



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL CARRERA: KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

DIRECTOR DE CARRERA:

LIC. DIEGO CASTAGNARO

NOMBRE Y APELLIDO:

GUILLEN MAIDANA AGUSTINA ISABEL

TUTOR:

LIC. NICOLAS MERCADO

FECHA DE PRESENTACIÓN

12/12/25

FECHA DE DEFENSA DE TRABAJO FINAL:

12/12/25

TÍTULO DEL TRABAJO: **TRATAMIENTO DE LA PARALISIS FACIAL
PERIFERICA MEDIANTE EL CONCEPTO CASTILLO MORALES EN LA
PROVINCIA DE LA RIOJA**

SEDE:

LA RIOJA

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUNDACIÓN H. BARCELÓ
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA



PÁGINA DE APROBACIÓN

EVALUACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Calificación.....

DEFENSA ORAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Calificación.....

TRIBUNAL EXAMINADOR

.....

.....

.....

Agradecimientos

En el final de este proceso, quiero agradecer profundamente a todos los que formaron parte de este camino y de mi vida que, de alguna forma u otra, me acompañaron, este logro también es de ustedes.

Quiero mencionar especialmente a mi madre por ser mi gran sostén en la vida, por enseñarme en cada paso que avanzaba y confiar en mí incluso en los momentos en que dude de mí misma, por solventar mi carrera y demostrarme siempre que todo se puede. A mi padrino Gustavo, por ser el primero en guiarme hacia esta profesión tan hermosa y principalmente por siempre estar para mí brindándome mucho amor y fuerzas. A toda mi familia, mis tíos/as Carlos, Luis, Karen, Laura y mis primos/as, por ser mi pilar incondicional siempre, por cada palabra de aliento y abrazo en cada desafío, fueron parte esencial para llegar hasta acá.

Quiero agradecer también a mi abuela y mi papá, que ya no están conmigo, pero siento su presencia cada día. A ellos, que son mis ángeles y que me enseñaron a no rendirme, les dedico este logro con todo mi corazón.

Gracias a todas mis amigas/os, quienes estuvieron y están siempre presentes, acompañándome, escuchándome, alentándome cuando las cosas se ponían difíciles y celebrando cada avance que logré. En especial a Nahir y Majo, compañeras y amigas que me brindó esta carrera, agradecida totalmente por sostenerme en días de cansancio, por cada risa y madrugadas estudiando, pero principalmente por recordarme que era capaz de llegar al final, me guardo cada recuerdo con mucho cariño. A Yael, Agos y Tania que su amistad hizo más liviano todo este proceso, que me acompañan desde la infancia con mucho amor.

Y finalmente a mí misma, por todo el esfuerzo, por no bajar los brazos, seguir adelante incluso cuando dudé y no soltar este sueño.

Agustina.

Tabla De Contenido

Resumen.....	4
Abstrac	5
Introducción	6
Problema	7
Justificación.....	7
Marco Teórico	8
Parálisis Facial	8
Nervio Facial O Par Craneal VII	9
Epidemiología.....	12
Etiología.....	13
Manifestaciones Clínicas	14
Diagnostico.....	16
Tratamiento.....	19
Concepto Castillo Morales.....	21
Hipótesis.....	23
Objetivo General	23
Objetivos Específicos.....	24
Metodología.....	24
Variables.....	25
Análisis De Datos.....	26
Discusión.....	32
Conclusión	33
Referencias Bibliográficas	34
Anexo.....	36

Resumen

Introducción: La parálisis facial periférica (PFP) es un trastorno neurológico que afecta el nervio facial, provocando alteraciones motoras, estéticas y funcionales que repercuten en la comunicación, la alimentación y la calidad de vida de los pacientes. Entre los abordajes terapéuticos, el Concepto Castillo Morales (CCM) ofrece un enfoque integral basado en la estimulación neuromuscular y sensorial, aunque su implementación en casos de PFP es limitada en la provincia de La Rioja. **Hipótesis:** El Concepto Castillo Morales es escasamente aplicado por kinesiólogos/as en la provincia de La Rioja en el tratamiento de la PFP. **Objetivos:** Relevante el grado de aplicación del CCM en el abordaje de la PFP por kinesiólogos/as de la provincia, identificar las barreras que dificultan su implementación y diseñar un material informativo que favorezca su difusión y uso. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado mediante encuesta digital a kinesiólogos/as matriculados/as en La Rioja con formación o capacitación en el CCM. Se incluyeron profesionales activos/as que aceptaron participar voluntariamente. **Discusión:** Los resultados mostraron que, aunque el 79 % de los encuestados posee algún tipo de capacitación en el CCM, solo el 28 % lo aplica en el tratamiento de la PFP. La principal barrera identificada fue la falta de formación específica, seguida por limitaciones de tiempo y escasa frecuencia de pacientes con esta patología. El 100 % consideró útil contar con un material informativo, priorizando la inclusión de técnicas específicas, indicaciones y criterios de evaluación. **Conclusión:** La aplicación del CCM en PFP en La Rioja es reducida. La creación de recursos prácticos y orientativos se presenta como una estrategia viable para optimizar su integración en la práctica kinésica y mejorar la calidad del abordaje terapéutico.

Palabras clave: parálisis facial periférica; nervio facial; Concepto Castillo Morales; rehabilitación; kinesiólogía; estimulación neuromuscular; terapia orofacial.

Abstrac

Introduction: Peripheral facial paralysis (PFP) is a neurological disorder that affects the facial nerve, causing motor, aesthetic, and functional alterations that impact communication, eating, and patients' quality of life. Among therapeutic approaches, the Castillo Morales Concept (CMC) offers a comprehensive approach based on neuromuscular and sensory stimulation, although its implementation in PFP cases is limited in the province of La Rioja. **Hypothesis:** The Castillo Morales Concept is scarcely applied by physiotherapists in the province of La Rioja in the treatment of PFP. **Objectives:** To assess the extent of application of the Castillo Morales Concept (CMC) in the management of peripheral facial paralysis by physiotherapists in the province, to identify the barriers that hinder its implementation, and to design informative material that promotes its dissemination and use. **Methodology:** Quantitative, descriptive, and cross-sectional study conducted through a digital survey of licensed physiotherapists in La Rioja with training or education in the Castillo Morales Concept (CMC). Active professionals who voluntarily agreed to participate were included. **Discussion:** The results showed that although 79% of respondents have some type of training in the Castillo Morales Concept (CMC), only 28% apply it in the treatment of peripheral facial paralysis (PFP). The main barrier identified was the lack of specific training, followed by time constraints and the low frequency of patients with this condition. All participants (100%) considered it useful to have informative material, prioritizing the inclusion of specific techniques, indications, and evaluation criteria. **Conclusion:** The application of the Castillo Morales Concept (CMC) in peripheral facial paralysis (PFP) in La Rioja is limited. The development of practical and guiding resources emerges as a viable strategy to optimize its integration into physiotherapy practice and to enhance the quality of therapeutic management.

Keywords: peripheral facial paralysis; facial nerve; Castillo Morales Concept; rehabilitation; physiotherapy; neuromuscular stimulation; orofacial therapy.

Introducción

La parálisis facial periférica es un trastorno neurológico que afecta el VII par craneal denominado nervio facial, generando una alteración en la motricidad de los músculos de la expresión facial. Esta condición puede tener múltiples causas, como infecciones virales, traumatismos, tumores o causas idiopáticas. La afectación puede provocar no solo alteraciones estéticas, sino también dificultades funcionales, que impactan en la comunicación, la alimentación y el bienestar emocional del paciente.

En este contexto, el abordaje kinésico adquiere un rol fundamental, orientado a la recuperación de la funcionalidad muscular, la simetría facial y la prevención de secuelas. Dentro de las diferentes estrategias terapéuticas existentes, el Concepto Castillo Morales ofrece un enfoque integral basado en la estimulación neuromuscular y sensorial. Este concepto desarrollado por el doctor Rodolfo Castillo Morales en los años 70, se fundamenta en la activación de patrones motores normales a través del trabajo interdisciplinario y el respeto por la individualidad de cada paciente.

No obstante, la eficacia demostrada del Concepto Castillo Morales como tratamiento de distintas disfunciones neuromotoras, su aplicación en pacientes con parálisis facial periférica es limitada en la provincia de La Rioja. Si bien existen profesionales formados en esta técnica, es muy poca la información disponible sobre cuántos la implementan en el ámbito clínico local. Esta situación plantea la necesidad de identificar si existen causas y barreras que limitan esta escasa utilización, y generar estrategias que fomenten su uso en la práctica kinésicas.

La presente investigación se propone relevar el grado de aplicación del concepto Castillo Morales por parte de los kinesiólogos de La Rioja en el tratamiento de la parálisis facial periférica, así como identificar las barreras que dificultan su uso. Además, busca elaborar material informativo que facilite su difusión y aplicación. El estudio busca no solo aportar

conocimiento profesional, sino también brindar un impacto positivo en la calidad de atención a los pacientes.

Problema

La parálisis facial periférica afecta funciones esenciales como la comunicación, la alimentación y la expresión, generando un impacto significativo en los individuos que la padecen. Existen diversas opciones de abordajes kinésicos empleadas en la rehabilitación, entre las cuales se destaca el Concepto Castillo Morales, una técnica eficaz por su enfoque integral basado en la estimulación sensorio-motriz.

En la provincia de La Rioja, existen kinesiólogos que han recibido formación específica esta técnica. Sin embargo, no se cuenta con datos acerca de profesionales que llevan a cabo en su práctica diaria con pacientes que presentan parálisis facial periférica, ni cuales son los factores que limitan o favorecen su aplicación.

Ante esta situación, surge la necesidad de relevar el grado de aplicación del Concepto Castillo Morales por parte de los kinesiólogos en la provincia de La Rioja, que barreras dificultan su uso y generar material informativo que contribuyan a promover su implementación en la rehabilitación de esta patología.

