

431



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA DE NIÑOS CON PROBLEMAS DEL LENGUAJE

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

MIRIAM YAZMÍN QUINTANILLA GARCÍA

DIRECTORA: C D GRACIELA ABE KASHIMA

Graciela Abe K.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**LA ATENCIÓN
ODONTOPEDIÁTRICA DE NIÑOS
CON PROBLEMAS DEL LENGUAJE.**

DEDICATORIAS.

Doy gracias a Dios y a mis Padres:

Por permitirme terminar mi carrera de Cirujana Dentista, sabiendo que se sienten orgullosos de que haya aprovechado esta oportunidad, para lograr mis metas a lo largo de la vida.

Doy gracias a mi familia:

Por haberme dado su apoyo incondicionalmente durante todo este tiempo, a pesar de que mi Padre ya no se encuentra con nosotros

Doy gracias a mi Tio y a mi prima

Por creer y depositar su confianza en mí

Doy gracias a mi Tia

Aunque ya no se encuentre con nosotros, siempre estuvo presente a mi lado brindándome su confianza y cariño

Doy gracias a mi sobrino

Por lograr este último esfuerzo, y por haber dedicado su tiempo en mí

Doy gracias a Ale:

Por ser la persona que estuvo presente a mi lado en los momentos difíciles, demostrándome su amor incondicional sin esperar nada a cambio

Doy gracias a la Dra. Graciela Abe Kashima

Por su asesoría y dedicación para realizar este trabajo en equipo

INDICE.

	Página.
-	
Introducción.	2
Objetivos	3
Capítulo 1.	
1 1 El proceso de producción del habla ¿Qué es el habla?.	4
1 2 El lenguaje. ¿Qué es el lenguaje?.	6
Capítulo 2.	
2,1 Desarrollo del habla y del lenguaje en la infancia.	7
2.1.1 La maduración biológica y el aprendizaje fisiológico.	
2 1 2 Factores que se relacionan con los trastornos durante el desarrollo del niño.	8
a) Factores prenatales	
b) Factores perinatales.	
c) Factores postnatales	9
2.2 Palabras clave en el desarrollo del lenguaje.	10
a) Etapa pre-lingüística (0 a 12 meses).	
b) Etapa inicial (12 a 24 meses).	
c) Etapa intermedia (2 a 3 años)	
d) De 3 a 5 años	11
e) De 5 a 7 años	
f) Etapa de consolidación (7 a 15 años)	12
2 3 Identificación del retardo del lenguaje expresivo.	13
2.3.1 Anamnesis	14
2.4 La rehabilitación	15
¿Qué pasa si el niño no se rehabilita a tiempo?.	
Ejercicios aplicados dentro del tratamiento.	
2 5 Desarrollo emocional del niño en la familia.	22
2 6 Orientación psicológica familiar	23

Capítulo 3.	
Desarrollo embriológico de los órganos que intervienen en la articulación de la palabra.	25
Capítulo 4.	
4.1 Trastornos del habla y el lenguaje, su diagnóstico y tratamiento.	31
4.1.1 Dislalia Evolutiva.	
4.1.2 Dislalia Funcional.	31
4.1.3 Dislalia Audiogena.	
4.1.4 Dislalia Orgánica.	
a) Dislalias de origen labial.	32
b) Dislalias de origen dental.	33
c) Dislalias orgánicas de origen lingual	
d) Dislalias nasales	35
e) Lesiones del paladar.	36
Capítulo 5.	
5.1 Caso Clínico.	38
Paciente con problemas del lenguaje su diagnóstico y tratamiento	
-¿Qué función tienen las amígdalas?.	
-¿Qué función tienen las adenoides?.	40
5.1.1 ¿Cómo se realizó la cirugía de las amígdalas y las adenoides?.	
5.1.2 Cuidados que se realizaron tras la intervención.	41
Conclusiones.	46
Referencia Bibliográfica.	47

INTRODUCCIÓN.

El lenguaje es la manifestación expresiva del ser humano en su totalidad, por este medio cada individuo se expresa y se comunica con sus semejantes de manera única.

A través del lenguaje mostramos a la gente que nos rodea nuestra vida psíquica y emocional.

Este complejo sistema de intercambio de información (ideas, sentimientos, experiencias, etc.) es una función del cerebro y, durante su adquisición, el niño requiere además, de integridad anatómica y funcional del propio cerebro (es decir, que esté sano) de estimulación del mismo. Los problemas del lenguaje se presentan cada vez, con más frecuencia en los niños por diversas razones, que se explicarán posteriormente; por la cual hay que orientar a los padres de familia acerca de los factores desencadenantes de dichas patologías y la manera de evitarlos.

El odontopediatra puede ser uno de los profesionales consultados para asesoramiento con respecto a niños con problemas del habla y el lenguaje. Por ello es conveniente que el odontopediatra tenga un conocimiento acerca de:

- ✓ el proceso de producción del habla.
- ✓ la secuencia normal del desarrollo del habla y el lenguaje en los niños pequeños;
- ✓ los principales tipos de trastornos del habla y el lenguaje
- ✓ y el diagnóstico profesional y la atención terapéutica disponible para los niños con trastornos de la comunicación.

Lo anterior fundamenta que se presenta la necesidad de abordar temas como son: La Familia, Audición, Lenguaje, Aprendizaje, Voz y Habla; y presentar acerca de ellos los conceptos mas importantes, información y orientación necesaria para apoyar el desarrollo de los niños y así poder desplegar las dudas que los padres pudieran tener acerca del padecimiento de su hijo, así como su tratamiento.

Objetivos

- Al tener conocimiento de lo anterior, se tiene como principal objetivo saber proporcionar a los familiares toda la información necesaria posible acerca de los trastornos de la Comunicación Humana desde el punto de vista médico, psicológico y terapéutico; con el propósito de lograr su participación activa en la solución del problema de su hijo.
- Lograr una relación afectiva del niño hacia el odontopediatra dentro de la consulta para su rehabilitación bucodental, con el propósito de facilitar su tratamiento y disminuir el temor que manifiesta; utilizando un lenguaje propio a su desarrollo y que a medida vaya adquiriendo seguridad y confianza en sí mismo e independencia.

CAPÍTULO 1.

1.1 EL PROCESO DE PRODUCCIÓN DEL HABLA.

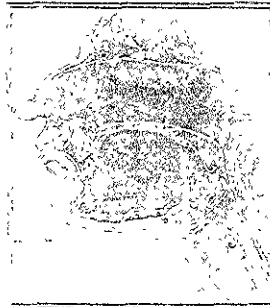
¿Qué es el habla?.

Se le llama habla a los movimientos que se realizan por medio de la boca para comunicarse.

El mecanismo del habla consiste en diversos sistemas, estructuras y cavidades; así como de varios procesos básicos como son: respiración, fonación, resonancia y articulación, los cuales son coordinados para producir la modulación acústica dinámica del habla

Cuando los seres humanos elaboramos una idea con nuestro cerebro, lo que se realiza posteriormente es expresarla de manera oral, esto se logra a través de realizar movimientos con el aparato fonoarticulador, formado por .

- Boca
- Labios
- Lengua
- Dientes
- Paladar
- Nariz
- Laringe
- Faringe
- Tórax (1)



El requisito inicial para poder hablar es una fuente de energía, que es provista por el sistema respiratorio. El habla normal demanda una corriente de aire rápidamente disponible, adecuada, bien controlada y sistemáticamente dirigida.

El aire es inhalado rápidamente y el habla se produce de forma típica durante el período mas largo de la espiración. Posteriormente un proceso generador de sonidos, da como resultado la actividad vibratoria de las cuerdas vocales originando la fonación.

Esta misma corriente de aire exhalada es interrumpida por el patrón vibratorio de las cuerdas vocales, emergiendo de este proceso el sonido.

El sonido generado por el proceso de fonación no es lo que se oye como habla, mas bien ese sonido es conocido como "fuente de excitación" que

sirve como material acústico, a partir del cual ciertos sonidos del habla son desarrollados después.

Los procesos relacionados con la conformación o modificación de los sonidos de la fuente hasta obtener sonidos identificables en el habla, son la resonancia y la articulación.

Como las cavidades del tracto vocal pueden resonar, los sonidos de la fuente o base son modificados por medio de la alteración selectiva del tamaño y la forma (configuración) del tracto vocal, que consiste en las cavidades y estructuras situadas por encima de la glotis o la apertura entre los pliegues vocales.

En consecuencia, la resonancia es una función cavitaria que hace una contribución esencial durante la producción de la palabra. De acuerdo con la configuración del tracto vocal, algunas frecuencias son selectivamente amplificadas y otras atenuadas.

El nombre de "articulación" se refiere a la ubicación y movimiento de los labios, dientes, lengua, mandíbula, paladar y estructuras asociadas durante el habla.

Estas acciones también forman las bien definidas y sistemáticamente variadas constricciones y obstrucciones orales y faríngeas, necesarias para la producción de las consonantes.

Los procesos de respiración, fonación y articulación, son coordinados por el sistema nervioso central, para producir la compleja y dinámica conducta conocida como producción de la palabra.

La articulación del habla es un proceso dinámico, que comprende la generación de señales acústicas que varían en frecuencias, duración e intensidad. Sin embargo, la percepción del habla depende de factores adicionales a parte de las señales acústicas. Por ejemplo, la adecuación del sistema auditivo de quien escucha, la naturaleza del medio perceptivo y la orientación lingüística del emisor y del oyente, influye en la percepción del habla. (2)

1.2 EL LENGUAJE.

¿ Qué es el lenguaje?

Rondal (1989) manifiesta que el lenguaje es aquella función compleja que permite expresar y percibir conceptos, ideas y estados afectivos, por medio de signos acústicos o gráficos

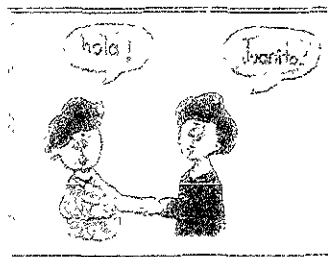
Los signos del lenguaje contienen también elementos emocionales, afectivos, relacionales. que expresan la actitud del que habla acerca de lo que pretende influir en la actitud del otro.

Con el lenguaje oral, se dará la transmisión de conocimientos sistemáticos que moviliza sobre todo los procesos racionales y cognitivos, siendo éste un mediatizador para aprendizajes pedagógicos posteriores, como la lectoescritura (traducción de símbolos orales a símbolos gráficos y viceversa)

El retraso del lenguaje expresivo, se manifiesta en alteraciones en la pronunciación. En algunos pacientes, la anomalía se encuentra a nivel silábico y fonético; el patrón de producción es extremadamente variable, se muestran sustituciones, adiciones, repeticiones, omisiones y en el lenguaje espontáneo, hay reducción y simplificación del mismo.

