

## Popotes como Herramientas de Terapia

Por Sara Rosenfeld-Johnson, M.S., CCC-SLP  
Publicado en ADVANCE Magazine 19 de abril de 1999.

Los escritores de películas y novelistas saben que un camino rápido hacia la trama de una historia es a través de la confiable herramienta dramática: comida. Los terapeutas oromotores no son diferentes. Este artículo es el primero de una serie de dos partes que explora el uso de herramientas simples para facilitar la terapia para una variedad de desórdenes del habla. La primera herramienta—los popotes—pueden ser usados por muchos pacientes. La meta principal del uso de los popotes es corregir la insuficiente retracción de la lengua. Este tratamiento estimula un incremento en la claridad del habla, ya sea que el paciente presente ceceo interdental u otras variedades de distorsión de fonemas. También se ha encontrado que los popotes terapéuticos son útiles en el trabajo de insuficiencia velo-faríngea o cuando se trata de un paciente que se está recuperando de un accidente cerebro-vascular. En ésta y otras instancias, especialmente los popotes de dificultad graduada, son usados en una sucesión jerárquica para trabajar en un componente específico de movimiento oral.

El uso de popotes en una terapia de habla no es poco común. Por muchos años los popotes han funcionado como utensilios importantes en la alimentación y ejercicios circulares de los labios. A nivel del paciente, los popotes son vistos como algo divertido y la comida es recibida como recompensa. A nivel terapéutico, los popotes tienen la misión de corregir múltiples desórdenes y grupos de músculos mucho más allá de la práctica tradicional. Hace poco más de doce años, cuando yo inicialmente usaba popotes para alimentar o para lograr movimientos circulares de los labios, quedé atónita por el mejoramiento de la retracción de la lengua (y por consiguiente claridad del habla) que era causada como efecto secundario. Desde entonces, los popotes se han vuelto uno de mis instrumentos de terapia más importantes.

Los métodos tradicionales de terapia comienzan suponiendo que existe un funcionamiento muscular adecuado de la lengua. La premisa de la terapia tradicional supondría que si me escuchas diciendo “pelota” (estímulo auditivo), y ves una pelota cuando lo digo (estímulo visual), y tocas la pelota (estímulo táctil) cuando yo digo “pelota”, entonces a través de este método multi-sensorial adquirirás la habilidad de decir “pelota”. La terapia oromotora no trabaja de esa manera, particularmente con nuestros pacientes de educación especial que tienen reducidas sus habilidades visuales o auditivas. La terapia oromotora afirma que el traslado de esta información táctil tiene que darse dentro de la boca, que el/la terapeuta debe poner algo dentro de la boca del paciente para incrementar la conciencia del mismo sobre su boca y que va, en una serie de progresos medidos, a fortalecer el grupo de músculos en cuestión. Este desarrollo y control oral muscular es un pre-requisito importante que permite que el/la terapeuta use la terapia tradicional de articulación.

Revisemos algunos puntos básicos. En inglés, para tener un habla conectada (co-articulación) y claridad al hablar, debemos de estabilizar la parte trasera de nuestra lengua en la parte trasera de nuestra palabra. Por lo tanto, todo lo demás que se pide hacer a la lengua, parte de esta posición de estabilidad. La lengua funciona con cuatro componentes de movimiento básicos: 1) retracción protusión 2) parte trasera: elevación/depresión 3) punta: elevación depresión y 4) habilidad de extender los lados de la lengua. Cuando los bebés nacen tienen aproximadamente un 50% de movimiento trasero y un 50% de movimiento delantero desde una posición de succión (mamar). Conforme el niño crece y empieza a alimentarse con taza y cuchara, logran cerca del 75% de retracción y 25% de protusión. Ya no sacan la lengua durante la alimentación y aquellos que lo continúan haciendo frecuentemente presentan problemas de alimentación. Los popotes han sido prescritos rutinariamente en estos casos, porque por lo menos con la alimentación a través de popotes, el cliente puede regresar a una succión del

50% retracción/50% protusión. Pero no existe ninguna razón para parar ahí, incluso yo diría que permitir a los pacientes succionar con popotes está terapéuticamente mal SI el tratamiento se detiene ahí. De hecho succionar puede aumentar o exacerbar la protusión de la lengua (debe ser mencionado que las tazas entrenadoras, una herramienta de alimentación muy popular, fomenta la succión, quedando cortos una vez más en nuestra meta de 75%/25% de retracción/protusión).