¿Cuál es el grado de aplicación del Concepto Castillo Morales por parte de kinesiólogos en la rehabilitación de la parálisis facial periférica en la provincia de La Rioja y que factores dificultan su implementación?

Justificación

El presente trabajo busca aportar al campo profesional mediante un relevamiento, sobre la aplicación del Concepto Castillo Morales en la provincia y detectar posibles obstáculos en su uso. Asimismo, se propone elaborar material informativo y orientativo para kinesiólogos que actúe como herramienta inicial para fomentar el uso de esta técnica en el abordaje de la

parálisis facial periférica. De este modo, se pretende contribuir a mejorar la calidad de las intervenciones kinésicas disponibles en el ámbito local y promover el aprovechamiento de recursos humanos ya capacitados.

Marco Teórico

Parálisis Facial

La parálisis facial es un trastorno neurológico, que afecta a toda la población con independencia del sexo y edad de los pacientes. Es causado por lesión de las vías motora y sensorial del nervio facial, que ocasiona una alteración del movimiento en los músculos del rostro, en la secreción de saliva, lágrimas, y en el sentido del gusto. Su gran variedad sintomatológica, ocasiona disfuncionalidades en aspectos como: deglución, masticación o habla.

Los pares craneales son los componentes principales del sistema nervioso periférico (SNP), concretamente son doce los que los conforman, emergiendo todos ellos del tronco cerebral. En función de las fibras que componen cada nervio, se pueden encontrar divididos en tres grupos: puramente sensitivos, puramente motores o mixtos. En este último grupo se encuentra el nervio facial o par craneal VII (Luisa, Escobar & Naranjo, s.f.).

La alteración del VII par craneal, produce principalmente lo que se conoce como parálisis facial (PF) afectando principalmente a la musculatura de la mímica, generando alteraciones estéticas, funcionales y sociolaborales. Por ello, se puede definir la parálisis facial como la pérdida contráctil de la musculatura estriada de la cara, más conocida como musculatura de la mímica. En función de cómo se encuentre afectado el nervio, si es de manera parcial o total a lo largo de su recorrido, su afectación es diferente (Benítez et al., 2016). En función de donde se encuentre la lesión, la parálisis puede ser:

Periférica: el daño está causado a nivel intracraneal o daños extracraneales, afectando así a la neurona motora inferior. Dicha parálisis origina la pérdida del movimiento voluntario de todos los músculos del lado que se encuentra afectado, pudiendo ser unilateral si solo se encuentra afectado uno de los lados, o bilateral si por el contrario son ambos los que presentan alteraciones.

Central: cuando el daño está causado en la corteza cerebral o vías corticobulbares y/o corticoreticulares o daños a nivel de la protuberancia, es decir, daños causados por afectaciones en la neurona motora superior. Su afectación se hace presente en los movimientos voluntarios de la parte inferior de la cara, pero no a los músculos frontal y orbicular de los párpados. Con frecuencia se acompaña de hemiplejia, ipsilateral al lado lesionado (Rodríguez-Ortiz et al., 2011).

La parálisis facial periférica (PFP) como se menciona anteriormente, se manifiesta cuando existe una lesión en cualquier punto del trayecto periférico del nervio, fuera del sistema nervioso central, lo que produce una pérdida total o parcial del control motor de la musculatura de la cara en el lado afectado. A diferencia de la parálisis facial central, donde se conserva la movilidad de la frente y los párpados debido a la doble innervación cerebral, en la PFP se ve comprometida toda la hemicara.

Nervio Facial O Par Craneal VII

El nervio facial o par craneal VII sale por la porción más alta de la fosilla lateral del bulbo, junto al surco bulboprotuberancial. Al salir debajo del agujero estilomastoideo contiene cerca de 5,000 fibras de las cuales, el 7% son de naturaleza aferente. Está integrado por 10,200 a 13,400 fibras con un promedio de 11,624 axones. Es un nervio mixto donde el 58% de las fibras son de tipo motor, 24% parasimpáticas y 18% sensoriales; de ellas el 76% son mielínicas y 24% amielínicas.

Está integrado por tres componentes como el motor, cuyo núcleo se sitúa en el tercio inferior de la protuberancia del tálamo y globo pálido, donde las fibras encargadas de las expresiones emocionales faciales llegan al nervio vía formación reticular. El motor del nervio facial es un grupo de neuronas de los núcleos centrales del tronco encefálico, que permiten el reflejo corneal a través del trigémino y el reflejo estapedial a través de los núcleos auditivos.

El componente vegetativo, lo constituye un grupo de fibras eferentes viscerales que están relacionadas con la función secretora del nervio facial. Se originan en el núcleo salivatorio superior que se encuentra dispuesto en la protuberancia baja. Alcanza el nervio facial después de pasar a través del nervio intermedio, el cual emerge en el borde inferior de la protuberancia y pedúnculo cerebeloso. Las fibras del núcleo salivatorio superior se añaden al trayecto final del componente motor, inerva las glándulas secretoras de la faringe, submandibulares y lacrimales.

El componente sensitivo sensorial son neuronas que recogen la sensibilidad de la piel en el conducto auditivo externo y del pabellón auricular. Éstas parten desde los ganglios, sensitivos y geniculados, donde sus ramos proximales se dirigen hacia la columna descendente del trigémino, que recogerá toda la información somestésica de la cara. Otra parte de éstas neuronas recoge información gustativa a nivel de los dos tercios anteriores de la lengua. Dicho componente se dirige hacia la columna del núcleo solitario, para terminar en el núcleo gustativo.

El componente sensitivo sensorial y vegetativo se unen al motor en diferentes sitios de su trayectoria desde la protuberancia hasta los músculos de la cara. Cuando se presenta alguna lesión en el nervio facial, los síntomas que se manifiestan dependerán de los componentes del facial que estén involucrados en el lugar de la lesión (Rodríguez-Ortiz et al., 2011).

El nervio facial entra en el meato auditivo interno con el paquete neural vestibulococlear y luego se dobla de manera aguda hacia delante y abajo alrededor de los límites anteriores del vestíbulo del oído interno. El nervio continúa su curso por su propio conducto óseo, el conducto facial, dentro del cual, precisamente distal en relación con el ganglio geniculado, provee una rama para el ganglio pterigopalatino, es decir, el nervio petroso superficial mayor, que sale del cráneo a través del conducto vidiano e inerva las glándulas lagrimales, nasales y palatinas. En un punto más distal emite una rama motora pequeña hacia el músculo del estribo y luego se le une la cuerda del tímpano, que se proyecta al ganglio submandibular, y a su vez a las glándulas submandibulares y sublinguales. La raíz motora del nervio facial abandona el cráneo por el agujero estilomastoideo, luego pasa por la glándula parótida y se divide en cinco ramas que inervan los músculos faciales, el músculo estilomastoideo, el platisma y el vientre posterior del músculo digástrico (Adams y Víctor, 2019)

Según Snell (2019), el nervio facial se divide en cinco ramos terminales a medida que avanza dentro de la sustancia de la glándula parótida:

Ramo Temporal: se origina al borde superior de la glándula e inerva los músculos auriculares anterior y superior, el vientre frontal del occipitofrontal, el orbicular del ojo y el corrugador de la ceja.

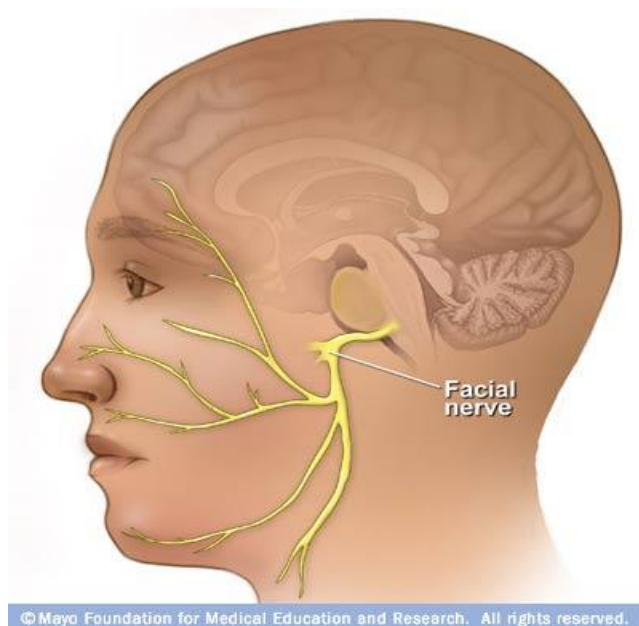
Ramo Cigomático: se origina en el borde anterior de la glándula e inerva el orbicular del ojo.

Ramo Bucal: se origina en el borde anterior de la glándula inferior al conducto parotídeo, e inerva el músculo buccinador, los músculos del labio superior y las narinas.

Ramo Mandibular: se origina en el borde anterior de la glándula e inerva los músculos del labio inferior.

Ramo Cervical: se origina en el borde inferior de la glándula y discurre anteriormente en el cuello, por debajo de la mandíbula, para inervar el musculo platisma; puede cruzar el borde inferior del cuerpo de la mandíbula para inervar el musculo depresor de la boca.

FIGURA 1: *nervio facial o par craneal VII.*



Epidemiología

La parálisis facial periférica tiene una incidencia de entre 20 a 30 casos por cada 100.000 habitantes por año. Afecta a hombres y mujeres por igual, con mayor frecuencia entre los 15 y 45 años (Monini et al., 2016). Ha sido descrita en todas las edades, aunque en un estudio se reportan picos de incidencia entre los 20 a 29 años y entre los 50 a 59 años, mientras que otra investigación indica que el pico de incidencia es a los 40 años. Existe la posibilidad de que haya más de un pico de edad para la incidencia de la parálisis facial debido a que en general, se trata de un padecimiento transitorio y puede estar determinado por distintas causas de acuerdo a la edad. La prevalencia en adultos mayores aumenta debido a que la recuperación es más lenta y puede llegar a ser crónica. La mujer en edad reproductiva

es afectada de dos a cuatro veces más que el hombre de la misma edad, y la mujer embarazada 3 veces más que la que no lo está (Rodríguez-Ortiz et al., 2011).

