interlocutores conocidos y no conocidos. En cuanto al diagnóstico según la CIE 10 es G80.3 parálisis cerebral atetoide y R47.1 disartria.

Definición de objetivos e intervención

A partir de las revisiones que se realizaron al material desarrollado durante intervenciones anteriores con la deportista, es decir, informes, planeaciones, evaluación, resultados, se pudo analizar que el enfoque abordado fue desde la estimulación de las funciones ejecutivas (planificación, secuenciación, organización); se llevaron a cabo actividades orientadas a la estimulación de las funciones mentales superiores como: concentración, operaciones matemáticas, agilidad mental, pensamiento, memoria a corto y largo plazo, memoria de trabajo; también de manera indirecta estimulando la concientización del patrón respiratorio (coordinación fonorrespiratoria), discriminación auditiva, lenguaje expresivo y verbal y articulación del habla.

Se plantearon tres objetivos específicos durante el proceso de intervención:

1. Favorecer la percepción auditiva en la deportista de la Livapace por medio de la intervención terapéutica para el afianzamiento de labores en su proceso deportivo y demás actividades inmersas.
2. Mejorar las funciones ejecutivas de la deportista de la Livapace por medio de la intervención terapéutica para el afianzamiento de labores en su proceso deportivo y demás actividades cotidianas.
3. Incrementar las producciones de la voz de la deportista de Livapace por medio de la intervención terapéutica para el afianzamiento de la comunicación en su vida cotidiana.

Con base en los objetivos propuestos, las actividades trabajadas fueron enfocadas desde la concentración por medio de estímulos visuales, permitiendo la estimulación de su memoria a corto y largo plazo y el desarrollo de operaciones matemáticas con el fin de agilizar el pensamiento; también el reconocimiento y discriminación de estímulos visuales y auditivos, que de manera simultánea aportan al proceso de articulación del habla; así mismo en dos intervenciones se llevaron a cabo actividades desde la coordinación fono-respiratoria.

Los resultados del abordaje anterior y de la primera intervención sirvieron como referente para redireccionar el plan de tratamiento, además de la sugerencia presentada por la deportista, quien manifiesta su preferencia por mejorar sus procesos de habla; por tal motivo se decide redireccionar el enfoque anteriormente abordado en las intervenciones, dirigiéndolo a aumentar las habilidades comunicativas; dentro de éstas se trabajó la inteligibilidad del habla, procesos articulatorios y capacidad respiratoria desde la coordinación fono-respiratoria, que favorezcan sus interacciones a nivel interpersonal en los diferentes contextos en los que se desenvuelve; para llevar a cabo esto se plantearon los siguiente objetivos.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Objetivo general

Favorecer las habilidades comunicativas a través de intervenciones terapéuticas remotas que mejoren sus interacciones comunicativas en su contexto.

Objetivos específicos:

- Lograr la conciencia respiratoria a partir de la alineación postural que le permita una coordinación fono-respiratoria durante su proceso de habla.
- Aumentar la producción de palabras en el discurso a partir de la concientización del patrón respiratorio.

- Mejorar la articulación e inteligibilidad del habla en el discurso por medio de actividades terapéuticas guiadas.

A partir de los objetivos planteados se realizaron cinco intervenciones de manera remota a través de plataformas virtuales, cuatro intervenciones en las que se realizaron actividades específicas que cumplieran con los objetivos que se plantearon, realizando ejercicios que permitieron concientizar sobre el patrón respiratorio y a su vez un patrón postural correcto en función de que le permitiera una mejor coordinación fono respiratoria, aunque al presentar movimientos involuntarios en cabeza, cuello y miembros superiores sus tomas de aire tenían que ser más pausadas. También se realizaron ejercicios de movilidad y disociación de musculatura orofacial involucrada en el habla, con praxias linguales y faciales, además de articulación de palabras y frases de corta, media y larga métrica por repetición; así se favoreció el aumento de producción de palabras y la mejora en la articulación e inteligibilidad del habla en su discurso; cabe aclarar que presentaba mayor dificultad en la producción de palabras polisílabas y frases de larga métrica, por lo que la deportista trataba de segmentarla para que fuera más inteligible su articulación.

Se finaliza con una última intervención en la que se hizo entrega y socialización del plan casero, el cual contenía actividades con relación a los objetivos planteados en el plan de intervención, con el fin de continuar sus procesos terapéuticos en casa con ayuda de su familiar, mientras se lleva a cabo el empalme con las siguientes rotaciones que darían continuidad al caso y a las intervenciones fonoaudiológicas.