Si se continúa utilizando una serie progresiva de popotes incrementando su complejidad y utilizando líquidos cada vez más espesos, podemos enseñar al músculo de la lengua a retraerse. La meta es lograr una retracción cercana al 75% para lograr esa posición de estabilidad. La parte trasera de la lengua en una retracción estabilizada, permite a la punta de la lengua moverse de lado a lado alternándose en los molares traseros. Este movimiento es sumamente necesario para masticar comida efectivamente. En esta etapa tenemos pacientes que logran alimentarse de forma independiente y mejoran su nutrición, ambos aspectos muy importantes en niños que no han progresado bien con tazas o cucharas.

¿Cómo logran los popotes terapéuticos las metas para mejorar la claridad del habla? Los niños y adultos con problemas de ceceo interdental se están perdiendo de este importante componente de una retracción de la lengua con estabilidad. Se dice que aquellos pacientes que estabilizan su lengua al frente de la boca, entre los dientes, en vez de en la posición de retracción, están adelantando los sonidos. Si un paciente está usando una producción interdental en /t/, /d/ o /n/, que son los primeros sonidos retraídos estables en la escala de desarrollo, el dominio de estos sonidos debe ocurrir antes de manejar la /s/ o /z/. Si un niño de tres años cuyo desarrollo ha sido normal interdentaliza la /n/ ya existe un problema. De hecho, cualquier niño de tres años con una producción interdental de /t/, /d/ o /n/ necesita ayuda para retraer la lengua. Además, cualquier niño con un problema de habla identificado que succione ya sea de un biberón, taza o popote, está manteniendo sus errores de habla si son secundarios a la posición interdental de la lengua. (Si un niño de 4 años con un desarrollo normal no interdentaliza la /t/, /d/ o /n/, tiene correcta retracción de lengua, pero cecea en la /s/ posiblemente el ceceo es secundario a un retraso en el desarrollo y puede o no necesitar intervención terapéutica).

¿Cómo iniciamos a los pacientes en terapias con popotes y a qué edad o punto de la terapia? Los músculos pueden ser modificados a cualquier edad, al año o a los cien años. Estas técnicas trabajarán a cualquier edad, pero mientras más pequeño sea el paciente, más fácil será.

Los niños pequeños con una disfunción identificada pueden empezar desde el año de edad. Muchos de nuestros pacientes con Síndrome de Down empiezan tan temprano porque estamos trabajando en conceptos de retracción tan críticos como habilidades oromotoras que desencadenan otros beneficios oromotores. Otros pacientes diagnosticados con tono bajo también se benefician de esta intervención temprana. Muchos de estos niños continúan usando biberón a la edad de dos, tres y cuatro años, succionando. Virtualmente en todos los casos a partir de los dos años, la terapia con popote puede ser emprendida exitosamente. Algunos niños necesitan una transición asistida. Yo utilizo un "osito me miel" apretable, vacío, limpio y relleno con un líquido espeso y con un popote ajustado. El niño puede presionar el envase del osito mientras aprende a dirigir el líquido a través del popote. Aquellos que trabajan o cuidan de niños con tono bajo que inicialmente tal vez no son capaces de sorber el líquido de manera autosuficiente, pueden ayudarlos apretando el envase.

Exactamente, ¿qué significa tomar con popote? Tomar con popote requiere de movimientos complejos de mandíbula, labios y lengua. A través de la coordinación de estos movimientos se

crea un vacío. Cada uno de los sonidos del habla es hecho por una combinación de estos movimientos graduados.

A través de los años, he desarrollado un grupo de popotes que van incrementando su grado de dificultad para trabajar con cada uno de ellos una parte específica de esos movimientos graduados. Después de experimentos iniciales con popotes ordinarios, que ofrecen resultados limitados como para ser usados en terapia, localicé todos los tipos de popotes que existían y los modifiqué cuando fue necesario. Últimamente he logrado que los productores de estos popotes diseñen algunos cuantos con los atributos específicos que he necesitado.