También según Adams y Víctor (2019), es posible que la parálisis de Bell sea más frecuente en diabéticos y quizá en hipertensos que en la población normal.

Aunque se presente con mayor prevalencia en adultos jóvenes y de mediana edad, puede aparecer en cualquier momento de la vida. En países latinoamericanos, como Argentina, la falta de registros centralizados limita una estadística precisa, aunque su presencia en consultorios de neurología y kinesiología es habitual.

Etiología

La etiología de la parálisis facial periférica es diversa. La forma más común y frecuente es la parálisis de Bell, de origen idiopático o también llamada causa primaria que representa entre el 60 y 75% de los casos (Monini et al., 2016). Su causa exacta no ha sido totalmente esclarecida, aunque se ha asociado con la reactivación del virus del herpes simple tipo 1, que causa inflamación y edema del nervio facial. Esto genera una compresión en su trayecto por el canal de Falopio, lo que interrumpe la conducción nerviosa y produce la sintomatología característica (Kansu et al., 2012).

Existen otras donde si se reconoce las causas de PFP que se denominan secundarias como:

Infecciones virales: producida por herpes zóster, citomegalovirus, VIH, Otras causas virales incluyen el SARS-CoV-2, el virus coxsackie, citomegalovirus, adenovirus y el virus de Epstein-Bar, las paperas, la rubeola, y los virus de la influenza B (Manual MSD, 2023).

Traumatismos craneales o faciales: por fracturas del hueso temporal (colestatomas), desgarros del nervio, por impactación de una esquirla ósea sobre el nervio, o por compresión

nerviosa por hematoma intracanalicular. Apareciendo parálisis facial en un 50% de las fracturas temporales transversales, y en un 20% de las longitudinales.

Tumores en el trayecto del nervio facial: Se produce por tumores intrínsecos (neurinoma del facial, hemangioma, meningioma) o por tumores extrínsecos (neurinoma del acústico, quimodectoma, carcinoma de oído, tumores parotídeos, carcinoma primario o metastásico de hueso temporal, leucemia, rabdomiosarcoma). Los más frecuentes son los tumores malignos parotídeos.

Enfermedades autoinmunes: como el síndrome de Guillain-Barré, sarcoidosis, enfermedad de Lyme, enfermedad de Paget, diplejía facial congénita (Manual de urgencias y emergencias, s.f.).

Enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus (Rodríguez-Ortiz et al., 2011).

Complicaciones de cirugías otorrinolaringológicas (May & Schaitkin, 2000).

Manifestaciones Clínicas

Los signos y síntomas de la parálisis facial dependen del lugar de la lesión en el nervio facial. A medida que la lesión es más periférica se puede observar:

Pérdida de movimiento del lado afectado de la cara.

Los pliegues y arrugas de la hemicara están ausentes o indefinidos.

El párpado superior, inferior, mejillas y comisura de la boca se ven caídas.

Se presenta un incremento en la sensibilidad a los cambios de temperatura y hay una mayor secreción de saliva y lágrimas.

Hay problemas visuales a consecuencia del trastorno de movilidad o cierre palpebral, tales como visión borrosa o incompleta. También existe una exposición de la córnea a causa de la dificultad para cerrar los ojos; así como, pérdida del reflejo de parpadeo.

La asimetría ocasionada por la parálisis se evidencia más cuando el paciente realiza los siguientes movimientos: formar arrugas horizontales en la frente al elevar las cejas, fruncir el entrecejo, arrugar la nariz, apretar labios y abocinar la boca para soplar o silbar. Asimismo, se observará asimetría al sonreír y hablar; en ocasiones la voz adquiere un tono nasal.

Los líquidos ingeridos se pueden derramar, los alimentos sólidos se quedan acumulados entre la encía y el maxilar, y pueden morderse las paredes de las mejillas al masticar por falta de sensibilidad y tono muscular.

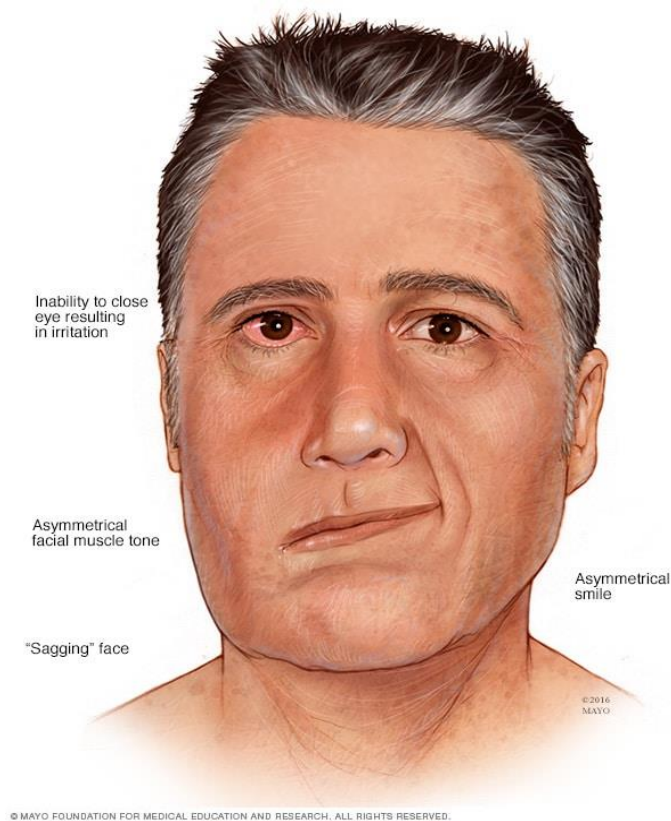
Una alteración que se presenta en la audición es la hiperacusia, la cual se define como hipersensibilidad a los sonidos cotidianos, percibidos como insoportables, fuertes o dolorosos. Aunque la hiperacusia se puede presentar como un daño a nivel central, en el caso de la parálisis facial se presenta si la lesión es proximal al nervio del estapedio, tras la disminución o ausencia del reflejo estapedial. Dicho reflejo se presenta con frecuencia, como un mecanismo de protección contra sonidos fuertes, mediante la contracción bilateral del músculo del estapedio en el oído medio, lo cual ocurre alrededor de los 85 decibeles.

Otras características de la parálisis facial periférica son la presencia de otitis, dolor cercano al mastoide (50% de los casos), formación excesiva de lágrimas, pérdida sensorial en la piel y músculo, y pérdida del sabor en la mitad de la lengua (33% de los casos).

Cuando se presenta comorbilidad entre la parálisis facial periférica y diabetes mellitus, los pacientes presentan con mayor frecuencia sintomatología motora, mientras que las neuropatías sensoriales son menos frecuentes (Rodríguez-Ortiz et al., 2011).

En cuanto a las manifestaciones clínicas asociadas a la parálisis facial, son capaces de producir consecuencias devastadoras para los pacientes, tanto a nivel estético y funcional como psicológico, el cual llega a ser bastante importante puesto que los pacientes que presentan esta patología se sienten frustrados al no poder transmitir los mensajes que desean, presentan sentimientos de pérdida de la personalidad, identidad, poder y potencia (Caballero, 2003).

FIGURA 2: *manifestaciones clínicas.*



Diagnostico

El diagnóstico de la parálisis facial es eminentemente clínico.

Se realiza la anamnesis donde el médico debe incluir una historia clínica completa del paciente sobre la exposición a varios virus (herpes, varicela, VIH, etc.) e investigar el tiempo de inicio de los síntomas.

El examen físico valora movimientos faciales con respuesta a órdenes dadas por el explorador, se evalúa la presencia del Signo de Bell descrito como una rotación hacia arriba del globo ocular cuando los pacientes intentan cerrar los ojos, presente en el 75% de la población afectada.

Adicionalmente, se solicita al paciente elevar la frente, fruncir el ceño y los labios, mostrar los dientes y tensar los tejidos blandos del cuello todo esto buscando la pérdida de la función del músculo orbicular de los párpados, esta situación afecta el manejo adecuado de las lágrimas, así como la pérdida del tono muscular facial, provocando la caída de la ceja y del tercio medio e inferior del rostro, dando a los pacientes la apariencia de un evento cerebrovascular.

Se tiene que realizar una inspección cuidadosa del oído externo, canal auditivo y la membrana timpánica para identificar vesículas o costras que oriente a una infección por herpes zóster.

La cabeza, la cara y el cuello se inspeccionan para detectar cáncer cutáneo, masas y lesiones masivas dentro de la glándula parótida.

Es preciso realizar un examen neurológico minucioso, evaluando todos los pares craneales, con especial atención a la extensión de la debilidad facial buscando la afectación de todas las ramas involucradas. El diagnóstico de la parálisis facial periférica se apoya en el descarte de posibles causas neurológicas, otológicas, infecciosas, inflamatorias o neoplásicas.

Es importante recalcar que los síntomas asociados de diplopía, disfagia, entumecimiento genuino de la cara o mareos no son típicos de la PFP, en cambio son síntomas de bandera roja que nos sugiere hacer sospechar sobre otros diagnósticos (Saborío Cervantes et al., 2019).

Existe una clasificación llamada House Brackmann, la cual define el grado de lesión del nervio facial de acuerdo con la presentación clínica en una escala de I a VI, y es de utilidad para el control de la evolución del paciente. Valora la postura facial en reposo y durante el movimiento voluntario, así como presencia de movimientos anormales que acompañan el movimiento voluntario (Pérez et al., 2004).

