

Silbatos como Herramientas de Terapia

Por Sara Rosenfeld-Johnson, M.S., CCC-SLP

Publicado en la revista ADVANCE el 31 de mayo de 1999

Copyright 1999 Sara Rosenfeld-Johnson, M.S., CCC-SLP

Si los silbatos no hubieran sido inventados por civilizaciones antiguas, seguramente una terapeuta de habla de la actualidad lo hubiera hecho. Desde espantasuegras hasta trompetas, el uso controlado del aire para la producción de frases sonoras anticipa la terapia oral-motora en más que una ordenada y metafórica alusión. Para algunos es difícil creer que un simple silbato de juguete puede ser otra cosa que algo para jugar, pero en el campo de los especialistas en habla y lenguaje los pequeños y poco sofisticados silbatos son herramientas de terapia muy efectivas. Este artículo tiene como fin mostrar cómo se pueden utilizar estos elementos para corregir desórdenes articulatorios, lidiar con déficits en la fonación o en el control de la respiración, trabajar con pacientes con labio paladar hendido operado, enseñar funciones velo-faríngeas y mejorar la claridad del habla.

Como especialista en patologías del habla y lenguaje, durante los últimos veintiocho años he aprendido que cuando un músculo no puede llevar a cabo una habilidad específica, por ejemplo la falla para lograr cierre labial, ese músculo está diciendo "¡Quiero ejercitarme!". Este es el trabajo de la terapia oral-motora: normalizar la musculatura oral a través de ejercicio. La terapia de habla tradicional sin el control muscular propio, no puede ser exitosa completamente, pero es igual de importante recordar que la terapia oral-motora es un complemento de la terapia tradicional, no un reemplazo. Es crítico que los terapeutas no sustituyan ni reemplacen las terapias actuales por favorecer la terapia oral-motora sino que la usen como un bloque de apoyo adicional. Cuando los músculos en cuestión se normalizan, la introducción de métodos tradicionales como retroalimentación auditiva o enfoques de procesamiento fonológico obtienen niveles muy altos. Utilizar los silbatos de juguete como utensilios de terapia para lograr las metas es divertido y poderoso.

En los últimos quince años he experimentado con más de ochenta tipos de silbatos para identificar cuáles trabajan en los músculos que quiero reforzar así como cuáles pueden ser usados para la jerarquía de flujo de aire abdominal. Durante los últimos ocho años esto ha evolucionado en un programa que incluye catorce silbatos progresivamente más complejos. Esta jerarquía tiene metas específicas como trabajar en la corrección de ceceo interdental, mejoramiento del redondeo de los labios así como trabajar en fonemas específicos. Tiene que ver con el desarrollo de músculos en tres áreas y en este orden: fonación a través de los músculos abdominales, resonancia a través de los músculos del velo y articulación vía los músculos de la mandíbula, labios y lengua.

Vamos a hablar sobre dos amplias categorías de pacientes: aquellos que van a empezar en el primer silbato y van a trabajar hasta completar la jerarquía entera y aquellos pacientes cuyas necesidades específicas pueden ser tratadas con el uso de un silbato individual que trabaja en sus déficits de habla personales. Piense en sus pacientes, si vamos de fácil a difícil, aquellos pacientes que carecen de movimientos graduados solamente en la mandíbula, lengua o labios

son los menos afectados. Aquéllos que tienen deficiencias en el cierre velo-faríngeo deben corregir esos defectos antes de que aspectos relacionados con la mandíbula, lengua o labios sean tratados. Aquéllos con deficiencias abdominales son, para el propósito de esta discusión, considerados los más severamente afectados. Se vuelve a repetir lo mismo: la mandíbula, lengua y labios no pueden ser trabajados hasta que el velo sea trabajado y el velo no puede ser trabajado hasta que el control del flujo de aire abdominal sea corregido.

Los pacientes con problemas más severos empiezan con el primer y silbato sucesivamente van dominando cada uno hasta que alcanzan el silbato catorce, el silbato final. Este enfoque es muy útil para pacientes con Parálisis Cerebral o Síndrome de Down y les puede tomar hasta dos años. Aquellos pacientes menos afectados pueden empezar en algún silbato específico en un punto predeterminado de la jerarquía, utilizando solo aquellos silbatos que trabajen sus metas específicas. Esto le proporciona al terapeuta una forma metódica y científica de crear un programa individualizado para cada paciente que en muchos casos es completado en cuatro o cinco meses. Estos ejercicios pueden ser usados por pacientes de diferentes habilidades y edades empezando desde los dieciocho meses de edad. En algunos casos los he usado con pacientes de doce meses y hasta tuve éxito con un paciente de 104 años.