Resultados

Se encuentra una deportista que continúa con intervenciones fonoaudiológicas de manera remota por medio de plataforma virtual, la cual establece adecuado contacto con las terapeutas, responde a su nombre, se encuentra alerta y orientada en las tres esferas de espacio, tiempo y persona, responde a preguntas cotidianas y de su vida de manera coherente, comprende órdenes complejas de más de cuatro comandos, se muestra propositiva y con disposición a continuar con

las intervenciones, realiza sugerencias con respecto a lo que le gustaría que se le trabajara, aunque con dificultad en la fluidez debido a su diagnóstico de disartria.

Desde el inicio de las intervenciones hubo disposición y compromiso por parte de la deportista y de la familia, factor importante que facilitó el desarrollo de las diferentes actividades que se plantearon. Se estructuraron criterios de logro que se pudieran cumplir, teniendo en cuenta los siguientes parámetros: lo realiza, lo realiza con dificultad y no lo realiza, para de esta manera poder observar la ganancia que se obtuvo durante el proceso, pese al poco tiempo de intervención. De igual forma se tomaron como referentes diez palabras y cinco oraciones de corta, media y larga metría al final de cada intervención que permitieron identificar si se cumplieron o no los objetivos planteados con relación a la inteligibilidad del habla y aumento de palabras en su discurso; además en cada intervención se realizaron actividades de concientización del patrón postural y respiratorio, con lo que al final de cada una se hacía retroalimentación para verificar que comprendía y ejecutaba correctamente.

Primera sesión de intervención

En la primera intervención la deportista respondió de manera positiva y propositiva a las actividades propuestas, además se mostró activa en cada actividad, respondiendo de manera asertiva a las preguntas, aunque requiriendo en ocasiones repetir la consigna por su deficiencia auditiva; sin embargo, estuvo dispuesta a seguir las instrucciones dadas, comprendiendo las consignas para realizar la ejecución de los ejercicios y no presentó dificultad en el reconocimiento de estímulos. Se observó dificultad con relación a los procesos del habla, ya que, la incoordinación-fono respiratoria que presenta la deportista afecta su discurso, aún más en habla espontánea que en dirigida, lo que lentifica los procesos de respuestas dificultando la inteligibilidad; está dentro de los parámetros que se establecieron en lo que realiza con dificultad. Sin embargo, se le brindaron herramientas útiles en cuanto a los procesos de coordinación fono-respiratoria en que se le pide que, en posición sedente, debe poner su mano en el abdomen,

inspirar y espirar el aire para observar cómo se eleva el abdomen, lo que hace que amplíe el rango inspiratorio y a su vez la producción de palabras y la inteligibilidad del habla.

Con relación a las palabras polisilábicas las logró pronunciar aunque con dificultad; con palabras de tres sílabas o más requiere de dos o más inspiraciones de aire para producirlas, si no lo lograba a la primera se le pedía que repitiera una o dos veces más, lo que le permitía favorecer la articulación; debido a ello se es necesario favorecer la conciencia y el patrón respiratorio adecuado para que lleve a cabo el proceso y así poder lograr mayor control de la salida del aire que reduzca el tiempo de respuesta y favorezca la inteligibilidad del habla.

Segunda sesión de intervención

En la segunda intervención se continuó trabajando la parte de respiración observándose que la deportista lo realiza, aunque con dificultad, ya que al momento de pedirle que inspire y exhale el aire por la boca mientras pronuncia una vocal, se evidencia que al inicio son de corta duración, así se realiza reeducación del tipo y modo respiratorio adecuado; sin embargo, al llevarse a cabo en repetidas ocasiones logra mejorar sus emisiones alargando unos segundos más. Por otra parte se nota dificultad para pronunciar oraciones cambiando el sentido, viéndose afectada la prosodia, ritmo y entonación de éstas; realizó la actividad de organizar las palabras, aunque requirió de apoyo por parte de las practicantes en algunas palabras. Finalmente, en la organización de las oraciones se notó dificultad para darle sentido a la oración y organizarla de manera correcta requiriendo de apoyo constante, aunque logró pronunciar las oraciones en voz alta teniendo en cuenta la respiración, aunque sus respuestas son lentas por sus dificultades articulatorias, pero lo hace positivamente.