GRADO	SISTEMA DE HOUSE-BRACKMANN	SISTEMA CONVENCIONAL DE CLASIFICACION
I	Función facial normal en todas sus áreas.	3 normal
II	Disfunción Leve: Global: debilidad superficial notable a la inspección cercana. Puede haber mínimas sincinesias. Al reposo, tono y simetría normal. Movimiento frente: función de buena a moderada. Ojo: cierre completo con mínimo esfuerzo. Boca: asimetría mínima al movimiento.	2 parálisis leve Asimetría al movimiento, simetría en reposo.
III	Disfunción leve a moderada: Global: no desfigurativa, asimetría al reposo y a la actividad, existencia de sincinesias y/o aumento del tono de músculos faciales. Movimiento frente: movimientos moderados a ligeros. Ojo: cierre completo con esfuerzo. Boca: ligera debilidad con el máximo esfuerzo.	
IV	Disfunción moderada a severa: Global: debilidad y/o asimetría desfigurativa. Al reposo, asimetría. Movimiento frente: ninguno. Ojo: cierre incompleto. Boca: asimetría al esfuerzo.	1 parálisis moderada Asimetría al reposo y en actividad.
V	Disfunción severa: Global: solamente movimientos apenas perceptibles. Asimetría al reposo. Movimiento frente: ninguno. Ojo: cierre incompleto. Boca: movimientos ligeros.	0 parálisis total Asimetría al reposo y al movimiento.
VI	Parálisis total Ningún movimiento.	

Pruebas Complementarias: el diagnóstico es clínico, pero las pruebas complementarias servirán para conocer la gravedad de la lesión y confirmar si se sospecha otra causa distinta de la idiopática.

Las técnicas radiológicas (TAC, RMN) están indicadas para excluir causas no idiopáticas, ante paciente con otorrea, sordera, tinnitus, afectación de otros pares craneales (Manual de urgencias y emergencias, s.f.). Las pruebas electrodiagnósticas no son pruebas de urgencia, sin embargo, después de 2 semanas pueden ayudar a detectar denervación y demostrar nueva regeneración del nervio. Al padecer parálisis facial, el registro electromiográfico revelará una actividad mioeléctrica pobre y en los casos de denervación se observan potenciales de fibrilación.

Tratamiento

El abordaje de la PFP es multidisciplinario. Desde el inicio del tratamiento es importante tener en cuenta el compromiso por parte del paciente, es relevante considerar la toma de decisiones junto al paciente para establecer una dinámica que permita entablar una adecuada adherencia al tratamiento, en especial en todo lo relacionado con la rehabilitación para que el resultado sea óptimo.

La intervención terapéutica temprana, dentro de las primeras 72 horas aumenta el pronóstico de recuperación. Para realizar un correcto tratamiento de parálisis facial, hay que tener en cuenta una serie de factores importantes que ayudan en la toma de decisiones. Algunos de los factores son: el tipo de parálisis que presenta el paciente, la etiología y naturaleza de la lesión, el lugar en el que se ha producido la lesión, la magnitud e intensidad de esta y el tiempo transcurrido desde que se inició la parálisis hasta la realización de la exploración neurológica (Benítez et al., 2016).

Según Rodríguez-Ortiz et al. (2011), el tratamiento básico consiste en lubricación ocular mediante ungüento oftálmico (sólo por la noche), uso de lágrimas artificiales hasta que el paciente logre un cierre ocular normal y oclusión ocular nocturna mediante un parche. El tratamiento convencional para la parálisis facial recurre a diferentes métodos de acuerdo a la causa y evolución del trastorno. Utilizando diferentes fármacos destinados a favorecer la regeneración del nervio, mejorar circulación sanguínea, controlar infección o inflamación con antibióticos, histaminas, corticoesteroides, vitaminas y antiinflamatorios. Entre los diversos fármacos se incluyen adrenocorticotropina, cromoglicato disódico, aciclovir oral, ácido nicotínico, adenosín trifosfato, vitamina B12, y pentoxifilina. Se ha descrito que la prednisona ayuda a restituir la función del nervio facial hasta en un 90 %.

Se recurre a intervenciones quirúrgicas cuando hay compresión del nervio facial en el canal estilomastoideo o para realizar injertos nerviosos que ayuden a restablecer la funcionalidad del nervio facial. Otro tipo de intervención quirúrgica es la anastomosis que se emplea cuando la parálisis facial es debida a traumatismos y lesiones iatrogénicas (causados por la intervención médica).

El tratamiento kinésico tiene como principales objetivos la restauración del movimiento facial, la mejora de la simetría, la reducción de secuelas como contracturas y sinquinesias, y la prevención de atrofas musculares (Flores et al., 2019).

Las técnicas más utilizadas en kinesiología incluyen:

Ejercicios activos asistidos: relacionados con movimientos de expresiones emocionales faciales cotidianos como arrugar frente, abrir y cerrar los ojos, sonreír, fruncir nariz, levantar el labio superior y apretar los labios, entre otros. Favorecen la retroalimentación visual y la toma de conciencia motora.

Técnicas manuales de estimulación muscular: masajes suaves, movilización pasiva, estimulación mediante presión, deslizamiento y vibración, estiramientos musculares.

Terapia miofuncional orofacial: se centra en mejorar la función masticatoria, deglutoria y expresiva.

Electroestimulación: puede utilizarse en casos seleccionados para prevenir la atrofia (Flores et al., 2019).

La evidencia actual sugiere que la rehabilitación kinésica precoz, puede mejorar significativamente los resultados funcionales y acortar el tiempo de recuperación (Baugh et al., 2013).

Concepto Castillo Morales

El Concepto Castillo Morales (CCM) es un enfoque terapéutico desarrollado por el Dr. Rodolfo Castillo Morales, médico argentino, en los años 70. Su método se basa en principios neurofisiológicos y busca la rehabilitación de funciones motoras y orofaciales a través de la integración sensorial, la regulación postural y la estimulación dirigida (Castillo Morales Vereinigung, 2009).

El CCM se fundamenta en una visión holística del individuo, considerando su cuerpo como una unidad funcional. Parte de la premisa de que la activación de patrones motores normales puede lograrse mediante estímulos táctiles, posturales y funcionales aplicados de forma específica, respetando siempre la iniciativa del paciente y su contexto (Herde, 2009).

El CCM se divide en dos áreas principales:

Terapia de Regulación Orofacial: se enfoca en la musculatura facial, oral y cervical, buscando mejorar funciones como la succión, la deglución, la masticación, la fonación y la expresión facial.

Terapia de Estimulación Postural: trabaja sobre el control de tronco, cabeza y extremidades para facilitar la estabilidad y el movimiento funcional (Castillo Morales Vereinigung, 2009).

Dentro del CCM se utilizan:

Estimulación de zonas de reacción específicas: áreas anatómicas sensibles a la presión o tracción, que facilitan respuestas motoras automáticas.

Contactos táctiles prolongados para inducir el tono muscular deseado.

Técnicas de vibración, presión, tracción y deslizamiento.

Trabajo simultáneo del control postural y la función oral (Herde, 2009).

Estas técnicas no son invasivas y buscan promover la actividad espontánea del paciente, siempre adaptadas a sus posibilidades y ritmo de respuesta.

Si bien el CCM no fue diseñado exclusivamente para el tratamiento de la PFP, sus fundamentos terapéuticos lo convierten en una herramienta válida para este tipo de patologías (González & Medina, 2015). En el abordaje de la parálisis facial, el CCM ofrece técnicas que estimulan la musculatura facial mediante contactos manuales específicos que activan zonas reactivas y favorecen la reeducación neuromuscular.

Estas intervenciones pueden aplicarse en fases intermedias o crónicas del tratamiento, como complemento a otras técnicas convencionales. Además, su enfoque en la postura global del paciente permite integrar la función facial al movimiento y la estabilidad corporal general, lo que puede mejorar los resultados funcionales (Herde, 2009).

Aunque la literatura científica específica sobre la aplicación del CCM en parálisis facial periférica es limitada, existen estudios de caso y revisiones que muestran resultados prometedores. Por ejemplo, su aplicación en niños con síndrome de Rett o parálisis cerebral ha

mostrado mejoras en el control orofacial, lo que sugiere que también puede ser eficaz en adultos con PFP (González & Medina, 2015).

En países como Alemania, Austria y España, donde el CCM cuenta con mayor difusión, ha sido incorporado en centros de rehabilitación con buenos resultados clínicos. En Argentina, sin embargo, su uso aún es restringido y depende de la formación específica del profesional (Castillo Morales Vereinigung, 2009).

La provincia de La Rioja cuenta con pocos profesionales capacitados y formados en el CCM, y su aplicación en pacientes con PFP es escasa. Esta situación justifica la realización de investigaciones que permitan relevar el uso de esta herramienta terapéutica, conocer las barreras que limitan su implementación y promover estrategias de difusión y capacitación.

El diseño de materiales informativos y la sistematización del conocimiento sobre el CCM podrían contribuir a su incorporación en el abordaje kinésico de la parálisis facial periférica, optimizando así la calidad de atención y el aprovechamiento de recursos humanos ya existentes.

Hipótesis

El Concepto Castillo Morales es escasamente aplicado por kinesiólogos/as en la provincia de La Rioja en el tratamiento de la parálisis facial periférica.

Objetivo General

Diseñar material informativo y orientativo que favorezca la implementación, difusión y comprensión del Concepto Castillo Morales en la rehabilitación de la parálisis facial periférica en kinesiólogos/as de la provincia de La Rioja.

Objetivos Específicos

Determinar la cantidad de kinesiólogos capacitados en el Concepto Castillo Morales que ejercen en la provincia de La Rioja.

Explorar cuántos de estos profesionales lo aplican específicamente en casos de parálisis facial periférica.

Analizar las razones por las cuales no se implementa la técnica en mayor medida.