Los silbatos se organizan por metas y movimientos musculares requeridos para producir fonemas. Cada silbato va incrementando su nivel de dificultad al trabajar en la jerarquía, re-direccionando las metas del paciente de una forma gratificante. Los silbatos son muy recomendables para terapias grupales, como las que se dan en las escuelas, algunos de ellos pueden adaptarse para ser interesantes para pacientes con impedimentos visuales. Los silbatos también son un elemento importante en programas para la reducción de babeo porque trabajan la conciencia de los labios, el mantenimiento del cierre labial y enseñan retracción de la saliva en la parte trasera sobre la lengua, mucho de esto puede ser enseñado sin cooperación cognitiva. Con la terapia de silbatos, inclusive nuestros pacientes con mayores déficits muestran progresos terapéuticos significativos.

Después del diagnóstico, la terapeuta introduce el silbato con el que se quiere trabajar y determina el número más alto de repeticiones que puede ser logrado en una rápida sucesión en una sola vez sin ningún descanso. La meta con cada silbato es lograr 25 repeticiones sucesivas, tomando pequeñas inhalaciones de aire entre cada soplido. Si el máximo de repeticiones producidas es menos que la meta de 25, el terapeuta para ahí y asigna el número de soplos logrado como tarea para ser practicada diario. Este ejercicio debe ser practicado por lo menos dos veces a la semana con la terapeuta e idealmente por lo menos una vez al día en casa. Conforme cada silbato es dominado, la terapeuta va introduciendo el siguiente silbato en la jerarquía o el siguiente silbato apropiado para las metas del paciente. Los papás o personas que se encargan de los pacientes los asisten para practicar sus tareas. Como sabemos, es de vital importancia que se den tareas y roles significativos a los padres como parte del tratamiento. Muchos de nuestros pequeños con impedimentos cognitivos apenas interactúan con sus padres. Involucrarlos en estos trabajos en casa les proporciona una tarea fácil que proporciona retroalimentación terapéutica y emocional inmediata para el niño y los padres/cuidadores.

Vamos a revisar brevemente algunos silbatos específicos para entender mejor su interacción en la jerarquía y discutir sobre sus atributos únicos. El primer silbato es tan fácil que casi no requiere constricción abdominal y no requiere constricción del músculo orbicularis oris. Produce sonido casi de la respiración vegetativa del paciente. Este silbato enseña elevación de la mandíbula con un cierre de labios mínimo mientras el paciente aprende a controlar deliberadamente el flujo de aire. Fuera de la jerarquía, mejora la producción de los sonidos /m,b,p/.

El segundo silbato tiene la apariencia de una harmónica y enseña mayor cierre labial y la habilidad de proyectar la exhalación de una manera frontal. Conforme se van cubriendo gradualmente los agujeros de los lados, hasta que solo los agujeros centrales quedan expuestos, el paciente puede sentir (y escuchar) cómo se reorienta el flujo de aire hacia la parte frontal de los labios. Usado de manera aislada, este instrumento trabaja para la producción estándar de la /s/ ayudando en la corrección del ceceo lateral.

El tercer silbato requiere más que un elemental cierre labial y enseña el primer nivel de redondeo de los labios para la producción de /w, u, sh, ch/.

El cuarto silbato tiene una boquilla plana y debe ser soplado por una duración de uno a dos segundos. Estas variaciones incrementan la dificultad abdominal y de cierre de labios además del trabajo para la producción de /m,b,p/ y la prolongación de emisiones del lenguaje oral.

Los silbatos cinco, seis y siete trabajan mayor prolongación del sonido, sonidos bilabiales, defensibilidad oral-táctil y sonidos de mandíbula baja requeridos para las vocales y consonantes de boca abierta.

Los silbatos ocho y nueve trabajan en sonidos bilabiales y retracción de la lengua. El silbato nueve también es una herramienta importante para pacientes que están trabajando con contrastes orales-nasales, especialmente después de haber sido operados de paladar hendido.

Los silbatos del diez al catorce trabajan en intensificar el nivel de duración de la exhalación, redondeo de los labios, protusión de los labios, retracción/liberación de la lengua, constricción/tensión y específicamente tienen como meta la corrección del ceceo interdental.

Como hemos dicho, los silbatos son divertidos y la diversión es un motivador. Parte del éxito de este enfoque terapéutico es que éste es trabajo y para muchos pacientes trabajo difícil. El trabajo disfrazado como juguete y la diversión que obtienen usando en repetidas ocasiones el juguete es ejercicio, lo mismo que hacer diez, veinte o treinta abdominales es ejercicio. Recrear un movimiento muscular a través del elemento de la repetición es nuestra meta con cada silbato que usamos. Pero mantenga en la mente que esta no es terapia de juego, ¡esto es trabajo!