En las oraciones generalmente omiten preposiciones, artículos, pronombres y conjunciones. Existe también una dificultad para la repetición y la denominación; sin verse alterada la comprensión del lenguaje.

Es de gran importancia que los padres observen la forma de expresión de sus hijos y si encuentran alguna alteración, acudan al médico de inmediato para tratar de solucionar el problema (3)



CAPÍTULO 2.

2.1 DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE EN LA INFANCIA.

El desarrollo del lenguaje en el niño, tiene relación con la cultura, con la lengua que lo rodea, con sus necesidades, con los medios que desarrolla para comunicarse y con el uso de su cuerpo

El desenvolvimiento del lenguaje requiere de dos fundamentos indispensables: (3)

2.1.1 La maduración biológica y el aprendizaje fisiológico.

La maduración biológica:

Es un proceso determinado genéticamente, lo que significa que desde la concepción, se trae la información necesaria que determina ese mecanismo. Por ejemplo, el niño desde antes de nacer tiene capacidad de oír, ya que cuenta con un sistema auditivo que se desarrolla tempranamente. Cuando nace el niño, escucha muchos ruidos y gradualmente va logrando información de ello; en primer término reconoce el sonido de la voz materna o del padre, de manera paralela va desechando los sonidos que no aportan información o ningún significado en relación con la lengua que le rodea

El aprendizaje fisiológico:

Es el resultado de la interacción del niño con su medio de manera individual, pero es evidente que a mayor interacción, mayor estimulación y a menor interacción, menor estimulación. Lo anterior se concreta en que el niño al nacer, ya posee las bases de los mecanismos fisiológicos implicados para el desarrollo del lenguaje, pero si éstos no se activan por medio de la estimulación, con la interacción interpersonal e intrapersonal, el lenguaje se adquirirá con retardo

Los dos mecanismos mencionados anteriormente para adquirir el lenguaje, involucran prácticamente todo estado biológico del niño, pero de manera sobresaliente, aquellas funciones que caracterizan en forma particular al ser humano, es decir, la capacidad de relacionar los hechos con componentes afectivos o sea con los sentimientos, su interés por entender y por explorar el medio que le circunda y también de experimentarlo y transformarlo. El

pequeño niño lo va logrando en la medida en que su estructura biológica y funcional lo va permitiendo, cada vez en mayor extensión.

Un caso de retraso simple del lenguaje en el niño, puede deberse a la falta de estimulación que se requiere, pero hay que estar seguros de que todos los sistemas principales relacionados con la adquisición del lenguaje, están funcionando bien. Estos son: el sistema auditivo, el sistema visual, el táctil, la capacidad motora o del movimiento, la capacidad de poder reconocer las partes y posición de estas en su cuerpo (conocimiento propioceptivo) y la capacidad de reconocer su cuerpo en movimiento (conocimiento cinestésico).⁽³⁾

2.1.2 Factores que se relacionan con los trastornos durante el desarrollo del niño.

- a) Entre los *factores prenatales* relacionados con los trastornos del desarrollo del niño, repercutiendo posteriormente en el desarrollo del lenguaje, se encuentran:
- ✓ Las radiaciones empleadas para el tratamiento del cáncer, antes y durante el embarazo.
 - ✓ El uso materno de productos catalogados como teratogénicos (que causan malformaciones).
 - ✓ Algunos tranquilizantes.
 - ✓ Enfermedades maternas durante el desarrollo temprano del niño (principalmente durante el primer trimestre del embarazo), predominando las infecciones por virus.
 - ✓ Algunas adicciones maternas como drogas, alcoholismo e incluso el tabaquismo.



- b) Los *factores perinatales* (durante el parto), son debidos a condiciones que se pueden identificar como:
- ✓ Sufrimiento fetal.
 - ✓ Fallas en la vigilancia médica, durante el trabajo de parto.

- ✓ Nacimiento súbito o traumático
- ✓ Trabajo de parto prolongado.
- ✓ Todo lo que generalmente provoca falta de oxígeno (hipoxia) en los tejidos del niño y especialmente en su sistema nervioso



c) Entre las causas *postnatales* se encuentran algunas enfermedades neurológicas como:

- ✓ Infección o trauma en el tejido nervioso.

Así mismo, en este periodo influye la deprivación social como:

- ✓ Inadecuada alimentación.
- ✓ Habitación insuficiente y en mal estado.
- ✓ Falta de servicios públicos, de higiene.
- ✓ Falta de estimulación en el desarrollo del niño. (3)



La adquisición del lenguaje del niño no está simplemente basada en la imitación, se trata de un proceso activo, en el que el niño, aprovechando sus habilidades innatas, pondrá en juego su capacidad para separar sílabas y palabras del torrente continuo de sonidos que le llegan, sonidos individuales del habla, partes mínimas del lenguaje con significado, entonces el niño empezará a repetir las sílabas y las palabras que oye.

La adquisición del habla y del lenguaje en la infancia, representa una faceta singular del crecimiento y desarrollo humano.

Esto quiere decir, que el niño deberá estar en contacto constante con personas que hablen la misma lengua que está aprendiendo y que este estímulo impresione correctamente al cerebro, a través de una audición normal. (1)

Es importante para el odontopediatra y otros profesionales que atienden a niños, apreciar el significado del desarrollo del lenguaje. El lenguaje y la cognición están relacionados, dado que la función del lenguaje puede producir la dotación intelectual o cognitiva futura.

La apreciación de la función del lenguaje debe constituir un rasgo esencial en la evaluación de los niños, ya que es frecuente en la actualidad, prestar atención a niños con discapacidades potenciales del desarrollo, desarrollo demorado o desviado del lenguaje, que pueden ser acompañadas por muchos otros trastornos de la infancia.

Según Raúl Ávila, hay que tomar en cuenta los siguientes aspectos lingüísticos :

- a) **Fonológico:** producción de los sonidos del habla.
- b) **Sintáctico:** organización de las palabras en oraciones bien estructuradas.
- c) **Semántico:** uso de las palabras adecuadas con significado apropiado.
- d) **Pragmático:** iniciación de una conversación, turno para hablar, preguntar, hacer comentarios, aplicar un mensaje verbal en un contexto social, seleccionar vocabulario para expresarse en diferentes situaciones. (3)

2.2 PALABRAS CLAVE EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE.

Dentro del desarrollo del niño, se presentan diversas etapas preparatorias para la adquisición de los sonidos del lenguaje clasificados de la siguiente manera:

a) Etapa pre-lingüística (0 a 12 meses).

La expresión inicial del bebé humano es el llanto natal; es usado para evaluar su bienestar y estado neurológico. A medida que el bebé crece, los sonidos del llanto se hacen más variados, asumiendo ciertos patrones temporales y acústicos y pronto la madre del bebé podrá distinguir un llanto de dolor de uno por hambre.

- La vocalización y balbuceo, se repiten continuamente en esta etapa pareciendo no tener ningún significado.

- Ecolalia; el bebé repite sonidos que escucha del ambiente.
- El niño reconoce objetos, algunas partes de su cuerpo y da preferencia a algunas personas, reconoce a la madre.
- Imita los sonidos del ambiente que sirven como modelo para sus vocalizaciones, se refuerzan los sonidos de la lengua materna y se excluyen los sonidos que no forman parte del lenguaje.
- Comienza a decir mamá y papá

b) Etapa inicial (12 a 24 meses)

- El niño comienza a caminar y aprende a ir al baño .
- Diferencia los sonidos del ambiente (voz de la madre, del perro, etc.) y localiza la fuente de sonido.
- Identifica partes del cuerpo, objetos comunes y animales.
- Se desarrolla más la comprensión que la expresión.
- Incorpora nuevos significados como : toma, dame, mira, oye, bonito-feo, bueno-malo, mío.
- Crea palabras nuevas .
- Combina dos palabras: tu dame, teta mía.
- Puede comunicar sus deseos o necesidades por medio de sonidos y gestos.
- Usa una palabra para nombrar cosas, por ejemplo: "guau, guau".

c) Etapa intermedia (2 a 3 años).

- Comprende el plural y sigue algunas ordenes (dame, toma, tráeme lo).
- Conoce su sexo y contesta preguntas sencillas.
- Usa palabras como (mío, mi, tú, tuyo).
- Tiene algunos errores de pronunciación.
- Nombra parientes y da su nombre.
- Articula los siguientes fonemas en todas sus posiciones /m/, /p/, /t/, /k/, /b/, /g/, /s/, /y/, /c/ y las cinco vocales.

d) De 3 a 5 años :

- Usa frases cortas.
- Distingue palabras con diferente entonación (enojado, triste, alegre)
- Comprende algunas palabras interrogativas (¿dónde, porqué?).
- Algunos errores con la s, d, l, r, rr.
- Articulará diptongos y los siguientes grupos de sonidos: /bl/, /pl/, /fl/, /cl/, /gl/ y /tl/.

e) De 5 a 7 años.

- Comprende comparaciones, contrarios, semejanzas y diferencias. (Más grande que, más suave que, diferencia entre frío-caliente, igual que).
- Al final de esta etapa cuenta con amplio vocabulario, domina adjetivos (bonito, feo, viejo, etc.) e integra nociones de espacio como; abajo, detrás, arriba, adentro.
- Es capaz de clasificar, es decir, agrupa objetos del mismo color, por su utilidad, diferencia animales y plantas, etc., los cuales son la base para el aprendizaje del cálculo y la lecto-escritura.

f) Etapa de consolidación (7 a 15 años).

- Tiene noción completa de su cuerpo.
- Noción de izquierda –derecha en relación a su cuerpo.
- Comprende el lenguaje escrito, interpreta fábulas, refranes, cuentos, leyendas.
- Usa la expresión escrita.
- Amplía su vocabulario de acuerdo a la información cultural recibida
- Su pronunciación es del todo correcta, incluso en trabalenguas.
- Es capaz de abstraer mentalmente, es decir pensar en objetos, eventos o situaciones, que no necesariamente están presentes en la realidad

Uno de los propósitos por los cuales se desglosó el desarrollo del lenguaje por etapas, fue para tener una base para determinar si un niño tiene problemas, que pueden impedir o demorar la adquisición del lenguaje y llevar a un trastorno de la comunicación. Las diferencias individuales son importantes y las edades en que los niños alcanzan los hitos varían mucho. Los niños pequeños, siguen diversas vías para alcanzar el objetivo común de hablar un idioma.