Identificar el grado de aplicación del Concepto Castillo Morales en el abordaje kinésico de la parálisis facial periférica en la provincia de La Rioja.

Metodología

La presente investigación se enmarca dentro de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Es descriptivo ya que se buscó caracterizar el grado de utilización del Concepto Castillo Morales y las barreras percibidas para su implementación. El diseño transversal se debe a que los datos se recolectaron en un único momento en el tiempo, sin seguimiento longitudinal.

La población de esta investigación está compuesta por profesionales kinesiólogos/as matriculados/as en la provincia de La Rioja que hayan recibido capacitación en el Concepto Castillo Morales. Los casos fueron seleccionados a partir de una muestra no probabilística de tipo convencional, según la accesibilidad, disponibilidad de los participantes, teniendo en cuenta criterios de inclusión establecidos previamente y que aceptaran participar voluntariamente del estudio.

Se utilizará como técnica de recolección de los datos, una encuesta estructurada de tipo digital, autoadministrada y de acceso online, compuesta por preguntas cerradas y semiabiertas. Esta información permitió relevar información sobre la aplicación del Concepto Castillo Morales

en kinesiólogos de la provincia de La Rioja que traten o hayan tratado pacientes con parálisis facial.

Para la elaboración del material informativo se optó por un diseño en formato de artículo de revista, ya que permite una presentación atractiva, clara y accesible para el público destinatario, facilitando la comprensión de la información.

Criterios De Inclusión

Profesionales kinesiólogos/as matriculados/as que ejerzan en la provincia de La Rioja.

Que se encuentren actualmente activos/as en el ejercicio de la profesión.

Que tengan conocimiento del Concepto Castillo Morales.

Criterios de exclusión

Profesionales que no sean kinesiólogos/as titulados/as o no tengan matrícula habilitante.

Aquellos que no completen la encuesta o la hagan de forma incompleta.

Quienes no otorguen su consentimiento para participar.

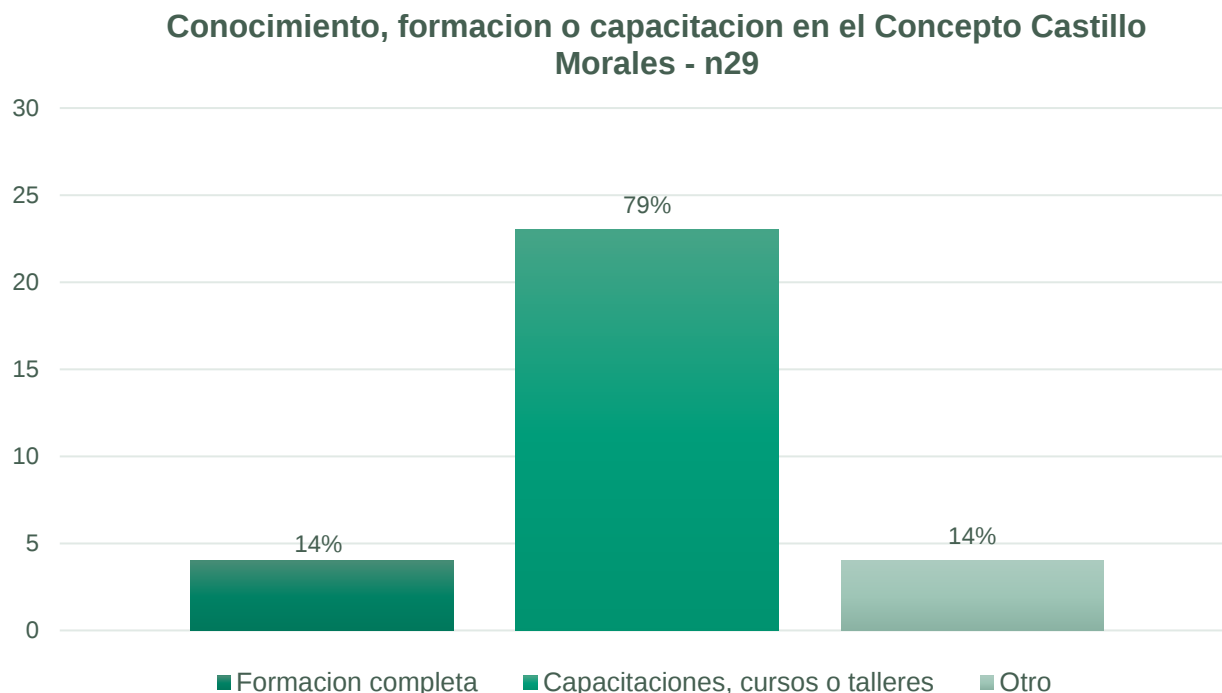
Variables

Variable	Variable operacional	Indicadores	Instrumento
Conocimientos, formación o capacitación en Concepto Castillo Morales	Cualitativa nominal	-Formación de grado/posgrado -Capacitaciones, cursos o talleres -Otro	Cuestionario
Aplicación del Concepto Castillo Morales en Parálisis Facial.	Cualitativa nominal	-Si -No	Cuestionario

Tipo de intervención del Concepto	Cualitativa nominal	-Terapias orofaciales -Estimulación sensorial y motora -Otra	Cuestionario
Factores que dificultan la implementación del CCM	Cualitativa nominal	-Falta de formación/capacitación específica -Falta de pacientes con la patología. -Falta de tiempo en el abordaje kinésico. -Otro	Cuestionario
Percepción de utilidad del material informativo sobre el CCM en parálisis facial periférica	Cualitativa nominal	-Si -No	Cuestionario
Información relevante que considera que debe incluir el material	Cualitativa nominal	-Fundamentos teóricos -Indicaciones y contraindicaciones -Técnicas específicas -Criterios de evaluación y seguimiento -Bibliografía y recursos complementarios -Otra	Cuestionario

Análisis De Datos

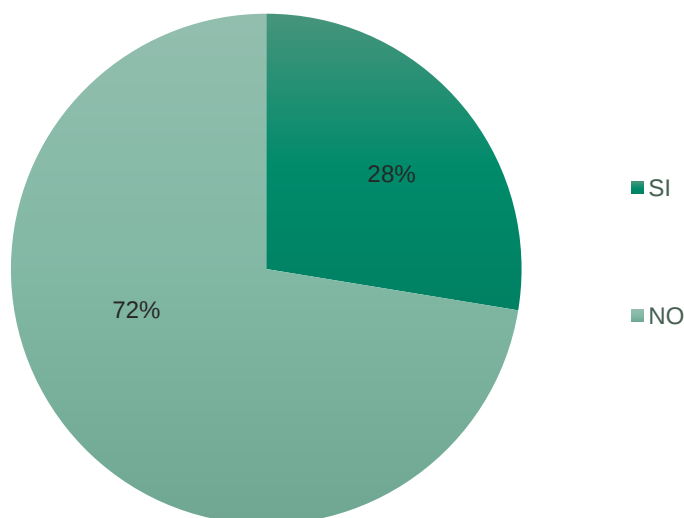
Gráfico 1: *Conocimiento, formación o capacitación en el Concepto Castillo Morales.*



El grafico N° 1 presenta que, el 79 % indicó haber realizado “capacitaciones, cursos o talleres” relacionados con el Concepto Castillo Morales, el 14% refirió tener “formación completa” en dicho concepto y el otro 14 % manifestó haber tenido “otro” tipo de conocimiento acerca del concepto, en la opción podían especificar cuáles, donde indicaron que, a través de otros métodos, uno mencionado fue el método kabath o a través de disertaciones. Estos resultados evidencian que, si bien la mayoría ha tenido contacto con esta metodología, la formación completa sigue siendo escasa entre los profesionales. En función de estos datos, se plantea la elaboración de un material informativo accesible con el fin de favorecer una aplicación adecuada y efectiva en la práctica clínica.

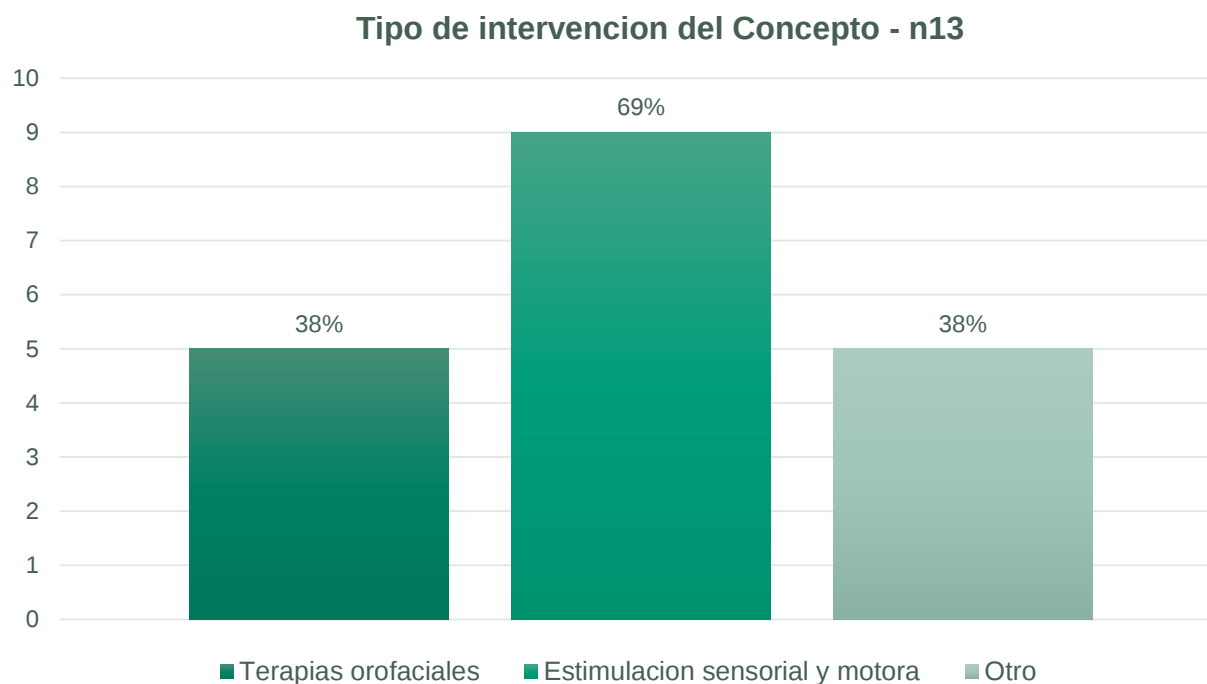
Gráfico 2: *Aplicación del Concepto Castillo Morales en Parálisis Facial.*