Existen ciertas reglas que deben seguirse durante la terapia:

1. Ya sea un adulto o un niño, los pies del paciente deben estar firmes en el piso o en otra superficie que los estabilice, y el cuerpo debe lograr idealmente un ángulo de 90° en la pelvis, rodillas y tobillos. Esto no varía ya sea que su paciente esté en una silla, silla de ruedas o esté trabajando con él en pelotas terapéuticas o cuña. La importancia de la postura durante estos ejercicios no puede exagerarse. La estabilidad en el cuerpo permite la movilidad en la boca. La forma de sentarse y la postura son tan imperativas que les recomiendo que consulten a un terapeuta físico u ocupacional para lograr el posicionamiento óptimo. Este trabajo postural se ha mantenido tradicionalmente en su ramo, pero para el propósito de estos ejercicios ahora también en nuestro ramo. Durante todas las sesiones de terapia con nuestros pacientes y durante la tarea, es importante mantener esta postura óptima.
2. La terapeuta detiene el silbato y se cerciora de que no esté siendo mordido, porque si estos silbatos son usados incorrectamente se volverán juguetes y funcionarán ineficientemente en la terapia. Si la terapeuta simplemente diera al niño el silbato, la primera reacción de éste sería ponérselo en la boca y morderlo. Al morderlo, se elimina la disociación mandíbula-labios-lengua, componente de la terapia con silbatos. Empezando con el silbato número nueve, los pacientes que están cognitivamente involucrados con la terapia y que demuestran que son capaces de seguir direcciones pueden detener los silbatos por ellos mismos mientras la terapeuta continúa monitoreando postura y posicionamiento. Para niños más grandes y adultos los terapeutas deben usar su criterio basados en el diagnóstico y habilidades cognitivas.
3. Remover el silbato de la boca después de cada soplido. Esta terapia requiere repeticiones. Estamos recreando el movimiento muscular una y otra vez para desarrollar fuerza y memoria muscular. La meta con cada silbato es ser capaz de soplar con una correcta exhalación veinticinco repeticiones exitosas y para la mandíbula, labios y lengua re posicionar exitosamente antes de cada soplido.

Las poblaciones de pacientes que se benefician de estas técnicas son verdaderamente diversas. Por ejemplo, pacientes que tienen diagnóstico de apraxia/dispraxia pueden usar la terapia con silbatos para aprender movimientos de planeación motora para el eventual desarrollo de claridad del habla. Estos métodos evitan sus deficiencias. La técnica de estímulo-respuesta de los silbatos crea un a acción en el músculo permitiéndole al músculo llevar ese movimiento a la memoria. La terapeuta debe poner su mano sobre el estómago del paciente y empujar hacia adentro durante una exhalación haciendo que el aire pase a través del silbato y produzca el sonido. Esto da al paciente una nueva conciencia del hecho de que algo que pasa en su abdomen crea sonidos desde su boca. Los pacientes con dificultades cognitivas logran esta misma conciencia sin necesidad de utilizar instrucción verbal.

Muchos pacientes con diversos diagnósticos tienen habilidad insuficiente para contraer y graduar sus músculos abdominales y deben aprender a endurecerlos para controlar su exhalación. Bajo tono en los músculos abdominales produce cantidades insuficientes de aire que solo alcanzan para palabras sueltas o pequeñas frases. La terapia con silbatos ayuda a lograr esto sin usar patrones de movimiento compensatorios como elevación de los hombros y/o tensión de todo el cuerpo.

Estos son sólo dos tipos de pacientes cuyos problemas no han sido adecuadamente cubiertos y tratados por la terapia tradicional de habla. El resultado ha sido una inhibición significativa de la habilidad del paciente para expresarse dentro de su nivel cognitivo. Al terminar el programa de silbatos en la terapia, ya sea utilizando la jerarquía completa o empezando por algún silbato específico, tenemos pacientes con la fuerza y movilidad adecuada para empezar una terapia de articulación tradicional, incluyendo retroalimentación auditiva y el enfoque fonológico- y van a poder hacer algo de música en el camino.

Copyright 1999 Sara Rosenfeld-Johnson, M.S., CCC/SLP
Traducido por: M. A. Alexandra Rangel Cabrera
ale_rangelc@yahoo.com.mx
Special Education and Rehabilitation
College of Education
University of Arizona