Resulta claro notar que existen hitos auditivos y del lenguaje. A menudo puede obtenerse información confiable acerca de estos hitos, fácilmente de los padres y específicamente de las madres. (2)

2.3 IDENTIFICACIÓN DEL RETARDO DEL LENGUAJE EXPRESIVO.

Para identificar el retardo del lenguaje expresivo, los padres deben centrar su atención en las habilidades que está mostrando el niño en la producción de la palabra, ya que ésta guarda relación con la edad.

En los problemas del lenguaje expresivo, encontramos lo que se llama **déficit motor verbal** (parafasias), que son defectos en la producción de ciertos grupos de fonemas o de un solo fonema. El fonema es el sonido que la letra representa de manera gráfica y para que el fonema sea emitido correctamente, deberá haber un funcionamiento correcto del sistema nervioso, sin por ello restar importancia a la actividad de estructuras como laringe, lengua, velo del paladar, labios (aparato fonoarticulador), al igual que un buen control de la salida del aire y de la respiración.

Este déficit motor verbal puede aparecer principalmente como

Sustituciones el niño articula un fonema por otro
Por ejemplo dice "**deche**" en vez de "**feche**"

Omisiones. el niño omite uno o varios fonemas en palabra.
Por ejemplo dice "**nai**" en vez de "**nariz**".

Deformaciones: el niño emite un fonema distorsionado:
Por ejemplo, dice "**catha**" en vez de "**casa**".

Transposiciones: existe mal ordenamiento en la secuencia de los sonidos la palabra.
Por ejemplo dice "**mapirosa**" por "**mariposa**".

En general, estos resultan ser algunos indicadores para que los padres puedan detectar que el niño tiene un trastorno del lenguaje. Además, en el caso del niño con retardo del lenguaje expresivo existe comprensión normal, el contenido de vocabulario es adecuado y únicamente le cuesta trabajo la pronunciación de los fonemas que conforman las palabras, necesitando así la habilitación para superar su problema. (3)

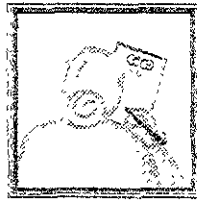
2.3.1 Anamnesis.

Las preguntas que puede formular el odontopediatra a las madres, con respecto a los hitos del lenguaje y auditivos, son las siguientes:

1. ¿Cuándo reconoció su hijo por primera vez la presencia de sonido mediante un gesto?
2. ¿Cuándo le sonrió (por primera vez) su hijo, al hablarle o acariciar su cara?
3. ¿Cuándo produjo su hijo sonido "musical" con vocales largas?
4. ¿Cuándo se volvió su hijo hacia usted al hablarle?
5. ¿Cuándo balbuceó por primera vez su hijo?
6. ¿Cuándo hizo su hijo por primera vez el ademán de adiós-adiós o aplaudir?
7. ¿Cuándo comenzó a usar su hijo "pa-pá o "ma-má" adecuadamente?
8. ¿Cuándo pronunció su hijo la primera palabra aparte de "pa-pá" o "ma-má"?
9. ¿Cuándo comenzó su hijo a seguir órdenes sencillas como "Dame....." o "Tráeme....."?
10. ¿Cuán amplio era el vocabulario de su hijo? (12 meses).
11. ¿Cuán amplio era el vocabulario de su hijo?. (14 meses).
12. ¿Cuándo fue capaz su hijo de seguir órdenes sencillas no acompañadas por gestos?
13. ¿Cuán amplio es el vocabulario de su hijo?. (15 meses).
14. ¿Cuándo comenzó su hijo a "hablar" reuniendo "palabras" ininteligibles en un intento por formar una "frase" o hablar como si fuese en otro idioma?
15. ¿Cuán amplio es el vocabulario de su hijo?. (18 meses).
16. ¿Cuántas partes del cuerpo podría señalar su hijo cuando se las nombra? ¿Cuáles son?
17. ¿Cuántas partes del cuerpo podría señalar su hijo cuando se las nombra? ¿Cuáles son?. (21 meses)
18. ¿Cuándo comenzó su hijo a reunir dos palabras? (Demostrar ejemplos).
19. ¿Cuántas partes del cuerpo podría señalar su hijo cuando se las nombra? ¿Cuáles son?
20. ¿Cuándo comenzó su hijo a combinar un sustantivo o pronombre con un verbo?. (24 meses).
21. ¿Cuándo comenzó su hijo a usar tres pronombres aunque incorrectamente?

Después de haber realizado las siguientes preguntas, dependiendo de las respuestas obtenidas, podremos notar si hay presencia de alguna demora significativa de los (9 a 12 meses), el cual podría ser un indicador importante de anomalías potenciales. Por ejemplo, puede decirse que existe un retardo significativo en el lenguaje, cuando un niño no dice palabras aisladas a los 24 meses, cuando no usa palabras aisladas inteligibles a los 36 a 42 meses o que únicamente balbucea o imita el habla a los 24 a 30 meses.

En estos casos, se justifica la derivación para la evaluación (2)



2.4 LA REHABILITACIÓN.

¿Qué pasa si el niño no se rehabilita a tiempo?

Todos sabemos que cuando el niño está adquiriendo el lenguaje, no habla correctamente. Al principio, el niño sólo puede pronunciar un corto número de vocales y /o consonantes y por ello sustituye las más difíciles por las fáciles, o bien, sucede que las omiten, es decir, se la saltan y no las dice. Esto que sucede a corta edad no es anormal, el niño está desarrollando su capacidad para hablar.

Naturalmente esta alteración del lenguaje de las palabras, no tiene lugar por limitantes orgánicos, sino por un proceso de maduración que aún no está completo. Sin embargo, es frecuente que esta alteración de las palabras sea favorecida por lo adultos, quienes la refuerzan reproduciendo la pronunciación incorrecta, en su afán por facilitar la adquisición del lenguaje en el niño, ¡cuántos errores se cometen!, ya que este modelo que se le está presentando al niño en el habla, en sus primeras reproducciones dificultará su buena pronunciación.

De este modelo, el niño acumula defectos, ya que además muchas veces se les suelen festejar a los niños equivocadamente los errores de pronunciación, como una gracia. Hay un hecho de extraordinaria importancia que no debemos olvidar en el periodo de mayor maleabilidad o plasticidad de las más altas funciones del

ser humano, se acumulan y se fijan las imágenes acústicas incorrectas que son traducidas oralmente por el niño en vocablos que únicamente él y algunos familiares cercanos, son capaces de interpretar o entender, por ejemplo:

“aba” por “agua”.

Es importante, por lo tanto, prevenir la aparición y el desarrollo de los trastornos del lenguaje infantil y en su caso, incorporar al niño un programa de rehabilitación. Se llama “rehabilitación”, porque vamos a ayudar a desarrollar una función que no ha adquirido en su totalidad, por algún retraso o falta de estimulación, y le falta ese desenvolvimiento funcional oportuno, antes de que se provoque una inhibición en la comunicación, lo que se refleja como una falta de interrelación a nivel verbal, con las otras personas de cualquier edad.

Con estos elementos resulta comprensible que el lenguaje en el niño actúe como factor estructurante y regulador de la personalidad y de su comportamiento social. El nivel de comprensión y de expresión verbal es fundamental para su desarrollo personal, su integración social, y por supuesto, para su éxito escolar.

La inmadurez en la producción de los fonemas, manifestados como parafasias, puede tener repercusiones negativas en la personalidad del niño, porque son la base del sentimiento de inferioridad e inhibición comunicativa, entre otros. Por esta razón y también para evitar que el problema en el lenguaje oral se traslade al lenguaje escrito, se recomienda el **tratamiento logopédico**, el cual se basa en un programa rehabilitador elaborado para cada paciente, para cubrir los aspectos del lenguaje (fonológico, sintáctico o semántico) que el niño presente alterados, involucrándolos, hasta que comience a encadenar palabras en oraciones básicas. Esta terapia idealmente debe tener lugar antes de los cinco años de edad.

En los problemas del lenguaje del niño, la atención tardía puede reducir considerablemente el éxito total en la superación de las dificultades del lenguaje, lo que significa no sólo que vean reducidas sus capacidades para el aprendizaje escolar, si no también que habrá un impacto en las actividades laborales y de interacción social.

Cuando el odontopediatra, a través de una historia clínica llega a detectar algún tipo de problema en el lenguaje, es necesario indicar a los padres la intervención de un terapeuta especialista en problemas del lenguaje. Ya que la intervención OPORTUNA del terapeuta es de gran importancia, porque si no se atiende el problema en un buen momento, éste puede traer

consecuencias mayores y negativas considerando que se pone en riesgo la personalidad del niño y su adaptación social

Una vez que los padres con cualquier medio, han detectado esta falla y ésta ha sido confirmada por el médico especialista en comunicación humana, es necesario que se comience con su rehabilitación. Es bien sabido que cuanto más temprano se inicie, los resultados serán mejores.

Los padres deben estar conscientes de que el trabajo no sólo lo realizarán el terapeuta y el niño, sino que se necesita una gran participación y apoyo por parte de ellos, para que la rehabilitación sea exitosa; tenemos que recordar finalmente, que ellos son los que conviven con el niño la mayor parte del tiempo y no solamente 2 horas ó 4 horas a la semana. Dicho de otra manera, es un trabajo en equipo, no sólo de dos personas.

Hay que dialogar con los padres y explicar que el periodo rehabilitatorio del pequeño, no tiene una duración exacta, sino que depende mucho de la asistencia, puntualidad, continuidad, apoyo de la familia, motivación e interés, por parte de ellos; además de la rapidez y capacidad del niño para retener y asimilar todo lo que se le está facilitando

El terapeuta atenderá el desarrollo del niño de una manera global, es decir, como un todo, no como partes fraccionadas que trabajan aisladamente, de esta forma se verá su desarrollo psicomotor, social, perceptual, del lenguaje y de conceptos físico matemáticos, desarrollando estrategias aceptables y apropiadas, con el fin de establecer la conducta simbólica-lingüística

Generalmente las más afectadas son: la producción de los fonemas y la respiración, para ello se dará el patrón respiratorio correcto (costo abdominal), en el cual cuando tomamos aire el abdomen se distiende y cuando lo sacamos el abdomen se retrae. Tenemos que asegurarnos que el aire ingrese por la nariz y no por la boca. Casi siempre en los niños con problemas del lenguaje, tienen invertido su patrón respiratorio o forma de respiración, lo cual les perjudica, ya que tampoco saben administrar la cantidad de aire requerido al momento de hablar.