Esta jerarquía de popotes progresa a través de matrices que avanzan de múltiples a pocos sorbos y luego de líquidos muy aguados a líquidos espesos mientras varía el diámetro del popote, cambiando el largo y la estructura por medio de curvas, esquinas, zigzags y topes labiales.

¿Cómo empieza la terapia? En la parte externa, asegurándose que el paciente esté sentado derecho en una posición estable y receptiva para tomar líquidos. Yo les doy un popote simple, recto de diámetro regular para ver cómo lo usan, permitiéndoles que tomen como lo harían normalmente. Pongo mi dedo en el punto donde el popote está entrando a la boca para que después pueda sacar el popote y medir la longitud desde el punto de entrada hasta la punta del popote que está dentro de la boca. Hay varias cosas que observar en esta etapa: ¿hay más de  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{2}$  de pulgada dentro de su boca? Si esto es cierto, entonces están o succionándolo o mordiéndolo. ¿Está mordiéndolo el paciente? En caso positivo, puede ser un indicador de inestabilidad mandibular. La posición correcta para el uso terapéutico de un popote es con estabilidad mandibular, retracción de la lengua y movimientos circulares de los labios para ser capaces de dirigir el líquido.

El primer popote en mi jerarquía lo corto al tamaño que medí arriba. El popote tiene un tope labial que promueve sellarlos y ponerlos en una forma redondeada. Conforme las sesiones pasan y el paciente exhibe eficiencia, voy reduciendo la longitud del popote del tope labial a la punta que entra a la boca hasta que el paciente logra una retracción primaria de la lengua y por lo menos el más mínimo redondeo de los labios. En este punto se puede decir que el paciente está tomando terapéuticamente del popote y yo puedo moverme a través de mi jerarquía de popotes libremente. Conforme van progresando, son introducidos líquidos más espesos y papillas utilizando específicamente popotes identificados en la jerarquía. Los pacientes utilizan estos popotes a sus casas y los utilizan para tomar de tres a cuatro onzas una vez al día. Cuando cada popote es dominado o parece ser usado con facilidad, nos movemos al siguiente popote. Para algunos pacientes, eso puede ser tan rápido como un nuevo popote cada semana, como puede darse el caso de un niño con desarrollo normal pero con ceceo interdental. Para estos pacientes un tratamiento completo y exitoso puede durar tan poco como cuatro meses.

Para otros pacientes dependiendo del diagnóstico, por ejemplo parálisis cerebral, la terapia aunque efectiva, puede durar mucho más tiempo. Un paciente con Síndrome de Down puede completar el tratamiento en uno o dos años y hemos encontrado que este tipo de terapia reduce la duración de terapias de habla cuando crecen. Los terapeutas que tratan de sacar sonidos específicos con algunos pacientes encuentran que el uso terapéutico de los popotes ha comprobado ser sumamente eficaz en la producción estándar de: /t/, /d/, /l/, /n/, /k/, /g/, /s/, /z/, /ch/, /sh/, /j/ y /r/.

Pacientes con insuficiencia velo faríngea son otra población que se ve beneficiada al tomar con popotes. Con ellos aumentan la retracción de la lengua, cambian la resonancia y elevan el velo. Los pacientes que se están recuperando de un accidente cerebro-vascular muchas veces presentan asimetría de los labios. El uso terapéutico de los popotes trabaja para hacer que sus labios vuelvan a estar simétricos en la línea media y de esta forma mejoran la claridad del habla.

Una ventaja extra de este tratamiento es que puede ser igual de efectivo con diferentes tipos de pacientes sin importar sus habilidades cognitivas. Esto quiere decir que los resultados terapéuticos (retracción y movilidad de la lengua) para un paciente con discapacidad cognitiva severa y habilidades de lenguaje limitadas o inexistentes pueden ser casi los mismos que con un niño o adulto de desarrollo normal. Esto también los hace ser una importante herramienta en el repertorio de todos los terapeutas y especialistas en problemas oromotores y del habla.

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