Tercera sesión de intervención

En la tercera sesión se dio continuidad al apoyo de los procesos respiratorios adecuados con la retroalimentación sobre la postura y tipo y modo de respiración correcto para favorecer los procesos de articulación del habla, en los que responde de manera positiva a las preguntas, sin embargo en algunas ocasiones requirió de apoyo para su respuesta. Para mejorar la movilidad y control de las estructuras que intervienen en el habla se realiza la imitación de imágenes de praxias, a la que responde positivamente, aunque en momentos se le dificultaba la realización de algunas praxias, pero ella por sí misma la repetía hasta que la hiciera correctamente.

Con relación a las organizaciones de oraciones se le dificulta un poco, por lo que se le proporcionó apoyo en varias ocasiones para que las organizara correctamente; además reconoce correctamente estímulos auditivos respondiendo asertivamente a las preguntas realizadas. Respecto a las frases y oraciones responde positivamente a las palabras de corta metría, sin embargo en las de media y larga metría requiere de apoyo para que sea inteligible; al igual que en las frases, hay palabras que son inteligibles pero requiere de apoyo, además, se le pidió que repitiera en varias ocasiones porque no era muy inteligible, sin embargo logra repetir las palabras de tres sílabas con una inspiración (toma de aire), observando un aumento en el control, capacidad fonatoria e inteligibilidad.

Cuarta sesión de intervención

La cuarta sesión se continúa con el apoyo de los procesos respiratorios adecuados, siguiendo con la reeducación del patrón postural y de respiración de tipo abdominal y modo nasal que es el adecuado; se realizaron preguntas acerca de lo trabajado anteriormente con el fin de observar la retención de información por parte de la deportista, es decir su memoria corto plazo y de trabajo y a su vez determinar la concientización del patrón postural y respiratorio correctos, respondiendo positivamente a esto, realizándose de manera verbal y al mismo tiempo mediante movimientos físicos, gestuales y lenguaje no verbal.

En cuanto a la fonación la paciente logró realizar emisiones vocálicas sostenidas de corta duración; luego de tomar inspiraciones con mayor proporción de aire logra realizar emisiones un poco más largas, aunque al final de éstas pierde fuerza e intensidad en la voz. Con relación a la parte disociativa de las estructuras orofaciales se identifica que aún presenta dificultad para realizar algunas de las praxias, dentro de éstas al momento de ejecutar fricción de la lengua contra el paladar para producir el sonido de un chasquido, ya que éste es uno de los órganos que se ve afectado para la producción del habla.

Por último, se realizó la actividad de la producción oral de las diez palabras y cinco oraciones que se habían venido trabajando en pro de evidenciar si hay un avance en la inteligibilidad; se observa que logra realizar palabras de corta metría en una inspiración con la misma intensidad de la voz al iniciar y finalizar la palabra; caso contrario con las de media y larga metría que requieren de más de una toma de aire pero trata de controlarlo para terminar la frase; en las oraciones se observa que trata de darle continuidad a la oración realizando el proceso un poco más fluido, sin embargo, es necesario en ocasiones la repetición, ya que se le va dificultando la articulación y por ende se afecta la inteligibilidad del habla.

Quinta sesión de intervención

Finalmente para la quinta y última intervención se inició con la retroalimentación de las actividades ejecutadas durante las sesiones terapéuticas llevadas a cabo, en las que se realizaron preguntas con relación a las actividades que desempeñó el fin de semana, cómo se siente, qué estaba haciendo, como le han parecido las intervenciones, cómo se ha sentido con el trabajo realizado; esto con el fin de observar la estructuración de su discurso, la mecanización del patrón respiratorio utilizado en los procesos del habla, la inteligibilidad del habla y el número de palabras utilizadas en su discurso. Además, se hace entrega del plan casero elaborado por las practicantes, el cual contiene actividades para realizar en casa que favorezcan el proceso terapéutico hasta que se realice el empalme con la siguiente rotación y continúen con las intervenciones.

El plan casero contiene actividades de alineación postural; ejercicios de respiración desde la concientización del tipo y modo respiratorio (abdominal - nasal) con tomas de aires profundas y exhalación del aire por la nariz, pero también con producciones vocálicas sostenidas que le permitan aumentar el tiempo fonatorio y de esta manera favorecer los procesos del habla.