En cada área se realizarán diferentes ejercicios, en el caso de Retraso del Lenguaje Expresivo, el trabajo de la respiración consistirá por ejemplo en.

1. Tomar aire por la nariz, hacerlo despacio y sacarlo lentamente por la boca.
2. Tomar aire por la nariz, hacerlo despacio y sacarlo rápidamente por la boca

En cuanto a la producción de los fonemas, se enseñará tanto el punto como el modo de articulación.

El punto se refiere al lugar y la forma en que se deben colocar los órganos (lengua, abertura de la boca) para poder producir los fonemas o sonidos. Y el modo es la forma en la que sale el aire (aspecto fonológico).

Esto se lleva a cabo mediante técnicas diferentes, entre ellas se encuentra por ejemplo la de hacerlo frente al espejo o bien con un abatelenguas

Una vez que el niño logró articular correctamente el fonema, lo juntamos con otras palabras y buscamos su consolidación en los niveles restantes del lenguaje. sintáctico, semántico y pragmático, es decir en su manera de hablar.

Para facilitar la adquisición de los fonemas, se realizan previamente ejercicios de relajación, de respiración y orofaciales (ejercicios de cara, lengua y boca). Generalmente este tipo de ejercicios se realiza frente al espejo, promoviendo que el niño se pueda observar a sí mismo, lo que lo hace más llamativo y fácil de realizar.

Entre los ejercicios que se realizan están los siguientes:

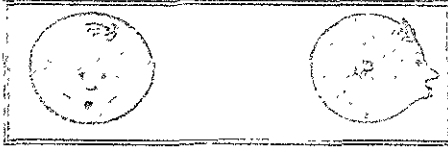
-Ejercicios de lengua:

Mover la lengua hacia fuera y dentro de la boca lo más rápido posible.
Quitarse cajeta alrededor de la boca con la lengua



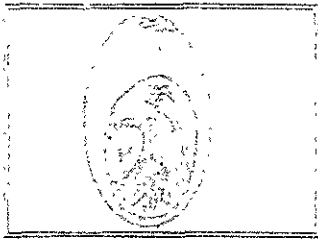
-Ejercicios de labios:

Fruncir los labios como si fuera a dar un beso.
 Juntar los labios y apretarlos.



-Ejercicios para velo del paladar:

Decir "A" manteniendo la boca abierta.
 Bostezar.



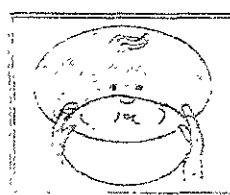
-Ejercicios para mejillas:

Inflar las mejillas.
 Tratar de juntar las mejillas, como si se chupara.



-Ejercicios de soplo:

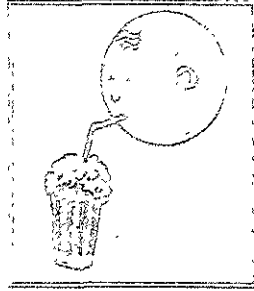
Soplar con popote
 Inflar globos.



-Ejercicios de absorción:

Tomar líquidos con popote

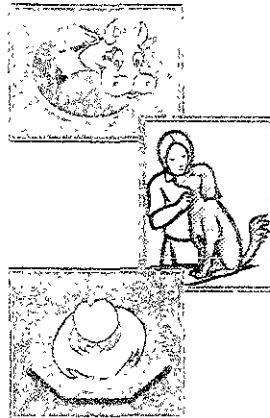
Pasar líquidos de un recipiente a otro con el popote.



Estos son algunos ejemplos de los ejercicios que el terapeuta realiza con el niño y que los padres deben reforzar en casa; así mismo, si el problema del lenguaje se presenta por una alteración de alguna estructura de la cavidad bucal y para su corrección interviene el odontopediatra, éstos ejercicios pueden ser una alternativa para que posteriormente el niño los realice y ejercite dichos órganos, logrando que la producción del habla sea la correcta.

Además de utilizar las onomatopeyas dentro de un contexto situacional, con una intención real para favorecer y consolidar los fonemas, por ejemplo de un cuento sobre el tema de la granja, se tomarán los sonidos onomatopéyicos que le caracterizan.

- ¿Cómo hace la vaca? Muuu.
- ¿Cómo hace el perro? Guau-guau.
- ¿Cómo hace el pollo? Pío-pío.



Las onomatopeyas, son los sonidos que hacen los animales y algunos objetos, generalmente al ponerse en movimiento; así podemos enumerar una lista para que el niño practique. Con las onomatopeyas se puede jugar haciendo el procedimiento más divertido y llamativo para el niño. En este ejercicio podemos poner los dibujos de cada cosa, animal o persona, para que él los ilumine, recorte, pegue, modele, etc.; abarcando así áreas colaterales con estas actividades. En esta actividad es especialmente importante no olvidar el juego simbólico, ya que esto le da intención, contexto y significado al lenguaje.

Como se menciona anteriormente, debemos trabajar también sobre otras áreas que forman parte del desarrollo integral del niño. Por ejemplo, hay que trabajar el esquema corporal, abarcando el conocimiento del niño de las partes que forman su cuerpo y el de los demás y una vez que adquiera estos conceptos, buscamos la proyección del esquema corporal al papel.

Para la coordinación motriz, el terapeuta realiza ejercicios para el desarrollo de la motricidad gruesa y fina.

- ✓ **Gruesa:** Rodar, saltar, correr, cachar, etc.
- ✓ **Fina:** Ensartar, delinear, picado, boleado, etc.

Se maneja también.

- ✓ **Lateralidad:** abarca los conceptos de derecha e izquierda, cuya predominancia nos habla de la dominancia cerebral (e influyen en el uso de ojo, mano, pie, oído del niño). Con la finalidad de consolidar estas habilidades, se estimula esta área para que logre identificar la lateralidad derecha e izquierda, primero en su propio cuerpo, posteriormente en otra persona y finalmente en los objetos.
- ✓ **Noción espacial:** se trabajará en las posiciones básicas de acostado, sentado, parado, en marcha, así mismo se enseñarán conceptos como atrás, adelante, en medio, arriba, abajo, abierto y cerrado, entre otros.
- ✓ **Noción Temporal.** podemos iniciar al niño en conceptos como ayer, hoy, mañana y algunas fechas especiales.

La estimulación de estas tres áreas, tiene la finalidad de proveer al niño de una ubicación con su entorno; acercarlo al conocimiento básico respecto a la organización del mundo que le rodea, tanto en el tiempo como en el espacio, haciéndolo consciente de que todo tiene un orden establecido. Esta organización espacio-temporal, más tarde tendrá un papel importante

en el proceso de la lecto-escritura. Por ejemplo, para practicar la escritura de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.

De una manera global, el terapeuta maneja también dispositivos básicos de aprendizaje (atención, concentración, memoria, motivación), percepción visual, auditiva, táctil, gustativa, olfativa y propioceptiva.

Esto en gran medida resulta de gran importancia para el odontopediatra, ya que el niño al ser estimulado en estos procesos de aprendizaje, logrará una habilidad para comprender y conocer el instrumental que se le mostrará dentro de su rehabilitación bucodental, logrando su participación y comprensión. Por lo tanto, se puede decir que la terapia se puede lograr de manera integral, abarcando las áreas y habilidad que están implicadas en el desarrollo del niño.

Para esto, el odontopediatra debe estar en contacto perseverante con el terapeuta, para informarse del tipo de terapia que se le está aplicando al niño.⁽³⁾

2.5 DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO EN LA FAMILIA.

La familia es la parte más importante de la red social de los niños, ya que constituye el medio donde se desarrollan bio-psico-socialmente, y también forma la totalidad de su ambiente. A través de ella, el niño inicia su relación con el mundo; de aquí la necesidad de definir el término familia.

El medio ambiente y las relaciones familiares pueden dañar a los integrantes de la familia, pero también un miembro de ésta puede ocasionar diferentes trastornos, es decir, si existe dentro de este hogar un niño con problemas, esto va a generar diferentes conflictos, ya que requerirá de mayor atención por parte de sus padres y familiares. Esto muchas veces provocará que los demás integrantes de la familia asuman una gama muy diversa de actitudes hacia él, como son . comprensión, simpatía, ridiculización, desprecio, agresión, etc.

También existen en esta situación, dos factores que inciden negativamente en las relaciones familiares: los sentimientos de culpabilidad o resentimiento y la carga financiera que representa un niño problema. que priva de muchas cosas a los demás miembros de la familia. Todo esto es percibido por el pequeño por lo que aumenta su problemática

No hay padre que no haga propios los problemas de sus hijos y más aún si éstos pudieran trastornar su desarrollo y condicionar su futuro; más sin embargo, en ocasiones se llegan a presentar conflictos que provienen de los sentimientos de ansiedad, angustia y temor, los cuales pueden tomar las siguientes actitudes

- a) **Rechazo:** Este se manifiesta por la falta de preocupación por el bienestar del niño o por las exigencias excesivas y la hostilidad abierta. Esto produce en el niño resentimiento, sentimiento de impotencia, frustración, tics nerviosos y hostilidad hacia otros.
- b) **Sobreprotección:** Se presenta cuando se ejerce demasiado control y cuidado sobre el niño, lo que fomenta dependencia excesiva, falta de confianza en ellos mismos y frustraciones. Si no se evitan estas actitudes, se ocasionarán diversos problemas en la vida futura del niño, como la posibilidad de que no se desarrolle su individualidad o no logre cimentar su personalidad autónoma.
- c) **Aceptación:** Esta actitud se caracteriza por un interés intenso y un gran amor hacia el niño. Los padres que aceptan la realidad de su hijo, posibilitan y fomentan el desarrollo de sus capacidades y, consecuentemente, toman en consideración sus intereses. En general, el niño aceptado tiene un buen grado de adaptación social, es cooperativo, amistoso, leal y estable, desde el punto de vista emocional y social

2.6 ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA FAMILIAR.

Cuando se informa a los padres del padecimiento de sus hijos, éstos pasan por varias etapas de elaboración interior, que va de la incredulidad hasta la habilidad para controlar la situación. Esto sucede debido a un proceso psicológico, que los ayuda a la asimilación completa del problema. Estas reacciones generalmente se presentan de la siguiente forma.

1. **Incredulidad, negación, sentimientos de culpa:** en esta fase se da una devaluación de la figura del profesional (odontopediatra, terapeuta), debido a que sus expectativas no corresponden a la realidad, lo que les provoca tristeza, coraje o enojo, y resentimiento hacia éste. A menudo aparecen dudas o sospechas acerca de la información presentada por éste.