Aplicacion del Concepto Castillo Morales en Paralisis Facial - n29



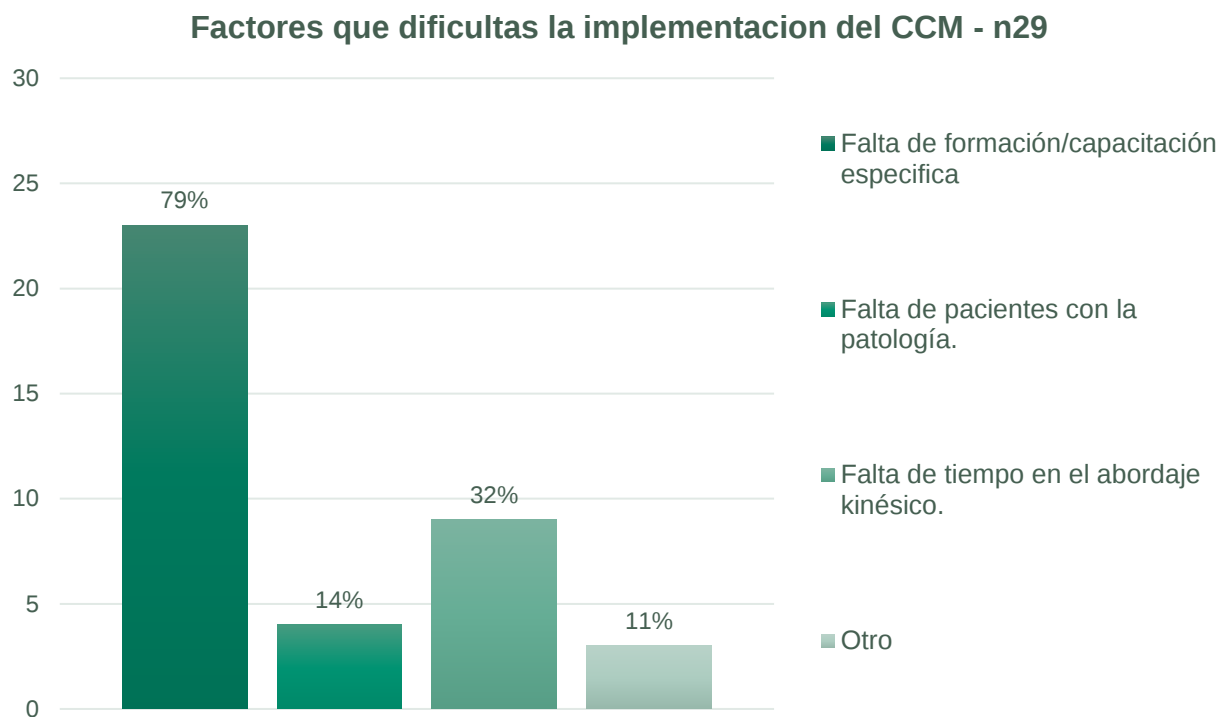
El grafico N° 2 representa que, el 72 % manifestó que “no” aplica el Concepto Castillo Morales en el tratamiento de la parálisis facial, mientras que solo el 28 % indicó que “sí” lo aplica. Este resultado revela una baja utilización del concepto en este tipo de abordaje específico, lo cual pone de manifiesto la necesidad de mayor difusión y comprensión sobre su aplicabilidad en la parálisis facial periférica.

Gráfico 3: *Tipo de intervención del Concepto*



El gráfico N° 3 muestra la respuesta de los profesionales que indicaron anteriormente que sí utilizan la técnica, en el mismo se dio la posibilidad de elegir más de una opción, la mayoría, un 31% indicó que aplica “estimulación sensorial y motora”, seguidas por un 17% que utiliza intervenciones centradas en “terapias orofaciales” y un 17% de los profesionales señalaron emplear “otros” tipos de intervenciones, donde especificaron la combinación con otras técnicas y el método kabath. Este resultado sugiere que, si bien existe conocimiento parcial del concepto, la aplicación tiende a concentrarse en ciertas técnicas más difundidas, lo cual refuerza la necesidad de material que aclare y sistematice la variedad de abordajes posibles dentro del CCM.

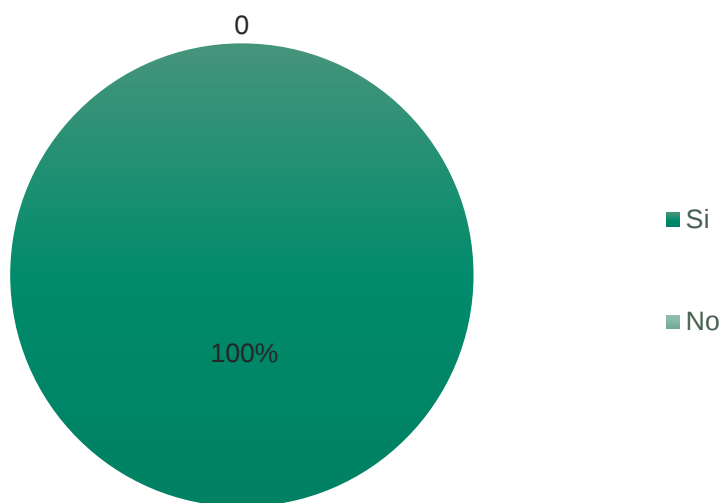
Gráfico 4: Factores que dificultan la implementación del CCM



El gráfico N° 4 presenta los principales factores que dificultan la implementación del Concepto Castillo Morales en la práctica clínica. Un 79% expresó la “falta de formación o capacitación específica” la cual fue la barrera más mencionada, seguida por un 32% que indicó “escaso tiempo en el abordaje kinésico”, un 14% la “falta de pacientes con esta patología” y un 11% que mencionaron “otras” donde especificaron estar capacitados en el concepto, pero no específicamente para su aplicación en parálisis facial. Estos hallazgos justifican la elaboración de materiales accesibles que promuevan su integración en el ámbito clínico.

Gráfico 5: *Percepción de utilidad del material informativo sobre el CCM en parálisis facial periférica*

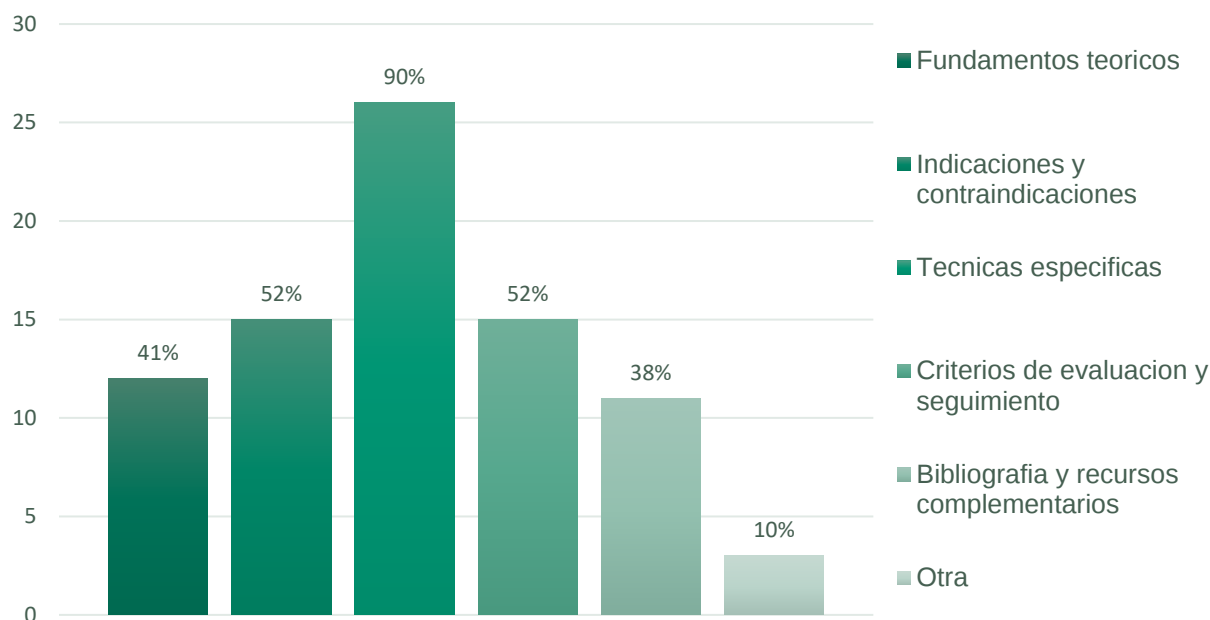
**Percepcion de utilidad del material informativo sobre el CCM
en parálisis facial periférica - n29**



El gráfico N° 5 refleja la percepción de los kinesiólogos respecto a la utilidad de contar con un material informativo sobre el Concepto Castillo Morales aplicado a la parálisis facial periférica. El 100 % de los encuestados respondió afirmativamente, considerando que dicho recurso sería útil para su práctica profesional. La valoración positiva de esta propuesta indica no solo una necesidad concreta de recursos accesibles y aplicables, sino también una actitud receptiva hacia la incorporación de nuevas estrategias terapéuticas

Gráfico 6: *Información relevante que considera que debe incluir el material*

Información que considera relevante para el material informativo - n29



El gráfico N° 6 se observa la percepción de los participantes respecto a los contenidos que consideran más relevantes para incluir en un material informativo. La categoría más mencionada con un 90% fue “técnicas específicas”, lo que evidencia un fuerte interés por contar con herramientas prácticas aplicables en el abordaje profesional. Le siguen “indicaciones y contraindicaciones” y “criterios de evaluación y seguimiento”, ambas con un 52%. En menor medida, un 41% consideró relevante incluir los “fundamentos teóricos”, y un 38% mencionó la “bibliografía y recursos complementarios”. Finalmente, un 10% seleccionó la opción “otra”, donde especificaron escalas de valoración, en que etapas es adecuado aplicarla y con que se puede complementar la técnica. Estos resultados permiten identificar las prioridades informativas del grupo encuestado, siendo predominante la necesidad de contenidos operativos y aplicables en la práctica clínica.

