



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DISLALIAS LEVES EN PACIENTES QUE ACUDEN A
LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA

NAYELI MATÍAS RAMÍREZ.

TUTORA: Mtra. OLIVIA ESPINOSA VÁZQUEZ.

MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Agradecimientos.

A mis padres, por haberme apoyado desde el inicio de mis estudios, gracias por todos sus esfuerzos, apoyo y por la confianza que depositaron en mí.

A la Dra. Olivia Espinosa Vázquez, por su sincera atención, recomendaciones y el tiempo dedicado a la elaboración de este trabajo, porque sin su experiencia y orientación no hubiera sido posible el desarrollo de esta tesina.

A mis hermanos, por su apoyo, amistad, y confianza en los buenos y malos momentos de mi vida.

A mis sobrinitas (Fer, Natalia), aunque todavía no saben leer, y algún día van a aprender, gracias por la felicidad que me hacen sentir cuando estoy a su lado.

A mis amigos, por los momentos que seguimos compartiendo y por aquellos recuerdos de lo que vivimos juntos.



Índice.

Introducción.	4
1. Habla y lenguaje.	6
1.1. Órganos de la fonación	9
1.2. Órganos bucales que intervienen en el habla	11
1.3. Trastornos del habla y del lenguaje	13
1.4. Causas del retraso en el habla y el lenguaje	15
2. Principales alteraciones que existen en los niños respecto al habla y el lenguaje	16
3. Dislalia	18
3.1. Clasificación de las dislalias	18
4. Tratamiento	25
Conclusiones.	35
Bibliografías.	37



Introducción.

A la consulta dental asisten pacientes con características diferentes respecto al estado de salud general. En el caso de los niños en ocasiones son sanos y en otras no (padecimientos sistémicos). Pueden presentar anomalías, disfunciones y debemos valorar y decidir la atención que podemos brindarles con base en el grado de afección que tengan, siempre y cuando no se corran riesgos.

Existe un conjunto de anomalías propias del lenguaje que están en relación con elementos orgánicos tales como: los labios, la lengua, el paladar duro y el paladar blando, mandíbula, los dientes; con ellos, el cirujano dentista trabaja cotidianamente. En dichos elementos anatómicos pueden existir alteraciones que a simple vista no se detectan, pero con una historia clínica adecuada y una valoración precisa se podrá determinar si existe una alteración significativa en la afección del lenguaje o es resultado de la existencia de múltiples factores.

También se debe poner atención en la relación que tiene el niño con sus padres, la escuela y el medio o ambiente en el que se desarrolla, ya que en ocasiones tales alteraciones se asocian con la manera en cómo los padres se comunican con los pequeños: si existe presión de los adultos para que el niño hable bien, o padres consentidores o sobreprotectores.

Es importante que los cirujanos dentistas identifiquen estas anomalías, y en caso de ser necesario, canalizarlas al especialista de la salud correspondiente. Cuando llega al consultorio dental algún paciente con determinadas características en trastornos del habla como son las dislalias, se debe estar atento para observar al paciente, detectar el posible problema, avisar y orientar a los familiares en caso de que no se hayan dado cuenta de la existencia del mismo. Por ello es importante estar preparados en conocimiento para brindarles un apoyo que si bien no es nuestra principal



competencia, es complementaria pues esto nos hace profesionales formados de manera multidisciplinaria. Asimismo, es importante destacar que el habla y el lenguaje están en relación con estructuras con las que los cirujanos dentistas trabajan habitualmente y en ocasiones, se tendrá que intervenir en dicha rehabilitación en conjunto con el terapeuta del lenguaje.

Por lo anterior, se realizó esta revisión bibliográfica en la que se describe en la primera parte el habla y el lenguaje; posteriormente se señalan sus principales alteraciones en los niños; enseguida se proporciona una breve explicación de las diferencias entre las diversas dislalias, y por último, los tratamientos que se aplican así como ejercicios sencillos para la mejoría de estas alteraciones y que bien podrían servir de apoyo en la atención integral de los pacientes pediátricos en la consulta dental.