2. **Ataque verbal:** en esta fase se presenta un intento por confundir al profesional, de manera consciente o inconsciente, con información contradictoria y provocación.
3. **Aceptación superficial:** aquí los padres siguen instrucciones esperando que el problema desaparezca, si no presentan cambios de inmediato, aparecen sentimientos de depresión y abandono del tratamiento.
4. **Depresión y desilusión:** ésta es una etapa de transición, en ella los padres aceptan la enfermedad con tristeza. Esta actitud favorece la aceptación del problema y el inicio del tratamiento. En esta fase, sus padres se despiden de la imagen idealizada de su hijo sano y empiezan a buscar soluciones.
5. **Aceptación:** en esta fase, los padres tienen una disposición práctica y activa. Reconocen y aceptan el trastorno de su hijo. Aparece una convicción de que hay más por hacer y empiezan a establecer metas a corto y largo plazo.

Es importante que la familia entienda el problema, se sienta impulsada para buscar soluciones y participar activamente en este proceso. Para ello, es necesario que los padres sientan la confianza de acercarse a nosotros los profesionales (odontopediatra, médico y terapeuta) y solicitar la información y apoyo para sus necesidades particulares. Así mismo, al estar en contacto con nosotros, los padres obtendrán un acercamiento mayor hacia la enfermedad y, por consiguiente, hacia la solución. Además, contarán con información más clara acerca del padecimiento, lo cual agiliza su atención.

CAPITULO 3.

DESARROLLO EMBRIOLÓGICO DE LOS ÓRGANOS QUE INTERVIENEN EN LA ARTICULACIÓN DE LA PALABRA.

Para poder comprender la etiología de algún tipo de trastorno en el lenguaje, es necesario conocer el desarrollo embriológico de los órganos que intervienen en la articulación de la palabra, aunque éste resulta ser muy complejo para su comprensión.

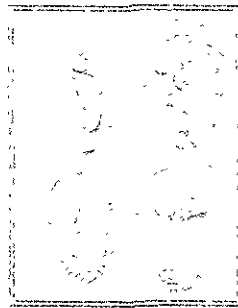
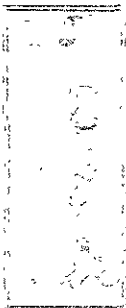
Se comenzará a describir que la laringe, así como el esbozo tráqueo-pulmonar, se derivan de la porción anterior y superior del intestino primitivo de la 2ª a la 3ª semana de vida intrauterina, éstas estructuras en un principio se encuentran totalmente unidos al segmento digestivo, esbozándose como un estrechamiento en sentido sagital que surge de la zona más ventral de tal intestino anterior. (4)

La evaginación se cierra luego para formar un tubo sólido muy pronto canalizado, que, en su extremidad cefálica, se abre en la faringe.

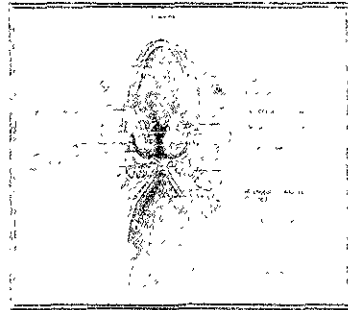
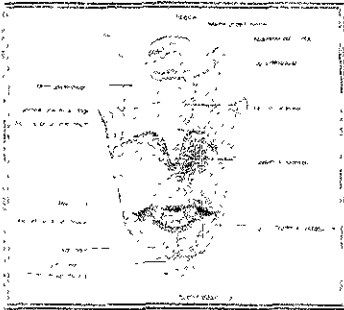
La zona de transición entre la faringe y la tráquea formará la futura glotis, la otra porción que forma la tráquea va a tener un crecimiento en dirección caudal y sucesivas divisiones, formando los bronquios primarios, secundarios, terciarios, los bronquíolos, los conductos alveolares y los alvéolos.

La evaginación del endodermo da origen solamente a la capa epitelial de las vías respiratorias. Los demás elementos constitutivos (músculos, cartílagos, vasos, tejido conectivo), provienen del mesodermo

La tráquea presenta la primera diferenciación de músculos y cartílagos, hacia la 8ª - 9ª semana. Pero ya en la 5ª semana se observa una prominencia de cada lado de la terminación cefálica del divertículo tráqueo-pulmonar: estas son llamadas eminencias aritenoideas, que luego se unen en la porción ventral.



Las eminencias aritenoides limitan una hendidura en forma de T, que durante poco tiempo queda cerrada, y que representa la entrada de la laringe; de ellas luego se diferenciarán los cartílagos aritenoides y el arco cricoideo.



Los ventrículos laríngeos aparecen en la 8ª semana como una evaginación bilateral de la porción superior de la pared lateral; por arriba y debajo de la hendidura que se origina, el mesénquima se va condensando y se esboza la cuerda vocal y la banda ventricular en la 10ª semana.

El cartílago de la epiglotis aparece en el 6º mes. (5)

Los músculos laríngeos son producidos por el 4º y 5º arco branquial, así como los componentes cartilaginosos que se fusionan para formar la laringe (cartílagos tiroideos, cricoides, aritenoides, corniculados y cuneiformes), junto con los respectivos nervios metaméricos (nervio vago o neumogástrico (X) y nervio accesorio o espinal (XI)) (4)

De los órganos que intervienen en la resonancia y la articulación de la voz, la faringe, se encuentra primitivamente corta, la cual se alarga a medida que la laringe desciende, al ser traccionada hacia abajo por el cayado aórtico, que a su vez engancha el bronquio izquierdo, como consecuencia del descenso cardiaco. Hacia el fin del 1er mes, el cuerpo y la cabeza del feto se presentan directamente sin cuello. En la porción ventral se hace evidente la boca primitiva o estomodeo, que se caracteriza como una depresión muy amplia, limitada en su parte inferior por los procesos mandibulares, lateralmente por los procesos maxilares y en la parte superior por el proceso fronto-nasal. Todos estos procesos van a derivarse del 1er arco branquial llamado arco mandibular. (5)



El proceso fronto-nasal se divide formando los procesos nasales lateral y medial, separados entre sí por una hendidura que al profundizarse cada vez más, con fondo ciego, conforma la fosa nasal u olfatoria primitiva.

Los bordes del proceso nasal medial, crecen caudalmente en forma de láminas que luego se acercan, reducen de espesor y se unen entre sí formando el tabique nasal. (5)

Al mismo tiempo, el borde interno del proceso nasal lateral, crece por encima de la fosa nasal y forma el techo de la nariz, mientras que su borde lateral, al soldarse con el proceso maxilar, forma las paredes externas de la nariz.

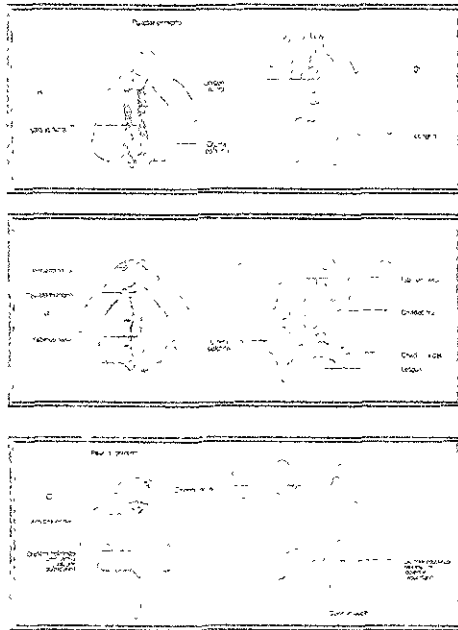
Sin embargo, la fosa nasal no tiene aún piso que la limite ya que se continúa directamente con la cavidad bucal primitiva, pero luego desaparece la pared profunda que forma el fondo ciego de la invaginación ectodermal nasal, que al cerrarse forma la coana primitiva, separándose de la faringe.

De esta manera, las fosas nasales serán dos y presentarán una abertura anterior, externa (narinas) y una posterior, hacia la cavidad bucal primitiva (coanas primitivas). (5)

Hacia la 8ª semana, la separación entre la cavidad bucal definitiva y las cavidades nasales, se hace a partir de los procesos nasales mediales, unidos con los procesos maxilares en la línea media. Tal separación va a ser el paladar. (4)

Los procesos palatinos, se presentan como dos sutiles láminas horizontales que se juntan entre sí y con el tabique nasal, hacia la 11ª semana.

Las fosas nasales resultan estar separadas de la cavidad oral en forma definitiva y se abre en la rinofaringe (coanas definitivas). Simultáneamente, la lengua que al estar muy gruesa y levantada, que se insinuaba entre los procesos palatinos y ocupaba la cavidad nasal y bucal primitiva, se reduce de tamaño y cae en el piso bucal.



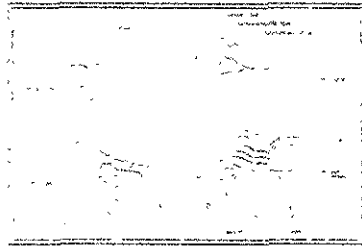
La soldadura de las láminas palatinas progresa en dirección antero-posterior (céfalo-caudal), de manera que primero se juntan las prolongaciones de los procesos globulares a delimitar el paladar primario, y luego los procesos palatinos de los maxilares. Estos darán lugar a cada lado a un brote, a una prolongación caudal que constituirá la mitad del futuro paladar blando, la mitad de la úvula y los dos pilares homolaterales.

A semejanza del paladar duro, las dos mitades del paladar blando se acercan luego y se sueldan en la línea media: el paladar está así definitivamente constituido. El mesodermo lo invade después por su pared posterior desde los terceros arcos branquiales y constituirá respectivamente los músculos del paladar, de la úvula y los dos pilares.

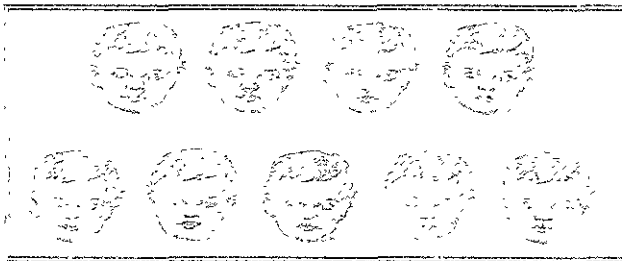
Las fosas nasales se acercan y la nariz se reduce en su tamaño transversal. Los senos paranasales se constituyen a través de evaginaciones en el espesor de los cartílagos, huesos vecinos y de la mucosa de la pared lateral de la nariz, su desarrollo suele comenzar después del nacimiento, primero en los maxilares y luego en los etmoidales y esfenoideales. El frontal se desarrolla, en general, después de los 7-10 años, en forma y extensión muy variable según el individuo.