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación mediante una encuesta a profesionales kinesiólogos/as permiten visibilizar una realidad en relación con la implementación del

Concepto Castillo Morales en el tratamiento de la parálisis facial periférica en la provincia de La Rioja. A pesar de que la mayoría de los kinesiólogos manifestaron haber tenido algún tipo de conocimiento con este enfoque, principalmente a través de capacitaciones, cursos o talleres, solo una minoría cuenta con formación completa en el concepto. La mayoría indicó que no lo aplica, por lo que la baja utilización del CCM en casos de parálisis facial periférica indica que, si bien existe conocimiento general, no se traduce en una práctica concreta. Entre los factores que dificultan su implementación, se destacan principalmente con un porcentaje alto de 79% la falta de formación específica, la escasez de pacientes con esta patología en un 14% y las limitaciones de tiempo dentro del abordaje kinésico en un 32%. Estos obstáculos revelan tanto barreras estructurales como de acceso a la capacitación.

No obstante, un hallazgo relevante fue la percepción positiva hacia la elaboración de un material informativo, donde el 100 % de los encuestados considera que sería útil contar con un recurso que oriente la aplicación del CCM en la rehabilitación de la parálisis facial periférica. Esta respuesta evidencia una demanda latente de herramientas accesibles y prácticas que puedan complementar la formación profesional y favorecer la integración progresiva del concepto en la práctica clínica.

La elaboración del material propuesto se posiciona como una oportunidad concreta para reducir las barreras identificadas, fomentar el uso de una técnica con alto potencial terapéutico y mejorar la calidad de atención a los pacientes que presentan esta patología.

Conclusión

La presente investigación permitió confirmar la hipótesis planteada, donde se logró identificar que la aplicación del Concepto Castillo Morales en el tratamiento de la parálisis facial periférica por los kinesiólogos/as de la provincia de La Rioja, es limitada. Los factores que más dificultan su implementación son la falta de formación específica y las condiciones del contexto

clínico, lo cual pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la capacitación y generar herramientas prácticas que faciliten su integración al abordaje terapéutico.

Este resultado valida el objetivo principal del presente trabajo, que busca diseñar una herramienta informativa, orientativa, accesible y clara, la cual es una estrategia viable y valorada por los propios profesionales, quienes manifestaron de forma unánime su utilidad. Este recurso, busca brindar herramientas básicas de aplicación para los profesionales que no cuentan con una formación completa en el concepto, favoreciendo así su difusión y comprensión inicial.

De esta manera, el presente trabajo no solo aporta un diagnóstico de situación, sino una estrategia para mejorar el abordaje kinésico de una patología que impacta significativamente en la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes. Promover la utilización del CCM en este contexto representa una oportunidad para optimizar los recursos humanos disponibles y avanzar hacia una atención más integral, eficaz y humanizada.

Referencias Bibliográficas

Baugh, R. F., Basura, G. J., Ishii, L. E., et al. (2013). *Clinical practice guideline: Bell's Palsy.*

Otolaryngology—Head and Neck Surgery. <https://aao-hnsfjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0194599813505967>

Castillo Morales Vereinigung. (2009). *Concepto Castillo Morales: Fundamentos y aplicaciones terapéuticas.* Köln, Alemania. <https://castillomoralesvereinigung.de/es/medicos/>

Flores, L. A., Montoya, L. M., & Cruz, M. A. (2019). *Intervención fisioterapéutica en la parálisis facial periférica: una revisión sistemática.* Revista Colombiana de Rehabilitación. <https://revistas.ecr.edu.co/index.php/RCR>

- González, L., & Medina, A. (2015). *Aplicación del concepto Castillo Morales en pacientes pediátricos: una revisión*. Fisioterapia Argentina. https://samfyr.org.ar/wp-content/uploads/2019/02/SAMFYR-Revista-VOL9_1.pdf
- Herde, S. (2009). *Therapy according to Castillo Morales*. Köln: Castillo Morales Vereinigung. <https://castillomoralesvereinigung.de/en/treatment-castillo-morales-concept/>
- Kansu, L., Avci, S., & Tuncel, D. (2012). *Diagnosis and treatment of idiopathic (Bell's) facial paralysis*. Clinical Otolaryngology. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6922571/>
- Monini, S., Lazzarino, A. I., Iacolucci, C., Buffoni, A., & Barbara, M. (2016). *Epidemiology of Bell's palsy in an Italian Health District: incidence and case-control study*. Acta Otorhinolaryngologica Italica. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3008145/>
- Pérez CE, Gómez MC, Guzmán GJM, et al. *Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. (2004). <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im045i.pdf>
- Luisa M, Escobar C, Naranjo IC. *Exploración de los pares craneales*. <https://medfamcom.files.wordpress.com/2012/08/pares-craneales.pdf>
- Benítez S. S, Danilla E. S, Troncoso O. E, F. Kinesióloga AM, A. Kinesióloga JM. *Manejo Integral De La Parálisis Facial*. Rev médica Clín Las Condes (2016). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016000055>
- Rodriguez-Ortiz MD, Mangas-Martinez S, Ortiz-Reyes MG, Rosete-Gil HS, ValesHidalgo O, Hinojosa-Gonzalez R. *Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones*. Arco Neurociencia (2011). <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32547>

Caballero AM. *Rehabilitación de las parálisis faciales centrales y periféricas*. EMC - Kinesiterapia (2003).

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1293296503719410>

Manual de Urgencias y Emergencias. (2002). *Parálisis facial*.

<http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/parafaci.pdf>

Rubin, M. (2023). *Parálisis del nervio facial*. En *Manual MSD versión para profesionales*.

Revisado por M. C. Levin. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurologicos/trastornos-neurooftalmologicos-y-de-los-pares-cranianos/paralisis-del-nervio-facial>

Saborío Cervantes, I. E., Villalobos Bonilla, D., & Bolaños Parajeles, C. (2019). Abordaje de la parálisis de Bell: diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica*.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms196i.pdf>

May, M., & Schaitkin, B. M. (2000). *The Facial Nerve* (2.^a ed.). Thieme.

Ropper, A. H., Samuels, M. A., Klein, J. P., & Prasad, S. (2019). *Adams and Victor's Principles of Neurology* (11.^a ed.). McGraw-Hill Education.

Wineski, L. E. (2019). *Snell's Clinical Anatomy by Regions* (10.^a ed.). Wolters Kluwer.

Anexo

Anexo 1. Material Informativo Sugerido



Kinesiología y Fisiatría

Tratamiento de la parálisis facial periférica mediante el Concepto Castillo Morales

Treatment of peripheral facial paralysis through the Castillo Morales Concept

Resumen

El Concepto Castillo Morales es un método terapéutico neurofisiológico que combina estimulación sensorial, regulación postural y activación motora, con el objetivo de facilitar patrones de movimiento funcionales. En el contexto de la parálisis facial periférica, este enfoque busca restaurar la simetría y control de la musculatura facial, mejorar funciones orales como la deglución, masticación y fonación, y prevenir secuelas como contracturas y sinquinesias.

El presente trabajo corresponde a una revisión e interpretación de la literatura científica y técnica sobre el uso del Concepto Castillo Morales aplicado en la rehabilitación de la parálisis facial

periférica. Se describen sus fundamentos principales, indicaciones y contraindicaciones, así como las técnicas específicas que integran el abordaje: contactos táctiles prolongados, liberación escapular, estimulación de puntos motores orofaciales y ejercicios funcionales guiados. Además, se presentan criterios de evaluación clínica utilizados en el seguimiento del paciente.

La evidencia disponible propone beneficios clínicos en la recuperación funcional orofacial, aunque la mayoría de los estudios corresponden a series de casos y experiencias clínicas. En conclusión, el Concepto Castillo Morales constituye una herramienta terapéutica segura para el abordaje kinésico de la parálisis facial

periférica, aportando recursos prácticos para la intervención profesional.

Palabras clave: Castillo Morales; parálisis facial periférica; estimulación; orofacial; abordaje kinésico.

Abstract

The Castillo Morales Concept is a neurophysiological therapeutic method that combines sensory stimulation, postural regulation, and motor activation, aiming to facilitate functional movement patterns. In the context of peripheral facial paralysis, this approach seeks to restore facial symmetry and muscular control, improve oral functions such as swallowing, chewing, and phonation, and prevent sequelae such as contractures and synkinesis.

This work corresponds to a review and interpretation of the scientific and technical literature on the use of the Castillo Morales Concept applied to the rehabilitation of peripheral facial paralysis. It describes its main foundations, indications and contraindications, as well as the specific techniques that comprise the approach: prolonged tactile contacts, scapular release, stimulation of orofacial motor points, and guided functional exercises. In addition, clinical evaluation criteria used in patient

follow-up are presented.