También contiene actividades de disociación de la musculatura facial con praxias faciales y linguales con imágenes que deberá imitar frente a un espejo, esto con el fin de movilizar la musculatura y a su vez la articulación del habla. Además, contiene ejercicios de repetición de palabras y oraciones de media y larga metría que le permitan mayor toma de aire y mejor producción de estas para así aumentar la inteligibilidad del habla en la ejecución de su discurso. Todas las actividades presentadas en el plan casero están encaminadas, principalmente, a mejorar esos procesos del habla desde la coordinación fono-respiratoria y la articulación.

Con relación a esto se hace uso de estrategias que le permitan al paciente integrar y automatizar conductas por medio de la práctica diaria de los ejercicios que deberá realizar de manera independiente, por lo que se emplea la entrega del plan casero.

El cual busca la independencia del paciente en su vida diaria, manteniéndose motivado y comprometido en relación a su proceso terapéutico para que los logros se vayan reflejando de manera rápida y oportuna y de esta manera evitar la recidiva del desorden muscular oro facial (Argüello, Baeza & Narváez, 2020. p. 110).

Teniendo en cuenta lo anteriormente trabajado durante las intervenciones, esto concuerda con lo planteado por Velasco (2015), quien indica que “para todo profesional fonoaudiólogo es prioridad la funcionalidad de la respiración como elemento esencial para el acompañamiento de funciones como la fonación, la deglución y el habla”. De igual manera señala que “El quehacer fonoaudiológico incluye el control funcional de las estructuras orofaciales y, por ende, despliega una gran cantidad de técnicas para tal fin” (p. 43).

Con relación a todas las intervenciones, en estas se desarrollaron actividades orientadas a favorecer las habilidades comunicativas que se encuentran afectadas por alteraciones musculares orofaciales, generadas por la disartria que presenta la deportista. Estas se llevaron a cabo mediante la ejercitación y estabilización del complejo oro facial “donde se ejecutan técnicas terapéuticas de control postural, tono, praxias y disociación de movimientos, así mismo de actividades desde la respiración, para finalmente lograr la mecanización de las funciones estomatognáticas” (Argüello, Baeza & Narváez, 2020, p. 102).

Con respecto a la implementación del abordaje desde terapia miofuncional con estrategias tomadas también del método Bobath, en las sesiones con la deportista se evidencia que el componente comprensivo de ésta no se ve afectado por el diagnóstico que presenta logrando desarrollar las actividades con respuesta positiva y rápida, lo que esto fue un punto favorable para la ejecución de las intervenciones.

Se evidencia que la deportista después de las intervenciones realizadas ha logrado una mayor estabilidad postural en sedente desde el control del tronco y alineación de cinturón escapular y pélvico, aunque por los movimientos involuntarios que presenta en ocasiones hay desacomodación de su postura, pero por sí misma regresa a la postura correcta. La deportista presenta mayor concientización del patrón respiratorio de tipo abdominal y modo nasal, pero en ocasiones presenta escapes de aire en reposo pues no presenta un selle labial competente, lo que refleja que aún no logra automatizarlo, por lo cual se debería continuar trabajando de manera indirecta estos patrones.

En cuanto a los procesos del habla, la inteligibilidad sigue viéndose afectada ya que los movimientos linguales y de los músculos implicados en el habla son limitados, por lo que no los realiza de manera coordinada y presenta escapes de aire aún más relevantes en la producción de su discurso por la incompetencia labial que presenta lo que a su vez le implica tener que realizar un mayor esfuerzo de forma pausada y repeticiones de palabras u oraciones que mejoren el control de éstos para la salida del aire en función del habla.

Una las ganancias obtenidas por la deportista es que se logró concientizar sobre el correcto patrón postural en sedente, lo que le permite mayor control y estabilidad del tronco; a su vez logra medianamente la reeducación del patrón respiratorio de tipo abdominal y modo nasal, ya que es subjetivo por el modo en que se llevaron a cabo las intervenciones, en ocasiones se le recordaba cómo debía realizarlo correctamente para así favorecer sus procesos del habla.

En cuanto a la articulación del habla se logró aumentar la producción de las palabras de corta metría con una sola inspiración y de media y larga metría con dos o tres inspiraciones, dependiendo de la extensión y combinación silábica de la palabra lo que permitía que fuese más inteligible al momento de producirla; esto se lleva a cabo al integrar los procesos respiratorios y posturales adecuados; así mismo con la producción de oraciones, aunque en estas al tener mayor número de palabras requería mayores tomas de aire y pausas entre palabra y palabra que le dieran continuidad a la oración; sin embargo presentaba mayor escape de aire al finalizar cada palabra distorsionando los sonidos por lo que se le pedía repetir para que fuese más inteligible.