Los procesos mandibulares muy pronto se unen ventralmente para formar una sola mandíbula, más tarde su borde oral se divide en dos. El borde ventral da lugar a la formación del labio inferior y el dorsal, a la encía.

El borde del maxilar superior primitivo (que, como hemos visto, resulta de la fusión del proceso nasal mediano con los dos procesos maxilares), se divide sucesivamente en dos bordes, que darán lugar como en la mandíbula, al labio superior y la encía respectivamente.



El proceso nasal lateral no interviene en la formación maxilar superior, pero sí en el cierre del ala de la nariz. De su unión con el proceso maxilar, resulta una línea oblicua desde la nariz hacia el ángulo parpebral interno, en el cual se diferencia un conducto epitelial (conducto lacrimal) y que puede presentarse parcialmente abierto en los casos de malformación.

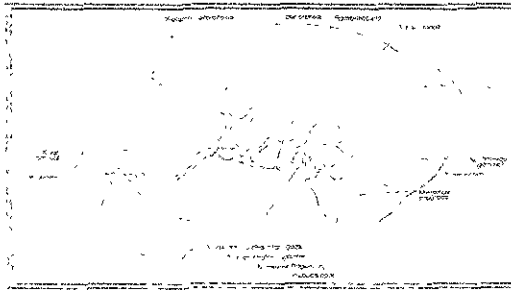


Las mejillas, son el resultado de la fusión de los diferentes procesos que delimitan la abertura bucal primitiva, que va reduciéndose de tamaño. La

lengua se forma a la 7ª semana, por la fusión de cinco gérmenes epiteliales sobre el piso de la faringe primitiva: un tubérculo impar y dos pares de muñones laterales simétricos, a la altura del 1º y 2º arco branquial, respectivamente.

El tercio posterior de la lengua, deriva de la fusión de los brotes posteriores, el agujero ciego del adulto, es lo que queda del conducto obliterado en el feto, que va de la superficie lingual (en el punto de unión de los cinco brotes) hacia abajo, para formar el lóbulo medio de la glándula tiroides.

Los músculos estriados de la lengua no derivan de los arcos branquiales, sino que emigran desde los tres mió-tomos posteriores cefálicos (somitas occipitales), llevando consigo las fibras motrices del nervio hipogloso. Pero las relativas fibras sensoriales derivan de los nervios del primer arco branquial (trigémino) y del tercero (glossofaríngeo). (5)



CAPITULO 4.

4.1 TRASTORNOS DEL HABLA Y EL LENGUAJE, SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

El término “trastornos del lenguaje”, es utilizado para diagnosticar a niños que desarrollan aspectos selectivos en su lenguaje en un forma lenta, limitada o de manera desviada, cuyo origen no se debe a la presencia de causas físicas o neurológicas demostrables, problemas de audición, trastornos generalizados del desarrollo ni a retraso mental. (6)

Los trastornos de la articulación tienen causas y localizaciones diferentes. Uno de los trastornos articulatorios, provocados por alteración de los mismos órganos que actúan para articular la palabra son llamados **DISLALIAS**. (6)
Existen diferentes tipos que son

4.1.1 Dislalia Evolutiva.

Son anomalías articulatorias que se presentan en las primeras etapas del desarrollo del habla y son consideradas normales, ya que el niño está en pleno proceso de adquisición del lenguaje y aún no puede emitir con exactitud la totalidad de los fonemas, estos son aprendidos en una secuencia relativamente similar para todos los niños, la cual debería ser completada a los 6-7 años, tras lo cual, si se detecta una alteración en su desarrollo debe ser considerada patológica.

Tratamiento: No necesita un tratamiento especial, sólo cuidar que el niño hable de manera adecuada.

4.1.2 Dislalia Funcional

Son aquellas donde no se presenta ningún trastorno físico u orgánico que justifique la dislalia. Son denominados por algunos autores **desórdenes fonológicos**, ya que los niños pueden organizar su sistema fonológico de manera distinta a la habitual

Los errores de dicción suelen ser parecidos a los que producen los niños durante las etapas de adquisición del lenguaje y se clasifican en cuatro tipos (ya antes mencionados):

- ✓ Sustitución.
- ✓ Omisión.
- ✓ Deformación.
- ✓ Transposición.

Los errores más comunes son las sustituciones y las distorsiones. La etiología puede estar dada a factores causales: factores psicológicos, ambientales, hereditarios e intelectuales

Tratamiento: Terapia con el foniatra, vigilar que el niño hable de manera adecuada, además de terapia psicológica.

4.1.3 Dislalia Audiogena

Los problemas de la articulación serán producidos por deficiencias auditivas, ya que el niño no puede reconocer de manera adecuada, sonidos semejantes. La gravedad de la dislalia estará en relación al grado de hipoacusia .

Tratamiento: Las medidas a tomar se encuentran en el uso de prótesis auditiva y la intervención pedagógica, para desarrollar la discriminación auditiva, enseñar articulaciones ausentes, lectura labial, etc.

4.1.4 Dislalia Orgánica.

Son los trastornos de articulación motivados por alteraciones orgánicas. Cuando la alteración afecta a los órganos del habla, ya sea como anomalías anatómicas o malformaciones, se denomina DISGLOSIA (6)

El odontopediatra puede diagnosticar dentro de la práctica privada, con mayor facilidad, éste tipo de dislalias en los niños, ya que las dislalias orgánicas se pueden distinguir en : labiales, dentales, linguales, nasales y palatinas, según la zona articulatoria afectada. (5)

- a) Dislalias de origen labial: se observan sobre todo en los casos de parálisis facial (adulto) y en el labio fisurado (niño)

-Parálisis facial suelen aparecer en individuos con lenguaje ya bien desarrollado, afectando en el primer momento, tanto el mecanismo de articulación como la claridad objetiva del habla. Este trastorno produce en el paciente, dificultad subjetiva para todas las sílabas en que intervienen las consonantes oclusivas labiales (p,m,b,v,f) y las vocales o y u.

Tratamiento: La mayoría de las parálisis faciales periféricas curan, ya sea espontáneamente, o mediante tratamientos médicos, físicos o quirúrgicos, y si persiste el trastorno articulatorio, alcanzan una compensación funcional homo o contralateral, espontánea, aún cuando el timbre de la voz pueda quedar algo deformado.

Mención especial merecen los casos de parálisis facial doble, felizmente muy raros, porque presentan una extraordinaria dificultad para la recuperación vocal, sobre todo cuando depende de una lesión bilateral del oído medio y se acompaña de grave hipoacusia.

-Labio fisurado. Es una malformación congénita, caracterizada por una fisura paramediana que separa en dos partes asimétricas el labio superior, pudiendo acompañarse de una fisura en el maxilar y hendidura entre los paladares primario y secundario

La malformación nos interesa porque al quedar afectada la estructura del labio, el anillo muscular que corre circularmente a la entrada de la boca y que constituye el músculo orbicular de los labios, está interrumpido. Por lo tanto los movimientos de los labios resultan difícil de realizar ocasionando problemas para la articulación de los fonemas (p,b,m,v,f,o,u)

Tratamiento: En general, el labio fisurado suele corregirse hoy en los primeros días o semanas de vida y de cualquier modo, antes que el niño comience a hablar, por medio de una cirugía, que muchas veces no logra alcanzar la perfección estética, pero ésta suele lograrse mediante una sutura muscular adecuada y durante la normalización de la motricidad fonadora del labio.

Solamente cuando la operación es efectuada muy tardíamente o se deja un labio rígido adherido al plano óseo alveolar, se hacen evidentes en el niño además de dislalia labial, otro tipo de dislalías, siendo necesario entonces realizar una corrección funcional, en general que sea favorable y a corto plazo. (5)

Será útil dar masaje sobre el labio y la mejilla, y las imitaciones de muecas, soplos, movimientos labiales, hechos con carácter de juego. Además de imitar correctamente frente al espejo los fonemas alterados, hasta obtener una buena pronunciación.

Esta malformación fetal se diagnóstica mediante la visión de una cicatriz lineal en el labio, por un frenillo doble del labio superior, hipotrofia muscular orbicular, por una insuficiencia en la fuerza y exactitud con que se pronuncian las consonantes.

- b) Dislalías de origen dental: Se ha manifestado que las malformaciones y malposiciones dentarias, acompañan a menudo a ciertos problemas del lenguaje.

Dentro del área odontológica, las anomalías dentales y estructurales que se relacionan comúnmente con la foniatría, corresponden a:

- ✓ Diastemas (amplios espacios libres interdentarios)
- ✓ Falta de ciertas piezas dentarias.
- ✓ Maloclusión
- ✓ Prognatismo severo.

✓ Paladar fisurado

Su interferencia sobre el mecanismo de la palabra es más evidente en la infancia. Si los movimientos normales de articulación se encuentran ya bien automatizados los inconvenientes son mínimos o transitorios, aún por graves lesiones.

En el niño, los problemas que se presentan en la articulación de la palabra, determinan en forma refleja y secundaria una imperfecta posición o motilidad de la lengua, por este motivo, más que las consonantes de articulación dental (t, d, n), resultan comprometidas aquellas consonantes en las que la punta de la lengua encuentran normalmente un cómodo punto de apoyo dental, alveolar o palatino (s, l, ch, r), entonces la punta o el margen de la lengua se dirige en otra dirección, o no puede levantarse determinando respectivamente algún tipo de dislalia funcional.

El diagnóstico causal de estas dislalias suele ser fácil basta con la observación de la boca, lengua y mandíbula, durante la articulación de las diferentes consonantes. Será conveniente tomar impresiones y obtener modelos en yeso de las dos arcadas dentarias y verificar la oclusión, así como realizar un examen de fonemas en donde la lengua toque el paladar, detectando de forma auditiva alguna anomalía.

Tratamiento. La corrección de las dislalias odontógenas requieren a menudo de intervención quirúrgica, ortodoncia y de terapia con el foniatra que deben llevarse a cabo a tiempo.

Las diversas técnicas que se aplican hoy en día, pueden modificar la curvatura de la arcada dental, reducir el prognatismo, distalizar o mesializar los dientes, bajar el arco del paladar, corregir la maloclusión, aumentar la movilidad mandibular y junto con el tratamiento logopédico, se puede lograr la total corrección fónica.