The available evidence suggests clinical benefits in orofacial functional recovery, although most studies correspond to case series and clinical experiences. In conclusion, the Castillo Morales Concept represents a safe therapeutic tool for the kinesiological management of peripheral facial paralysis, providing practical resources for professional intervention.

Keywords: Castillo Morales; peripheral facial paralysis; stimulation; orofacial; kinesiological approach.

Introducción

La **Parálisis facial periférica**, es una alteración neurológica frecuente que afecta la simetría y movilidad de la musculatura facial, comprometiendo funciones como la comunicación, la masticación, la deglución y la expresión emocional. Su incidencia varía entre 15 y 30 casos por cada 100.000 habitantes al año, siendo la forma idiopática (parálisis de Bell) la más común. El tratamiento temprano resulta esencial para prevenir secuelas motoras y funcionales.

Dentro de los abordajes de rehabilitación existentes, el **Concepto Castillo Morales** constituye una alternativa terapéutica que combina la estimulación

sensorial y motora con la regulación postural, favoreciendo la integración funcional de la musculatura orofacial. El objetivo de este artículo es revisar la aplicación del concepto en la parálisis facial periférica, describiendo sus fundamentos y procedimientos.

Fundamentos del Concepto Castillo Morales

El Concepto Castillo Morales fue desarrollado por el Dr. Rodolfo Castillo Morales y se basa en principios

neurofisiológicos, sensoriomotores y posturales. Propone la estimulación de puntos motores orofaciales mediante presión, vibración y deslizamiento, combinados con ajustes posturales de cabeza, cuello y tronco, con el fin de facilitar patrones motores funcionales.

En la parálisis facial, busca restaurar el control y simetría facial, mejorar la función oral (masticación, deglución, fonación) y prevenir secuelas como sinquinesias y contracturas.

Tabla 1. *Indicaciones y contraindicaciones*

Indicaciones	Contraindicaciones
Parálisis Facial Periférica (postraumática, posquirúrgica, idiopática, infecciosa) en fase subaguda o crónica	Procesos inflamatorios agudos con dolor intenso o fiebre no controlado.
Secuelas motoras y funcionales de PFP (asimetría, hipotonía o sinquinesias)	Lesiones cutáneas abiertas o infecciones en zona de aplicación.
Alteraciones orofaciales secundarias: dificultades para la deglución, masticación o fonación y para cerrar el ojo.	Fracturas craneofaciales recientes sin estabilización médica.
Como complemento de abordajes convencionales (ejercicios faciales, electroestimulación, terapia miofuncional).	Patologías sistémicas descompensadas que limiten la manipulación.

Técnicas específicas

Contactos táctiles prolongados y vibración

La técnica consiste en la aplicación de presión manual intermitente combinada con vibración en puntos específicos de la musculatura orofacial, con el fin de inducir tono muscular y favorecer la simetría facial. Cada estímulo se mantiene entre 10 y 15 segundos, procurando evitar la fatiga muscular. Posteriormente, se realizan deslizamientos suaves siguiendo la dirección fisiológica de la contracción muscular, lo que potencia la activación funcional de los grupos musculares implicados.

Liberación escapular y preparación cefálica

La técnica se inicia con vibración bilateral sobre las escápulas, con el objetivo de favorecer la relajación muscular y preparar la cintura escapular. Posteriormente, se progresa hacia la región de los hombros, aplicando vibración dirigida en sentido caudal, lo que facilita el descenso y alineación de ambos hombros; primero de manera bilateral y luego de forma unilateral.

A continuación, se avanza hacia la región cervical, colocando las manos entrelazadas en la nuca del paciente a nivel occipital. Desde esta posición se realizan movilizaciones suaves de la cabeza en flexión y extensión, siempre acompañadas de vibración, promoviendo la regulación del tono y la movilidad segmentaria.

La maniobra continúa hacia el cuero cabelludo, manteniendo el estímulo vibratorio. Finalizada esta preparación, se procede a la estimulación de los puntos motores orofaciales correspondientes.

Estimulación de puntos motores

La estimulación de puntos motores orofaciales es uno de los pilares del Concepto Castillo Morales en el abordaje de la parálisis facial periférica. Estos puntos corresponden a áreas de activación neuromuscular, donde la aplicación de presión, vibración o tracción suave favorece la contracción selectiva de la musculatura facial. Su finalidad es restaurar la simetría, mejorar la movilidad segmentaria y optimizar funciones orales como la deglución, la masticación y la fonación. La Tabla 2 resume las principales zonas de estimulación, sus objetivos terapéuticos y las técnicas recomendadas.

Tabla 2. Puntos motores orofaciales

Zona	Localización	Objetivo	Técnica
Zona nasal	Nasal superior, alas nasales, nasal inferior	Activar músculos nasales y elevadores del labio superior	Presión puntual, vibración y deslizamiento en dirección cefálica
Zona orbitaria	Orbicular de los ojos	Activar orbicular de los párpados y músculos frontales	Presión, vibración y deslizamiento suave con dirección externa, caudal y cefálica (sin contacto directo con el globo ocular)
Zona labial	Orbicular de los labios y comisuras	Activar orbicular de los labios para cierre, protusión y retracción	Tracción suave y deslizamiento con vibración en dirección fisiológica
Zona mentoniana	Borla del mentón y piso de la boca	Activar musculatura depresora del labio y mentón, favorecer cierre labial	Presión y vibración sostenida medial y cefálica
Zona intraoral	Cara ventral y lateral de la lengua, zona interior de las mejillas	Mejorar movilidad lingual, activación de la glándula salival y coordinación deglutoria.	Estimulación vibratoria táctil con guantes

Como cierre, luego de la estimulación de estos puntos, se aplica presión sostenida y vibración sobre los músculos maseteros, con el fin de activar la musculatura masticatoria y facilitar la coordinación oro funcional.

Ejercicios funcionales guiados

Una vez terminada la estimulación de puntos motores, se procede a la realización de ejercicios funcionales y gestuales específicos. Esta etapa se centra en la reeducación del patrón motor mediante la ejecución de movimientos cotidianos que activan la musculatura y los gestos miméticos, como sonreír, fruncir el ceño, el cierre ocular y apertura ocular, protrusión

labial, inflar mejillas y soplar con resistencia.

Criterios de evaluación y seguimiento

La progresión del paciente se evalúa con herramientas como:

Escala House-Brackmann: para graduar función facial, severidad y evolución.

Registro fotográfico o en video: para documentar cambios en simetría y movilidad.

Evaluación oro funcional: fuerza, amplitud y coordinación de movimientos faciales, masticación, deglución y fonación.

Control del tono muscular: palpación y observación en reposo y movimiento.

Reevaluación periódica: cada 2–4 semanas para ajustar el plan de tratamiento según evolución.

Discusión

El abordaje de la parálisis facial periférica presenta un desafío en la rehabilitación, ya que las secuelas motoras y funcionales afectan de manera significativa la calidad de vida de los pacientes. Respecto

a esto, el Concepto Castillo Morales se manifiesta como un enfoque integral que combina la estimulación neuromuscular específica con la regulación postural y el entrenamiento funcional.

Diversos estudios han documentado mejoras en la función orofacial mediante su aplicación, tanto en pacientes pediátricos como adultos, destacando su impacto en la simetría facial, la tonicidad labial y el control de la lengua. Si bien la evidencia científica aun es limitada, la mayoría de las publicaciones disponibles y la práctica clínica reportada coinciden en destacar los beneficios en la función orofacial, favoreciendo la recuperación y la prevención complicaciones.

El concepto se integra como complemento a las terapias convencionales, enriqueciendo el abordaje kinésico con técnicas sensoriomotoras específicas, lo que constituye una herramienta de gran utilidad para los profesionales que trabajan en la rehabilitación neurológica y orofacial.

De esta manera, es fundamental resaltar el carácter interdisciplinario del método, que la involucra no solo a kinesiólogos, sino también a fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la rehabilitación.

La interacción entre estas disciplinas favorece un abordaje integral del paciente, optimizando la recuperación de las funciones orofaciales y ampliando el impacto terapéutico.

Conclusión

El Concepto Castillo Morales ofrece un abordaje terapéutico integral y seguro para la rehabilitación de la parálisis facial periférica. Sus técnicas de estimulación orofacial y postural permiten mejorar la simetría, favorecer la coordinación funcional y prevenir secuelas a largo plazo, produciendo un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes. Este material se propone como una guía de referencia para kinesiólogos, con el fin de facilitar la aplicación clínica del método y optimizar la calidad de los tratamientos.

Referencias bibliográficas

- 1) Fabricius, J., Kothari, S. F., & Kothari, M. (2021). *Assessment and rehabilitation interventions for central facial palsy in patients with acquired brain injury: a systematic review*. *Brain Injury*, 35(5), 511–519.
<https://doi.org/10.1080/02699052.2021.1890218>
- 2) Limbrock, G. J., Fischer-Brandies, H., & Avallé, C. (1991). *Castillo-Morales' orofacial therapy: treatment of 67 children with Down syndrome*. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 33(4), 296–303.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1991.tb14880.x>
- 3) Limbrock, G. J., Castillo-Morales, R., Hoyer, H., Stöver, B., & Onufer, C. N. (1993). *The Castillo-Morales approach to orofacial pathology in Down syndrome*. *International Journal of Orofacial Myology*, 19, 30–37. (PMID: 9601231).
- 4) Fischer-Brandies, H., Avallé, C., & Limbrock, G. J. (1987). *Therapy of orofacial dysfunctions in cerebral palsy according to Castillo-Morales: first results of a new treatment concept*. *European Journal of Orthodontics*, 9(2), 139–143.
<https://doi.org/10.1093/ejo/9.2.139>
- 5) Castillo-Morales® Vereinigung e. V. (s.f.). El Concepto Castillo Morales® para médicos y terapeutas. Recuperado de <https://castillomoralesvereinigung.de/es/medicos/>