Conclusiones

La deportista presenta el diagnóstico de parálisis cerebral de tipo atetósica o discinética el cual no tiene cura, e incluye alteraciones del tono muscular, presentando espasticidad específicamente en miembros superiores e inferiores y articulatorias, movimientos involuntarios que le generan mal alineamiento postural, aunque eso no le limita su desempeño de actividades en su rol social, familiar y de inclusión deportiva; lo ideal sería realizar un trabajo interdisciplinar; según Velasco (2015):

Pensar en intervenciones integrales, con equipos interdisciplinarios, no es pensar en lo 'mío' y en lo 'suyo', desde el rol profesional. Es pensar en lo de 'el-ellos', en lo de quienes se llaman pacientes, que dan cuenta de un ser total que requiere 'armarse' en todas sus partes, para ser funcional (p. 43).

Por otra parte, dadas las condiciones de la deportista, se evidencia que realiza compensaciones posturales y reducciones de respuestas verbales por la dificultad articulatoria que presenta, sin embargo, se evidenció que la comprensión de la paciente no se ve afectada por el diagnóstico de parálisis cerebral atetoide, lo que favorece la ejecución de las intervenciones y a su vez la comprensión de las órdenes para la realización de cada actividad planteada de manera efectiva.

Se concluye, de acuerdo con el seguimiento que se le ha dado a la deportista que la posición en sedente es más efectiva para el desarrollo de las actividades generando mayor estabilidad del tronco y activación de la musculatura, esto ha favorecido el patrón respiratorio en reposo y a su vez la coordinación fono-respiratoria durante los procesos del habla. Además, las producciones verbales se presentan más inteligibles, hay un aumento de palabras en su discurso con relación a la coordinación fono-respiratoria, presenta mejor articulación del habla relacionada a la disociación de la musculatura facial que favorecen sus interacciones comunicativas con su entorno tanto a nivel familiar como social y así mismo en su proceso de inclusión.

Recomendaciones

- Se recomienda continuar trabajando con el componente del habla que favorezca los procesos comunicativos de la deportista en los diferentes entornos de la vida cotidiana y deportiva, que mejoren el ritmo, entonación, acentuación y velocidad de habla, ya que en las intervenciones anteriores se logró una concientización del patrón respiratorio y ganancia en la producción de palabras por inspiración e inteligibilidad; todo ello en pro de mejorar la calidad de comunicación de la paciente.
- De igual manera hacer apoyo en casa en la realización de los ejercicios presentados en el plan casero, debido a que es importante reforzar las actividades de apoyo conjunto con las intervenciones, en pro de fortalecer las ganancias obtenidas durante las sesiones terapéuticas.

- Se propone trabajar en la interacción y comunicación a nivel social, evidenciando poca participación en actividades grupales exceptuando ejercicios de interés por parte de la paciente; dentro de éstos los relacionados con la música, desde allí se puede incentivar la parte comunicativa y expresiva en pro de mejorar los procesos del habla.
- Por último, se sugiere realizar trabajo interdisciplinario con fisioterapia, con el fin de afianzar los procesos posturales en la paciente, al igual que la estabilidad y control en las diferentes posturas y desplazamientos que realice.

Se debe tener en cuenta que según Madrigal (2004):

Las intervenciones del plan de tratamiento deberán establecerse por un equipo interdisciplinario (médicos, enfermeros/as, psicólogos, fisioterapeutas, etc.), con la colaboración de la familia, e incluir no sólo las áreas físicas y médicas, sino también los aspectos de comunicación, psicológicos y emocionales, educativos, etc. En ocasiones, los médicos y/o los padres se centran únicamente en las posibilidades de caminar, olvidando que lo importante es desarrollar el mayor número de habilidades que les permitan alcanzar la mayor autonomía posible (p. 20).

Igualmente, se debe tener en cuenta que el tratamiento no se basa exclusivamente en las actividades realizadas en el sitio de terapia, sino que debe dársele continuidad a los ejercicios y actividades planteados por el terapeuta, de esta manera todas las personas que se encuentran en los diferentes contextos en los que participa la persona con PC, como son su familia, docentes, amigos, etc. están en la capacidad de contribuir al mejoramiento de sus capacidades (Madrigal, 2004).