El odontopediatra requiere en algunos casos de la colaboración del ortodoncista, para realizar tratamientos en pacientes con maloclusiones clase II, división I, donde generalmente encontramos una protusión maxilar superior, con arcada triangular, sobremordida horizontal aumentada y además ser pacientes retrognatas, como consecuencia de la prolongada costumbre de succionar el pulgar (hábito de dedo).

Así como el tratamiento de diastemas múltiples y en insuficiente separación de las arcadas dentarias (por ej. por anquilosis temporomandibular o secuelas de fracturas mandibulares), con el propósito de lograr establecer una armonía de las estructuras bucodentales, con el propósito de normalizar la articulación de la palabra que se encuentra alterada, obteniendo una adecuada resonancia bucal.

c) **Dislalias orgánicas de origen lingual** : La lengua es un órgano que tiene gran importancia para la articulación. Sin embargo cuando el frenillo lingual se presenta corto, llega a dificultar la articulación, quedando comprometida la consonante r y l, en el cual se indica un corte quirúrgico del frenillo, con relativa sutura para evitar la retracción del tejido en el momento de la cicatrización. A menudo hay que realizar ejercicios ortofónicos, después de haber realizado la cirugía.

Cuando se presenta parálisis lingual por lesión del nervio hipogloso, es en general unilateral. La parálisis suele ser irreversible, lo importante es que, después de un periodo más o menos largo, la mitad opuesta sana, compensa la sensibilidad y motilidad en forma espontánea y satisfactoria de la otra mitad, obteniendo funcionalidad, a pesar de la atrofia y de la inmovilidad de una hemilengua. La lengua en estos casos, al ser sacada, se desvía hacia el lado donde se presentó la parálisis.

Cuando se presenta **macrogllosia** o **glosoptosis**, es decir una lengua hipertrófica o simplemente inadecuada a un piso bucal estrechado por una mandíbula hipoplásica, ocupando una parte excesiva de la cavidad bucal, ocasiona trastornos en la resonancia bucofaríngea y de la respiración.

No debemos confundir estos casos con aquellos de niños afectados por parálisis cerebral, que presentan la boca abierta y lengua dotada de escasa habilidad o movilidad.

La macrogllosia puede ser una malformación congénita, mas frecuente como consecuencia del hipotiroidismo, de la acromegalia, a veces del raquitismo severo; se asocian en ocasiones con trastornos respiratorios nasales y un retardo en el desarrollo psíquico.

Tratamiento: La corrección suele hacerse lentamente, asociando el tratamiento hormono-vitamínico, a la reeducación funcional ortofónica y respiratoria y la corrección ortodóntica.

d) **Dislalias nasales** : Son trastornos de origen rinofaríngeo o palatino. Las fosas nasales, por sí mismas, tienen muy escasa intervención en la caracterización de aquel timbre que diferencia las consonantes nasales (m, n, ñ) de las no nasales (todos los demás fonemas).

Escaso valor tienen también la resonancia palatina indirecta, transmitida por vibraciones del paladar óseo. Cuando un proceso endonasal modifica la pronunciación de ciertos fonemas, en la mayoría de los casos es porque reduce directamente o indirectamente la resonancia de la rinofaringe por (hipertrofia de cornetes, pólipos coanales, tumores rinofaríngeos, vegetaciones adenoideas, etc), más raramente porque la obstrucción nasal total impide la salida de aire por esta vía (por tumores malignos de una o

ambas fosas nasales, resfrío agudo, rinopatías alérgicas, poliposis nasal obstructiva etc.)

Puede presentarse.

- a) **Hiperrinolalia** (Rinolalia abierta), se manifiesta como una alteración fónica en donde cada fonema toma un timbre "nasal".
- b) **Hiporrinolalia** (Rinolalia cerrada) se presenta falta o reducción de tal resonancia

En los casos más leves no se trata, en realidad, de dislalias, porque no está afectada la articulación, sino la resonancia. No hay falta o sustitución de fonemas, sino para cada una de ellas, una difusa y pareja variación numérica y cuantitativa de los armónicos entre 200 y 300 ciclos que parecen condicionar el timbre llamado "nasal"

En los casos más acentuados hay verdadera dislalia. En la rinolalia abierta, por ejemplo, la p, l y t, son sustituidas respectivamente por m y n, la s y la r; deformadas gravemente o no pronunciadas. En la rinolalia cerrada, la m y la n son sustituidas respectivamente por b y d, es decir que se hacen sustituciones de sílabas tenues por fuertes. Así, dadá será pronunciada por mamá, deda por nena, etc

e) Lesiones del paladar: Pueden alterar solamente el timbre vocal, o pueden provocar, también variaciones en el mecanismo de articulación de diferentes consonantes

- ✓ Hiporrinolalia palatina: Se observa cuando el paladar blando se adhiere total o parcialmente a la pared posterior de la faringe. Esta unión velofaríngea, es un proceso cicatrizal que aparece en sujetos como consecuencia de traumas, heridas quirúrgicas (adenomigdalectomía no del todo correcta), lesiones ulcerosas crónicas (sobre todo sífilis)

La úvula, parte del velo y uno o ambos pilares posteriores aparecen muy sùtiles y soldados en la pared faríngea posterior, dificultando así, además de la respiración nasal y de la olfacción, la normal resonancia rinofaríngea. De allí la deformación de la m, n y ñ, que solamente en caso de completa oclusión con la mesofaríngea, son sustituidas por las correspondientes consonantes b, d

Tratamiento El tratamiento adecuado es quirúrgico, que además de separar las dos mucosas adheridas, se reviste por lo menos una de ellas con epitelio sano y continuo (colgajos mucosos o injertos). Después de realizarse la intervención, la fonación suele normalizarse, salvo los raros casos que por su larga duración, han provocado una importante atrofia de los músculos del paladar, la cuál se corrige con ejercicios

- ✓ Hiperrinolalia palatina Se observa cada vez que el paladar no se levanta bien y no alcanza a cerrar la comunicación entre meso y orofaringe. Hay pérdida de aire, timbre nasal para todos los fonemas, reducción de sonoridad para las consonantes tenues y sonoras, excepcionalmente verdaderas dislalias, en el sentido de sustituir o no saber articular alguna consonante.
Se presentan diferentes causas : parálisis o paresia del velo; inflamaciones faríngeas; adherencias parciales del velo a la pared faríngea posterior; malformaciones palatinas congénitas. (5)

CAPÍTULO 5.

5.1 CASO CLÍNICO.

El caso clínico, que a continuación se describe, fue proporcionado por el "INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACIÓN HUMANA". (División Médica), con la supervisión de la Dra. Ma. Concepción Villaruel, teniendo el siguiente informe clínico:

Nombre del paciente: Pérez Quintanilla Yair Omar

Edad. 2 años 8 meses.

Fecha: 18 / Oct / 99.



Paciente masculino, que presenta problemas del lenguaje, el cual se refiere a nivel de palabras aisladas con número aproximado de 5, bien dirigidas, así como la emisión de monosílabos finales de palabras, apoyando su comunicación en señas o llevando a los padres hacia lo que desea.

Audición y comprensión: referidas sin alteraciones.

Escolaridad: acude a un CENDI desde hace un mes con buena adaptación.



Conducta Inquieto de regular control, respeta jerarquías adecuada socialización, espera turno, berrinchudo en ocasiones, tolera frustraciones en forma regular, lapsos de atención variables dependiendo de actividad

Antecedentes de Importancia. Tío paterno con problema de lenguaje superado

Núcleo familiar Integrado por ambos padres, es el menor de dos hermanos, cohabitan con abuela materna. adecuada dinámica y sobreprotección negada.

Factores pre, peri y postnatales que se relacionen con algún tipo de trastorno durante el desarrollo del niño: sin adversidades

Desarrollo psicomotor. adecuado.

Cuadros frecuentes de amigdalitis de los 1 – 2 años Traumatismo craneal a nivel frontal por caída de su propia altura que ameritó sutura al año de edad. Hipertrofia adenoidea diagnosticada hace un año en control

Exploración Física: Masculino inquieto, regular cooperación, conducta auditiva de normoyente, voz sin alteraciones

Otoscopia: membranas timpánicas íntegras, opacas, bilateral Rinoscopia – secreción mucosa en costra Cavidad oral – amígdalas grado I , movilidad lingual torpe

Exploración Neuropsicológica : su lenguaje oral se observa a nivel de palabras aisladas, bien dirigidas, basando su comunicación en señas y gritos Comprensión de lenguaje y conductas cognitivas acordes a la edad. Motricidad gruesa y fina sin alteraciones, preferencia manual diestro. Capacidades de autodesempeño y del área social adecuadas para su edad

Timpanometría: con respuesta a 30dB por presencia de onda V, hallazgos compatibles con audición normal para tonos altos bilateral

Electroencefalografía: obtenido durante el sueño fisiológico, sugiriendo una discreta falta de maduración hacia la electrogénesis cerebral normal La impresión diagnóstica que se obtuvo fue: **Inmadurez.**

Diagnóstico: HIPODESARROLLO DE LENGUAJE QUE PUEDE EVOLUCIONAR A UN RETARDO DE LENGUAJE ANARTRICA.

ESTA INFORMACIÓN
ES DE USO CONFIDENCIAL

Recomendaciones

1. Intervención del Otorrinolaringólogo,
2. Iniciar terapia de lenguaje
3. Continuar escolaridad
4. Revaloración Neuropsicológica en 6 meses de terapia efectiva

1 Intervención del Otorrinolaringólogo

Se elaboró un diagnóstico a través del uso de la imagenología (radiografías de lateral de cráneo, antero-posterior y postero-anterior). y de la inspección detallada de la cavidad oral, encontrando lo siguiente.

1. Aumento de tamaño de las amígdalas y de las adenoides., interfiriendo con la respiración provocando pausas de apnea durante el sueño
2. Con el interrogatorio que se le realizó a la madre, se obtuvo un conocimiento, de que el niño presentaba más de 5 cuadros de amigdalitis anuales.
3. El niño llegó a presentar abscesos periamigdalinos y estados febriles.
4. El gran tamaño de las adenoides, llegaban a taponar el paso de aire desde la fosa nasal hasta la laringe, por lo que el niño realizaba una respiración oral (por la boca) como mecanismo de compensación

Estos datos dieron la pauta al especialista (Otorrinolaringólogo) de realizar una cirugía para extirpar las **AMÍGDALAS** y las **ADENOIDES**.

Es importante describir que las **amígdalas**, son un acumulo de tejido linfático situado a ambos lados de la garganta, que intervienen en la lucha contra la enfermedad en etapas tempranas de la vida. No obstante, las amígdalas pueden ser a su vez causa de enfermedad crónica y dejar de tener esta misión que se les atribuye. Se convierte entonces en una fuente de problemas que pueden repercutir en todo el organismo. (7)

Las **adenoides**, son un acumulo de folículos linfoides (ganglios) que se encuentran en la parte superior de la faringe, al fondo de la fosa nasal. Cuando este acumulo es muy grande, puede invertir el proceso de respiración, dificultándola y creando problemas posteriores.

Los síntomas que se presentan cuando las adenoides están aumentadas de tamaño son los siguientes.

- Dificultad para la respiración por la nariz respira normalmente por la boca
- Habla como si la nariz estuviera obstruida (mormado)
- El niño no hace caso al hablarle y esta distraído
- Respira ruidosamente
- Ronca mucho durante el sueño
- Catarros nasales, espesos
- Tos nocturna
- Infecciones frecuentes de oídos (8)

5 1.1 ¿Cómo se realizó la cirugía de las amígdalas y las adenoides?

La amigdalectomía y adenoidectomía, consiste en la extirpación de las mismas, mediante un legrado (un raspado) Antes de la intervención se realizó un estudio preoperatorio por el médico y el anestesiólogo

Las ocho horas anteriores a la operación, el niño debió permanecer en ayunas

Esta cirugía se realizó mediante anestesia general, por lo tanto la cirugía se realizó en un quirófano, bajo la vigilancia de un anestesista y con la monitorización necesaria para controlar los signos vitales y disminuir los riesgos El niño permaneció dormido, bajo los efectos de la anestesia, alrededor de 60 minutos

El cirujano extrajo las adenoides y amígdalas a través de la boca, mediante un legrado sin realizar incisiones en la piel El niño presentó un poco de sangrado en el postoperatorio pero es normal

La extirpación de las adenoides y amígdalas no influye de forma negativa en las defensas del organismo. La función es suplantada por otros tejidos del organismo

El tiempo de estancia en el hospital fue de 3 horas Al dar de alta al paciente el otorrinolaringólogo prescribió tratamiento antibiótico y analgésico (Tempra en supositorio cada 6 horas) para controlar el dolor postoperatorio

5 1.2 Los cuidados que se realizaron tras la intervención, fueron los siguientes

- El niño se mantuvo en reposo, evitando ejercicios bruscos
- Se le indicó a la madre, tener cuidado, de que el niño no realizara alguna maniobra en la boca, que pudiera llevar al desprendimiento del tejido de cicatrización (zona blanquecina) que se forma en la herida
- Se siguió una dieta blanda fría durante dos días (helado de limón y gelatina), posteriormente tibia y hasta el séptimo día se comenzó con dieta normal
- Se le indicó a la madre, evitar el uso de medicamentos que interfieren con la coagulación como la aspirina

2. Iniciar terapia de lenguaje.

Al mes de la intervención quirúrgica, el niño inició su terapia de lenguaje, en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, y se diagnosticó, que presentaba un Retardo del lenguaje de patogenia anártrica

El cuál, se presenta cuando hay alteración en el área frontal izquierda del cerebro, en donde el niño no presenta dificultad para entender el lenguaje, sino para expresarlo de manera correcta, principalmente, aquellos sonidos muy difíciles, por lo que su lenguaje expresivo es muy limitado. (1)

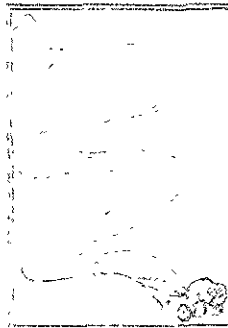
A diferencia del Retardo del lenguaje de patogenia afásica, que se presenta cuando la alteración cerebral ocurre en la zona temporal izquierda. Debido a esto, el niño presenta dificultades para entender lo que los demás hablan a su alrededor, por lo que su lenguaje será deficiente, y aunque puede ser "extenso", estará compuesto en mayor o menor parte por palabras ininteligibles o sólo comprensibles para sus padres o hermanos. Son niños que en ocasiones parecen no escuchar. (1)

Existen casos en los que en un mismo niño se ven afectadas ambas zonas cerebrales, la temporal y la frontal izquierda, y entonces se presentan cuadros con síntomas de ambos tipos de retardo : afásico y anártrico. En estos casos, generalmente predomina uno u otro cuadro y se diagnostican como anártrico-afásico si predomina el cuadro anártrico y como afásico - anártrico si destaca el cuadro afásico

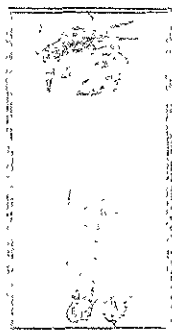
El paciente al presentar un aumento de tamaño de las amígdalas y las adenoides, tuvo como consecuencia la obstrucción de las vías respiratorias con cuadros frecuentes de amigdalitis e infecciones crónicas de oídos, que al acumular gran cantidad de moco, alteró la estimulación del área frontal izquierda del cerebro, por la hipoacusia (sordera) temporal.

Por lo consiguiente en la terapia que inició el paciente, se manejó la aplicación de ejercicios para el desarrollo de:

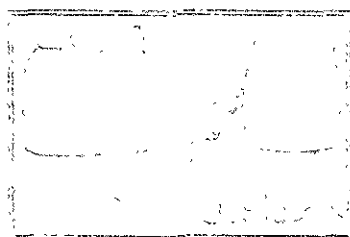
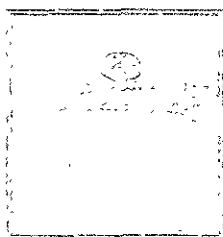
- o Motricidad gruesa y fina:



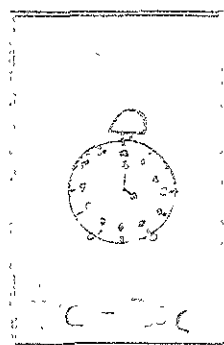
- Conocimiento del cuerpo



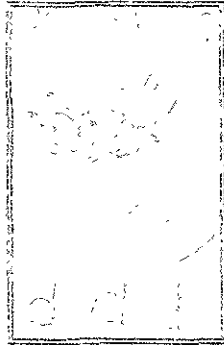
- Noción espacial



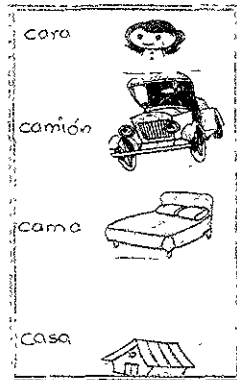
- Noción temporal



- Onomatopeyas.



- Lectura.



- Además de ejercicios para identificar colores, de percepción (visual, auditiva, táctil, gustativa, olfativa), etc.
- Y ejercicios de labios, lengua y de absorción.

3. Continuar escolaridad.

El niño continúa en un CENDI, con buena adaptación, cursando Maternal 3, además de intervenir y cooperar en las actividades que se llevan a cabo dentro del plantel.



4.Revaloración Neuropsicológica.

El niño recibe cada 6 meses una revaloración neuropsicológica, para medir su capacidad intelectual, y proponer el tipo de terapia que se debe continuar posteriormente.

CONCLUSIONES:

Se puede concluir, que de todos los procesos de aprendizaje, la adquisición del lenguaje es señalado como una de las experiencias más importantes en el desarrollo del individuo. El lenguaje, es considerado como la manifestación del pensamiento, externado por medio de las expresiones verbales (hablar) gestuales o escritas, siendo un importante medio del que se vale el hombre para comunicarse.

Por medio del lenguaje podemos tener la habilidad para exponer nuestros pensamientos y comprender los propósitos de los demás. el niño que no interactúa (que no se relaciona) con los demás tiene un problema de comunicación, si no participa debido a que no sabe qué palabra usar, cómo armar las frases, o no puede producir correctamente las palabras de manera que suenen bien, puede que esté presentando algún tipo de problema en el lenguaje.

El tener un conocimiento, de los diversos problemas, que se pueden presentar en el lenguaje, ayuda a enfrentarlos mejor y a buscar soluciones oportunas.

El **odontopediatra** puede ser uno de los profesionales, que podría diagnosticar algún tipo de problema en el lenguaje y orientar a los padres del niño para solucionarlo. pero el diagnóstico definitivo lo realiza el médico en comunicación, si el niño presenta alguno de los retardos mencionados, ingresa a terapia de lenguaje, en donde el terapeuta del lenguaje diseña un programa eligiendo el método y la técnica más adecuada según se requiera, se realiza una entrevista con los padres, se les explica la situación del niño, se exponen y se contestan dudas, iniciando el proceso de tratamiento.

Así mismo, el odontopediatra debe de estar en contacto perseverante con el terapeuta, para conocer el tipo de terapia que se le está aplicando al niño, con la finalidad de utilizar el lenguaje adecuado, para lograr que el niño nos escuche y ponga atención cuando se le habla durante el tratamiento bucodental.

El tratamiento de un niño con problemas del lenguaje, requiere para su éxito, el *trabajo*, la *constancia*, la *observación* y la *paciencia* por parte de los padres, odontopediatra y terapeuta.

Referencias Bibliográficas:

1. Hernández Orozco Francisco, Peñalosa López Yolanda, et al. MANUALES DE MEDICINA DE COMUNICACIÓN HUMANA. "Escuela para Padres", 1ª. Edición, editorial Instituto Nacional de la Comunicación Humana, México D.F, 1999
2. Ralph E. Mc. Donald; ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE, 5a Edición, editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina. 1991
3. Hernández Orozco Francisco, Peñalosa López Yolanda et al. MANUALES DE MEDICINA DE COMUNICACIÓN HUMANA. "Retraso del Lenguaje Expresivo", 1ª. Edición, editorial Instituto Nacional de la Comunicación Humana, México D.F, 2000
4. Velayos José Luis, ANATOMÍA DE LA CABEZA con enfoque odontoestomatológico, 2ª Edición, editorial Médica Panamericana, España. 1998
5. Segre Renato, TRATADO DE FONIATRÍA . "Trastornos de la voz y del habla y su corrección". 1ª Edición, editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1955
6. <http://www.udec.cl/~cibustos/apsique/desa/traslen.html> (page 2 of 19)
7. <http://www.tuotromedico.com/temas/amigdalectomia.htm> (page 1 of 2)
8. <http://www.dr-ramiro-pediatra.com/temas/adenoides.htm> (page 4 of 5)