1. Habla y Lenguaje.

La comprensión del mecanismo que los humanos utilizan para comunicarse es complejo. Requiere de diferentes elementos, los cuales, algunos serán descritos en este apartado con el objeto de establecer ciertos conceptos y terminología específica para posteriormente, explicar alteraciones y trastornos propios del habla y el lenguaje; por ello, se comienza esta revisión bibliográfica con la definición de dos términos relevantes que sirven de base para el desarrollo de este trabajo: Habla y lenguaje:

El habla es una producción sonora fonemática y el producto de una praxia definido como “movimiento voluntario con un fin determinado”; es lógico, entendible y necesario.¹

“La unidad de habla más pequeña es el fonema”.² Un fonema consiste en un sonido y se combinan para formar palabras. Existe una clasificación según la sonoridad de los fonemas: sonoros y sordos (Figura 1.). Las consonantes también pueden ser clasificadas así.

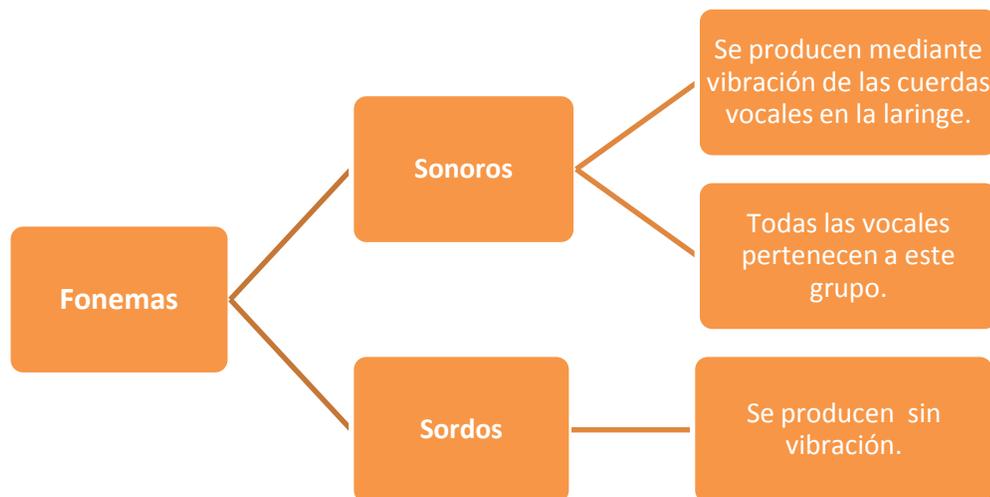


Figura 1. Clasificación de los fonemas.

¹ González, Jorge Nicolás. Alteraciones del habla en la infancia. Aspectos clínicos. Médica Panamericana, Buenos Aires 2003, pág. 9.

² Owens Jr., Robert E. Desarrollo del lenguaje. 5ª ed. Pearson Prentice Hall, Madrid 2003, pág. 405-406.



Existen los alófonos que son aquellas variantes de un fonema; estos se diferencian ligeramente entre sí. Un ejemplo es el sonido /n/ de la palabra “convocatoria” que es diferente del sonido que aparece en la palabra “nave”. Muchas palabras sólo difieren en una consonante o en una vocal, por ejemplo cama, dama, fama, gama, rama. La percepción de los diferentes fonemas resulta esencial para la interpretación del lenguaje.

“El habla se desarrolla por medio de condicionamientos tempranos y de imitación, que se estimulan y se aprenden en el entorno social que rodea al niño”.³

La expresión oral del lenguaje o exteriorización del pensamiento a través de las palabras, dependen de la globalidad del proceso de desarrollo y de la intervención de las funciones del habla”.⁴

Es complejo definir unitariamente al lenguaje. Éste ha sido conceptualizado desde diversas perspectivas.

Chomsky, (citado en Alteraciones del habla en la infancia. Aspectos clínicos- González Jorge) define al lenguaje como “una auténtica propiedad de la especie, que le permite mediante signos y símbolos comunicarse con sí mismo y con los demás”.⁵

Sweet lo define como “la expresión de las ideas por medio de los sonidos combinados en palabras. Y[sic] éstas, a su vez, en frases que responden a la combinación de las ideas en pensamientos”.⁶

³ Busto Barcos, Ma. Carmen. Manual de logopedia escolar. Niños con alteraciones del lenguaje oral en educación infantil y primaria. CEPE, Madrid 1995, pág. 59.

⁴ Ib. pág. 59.

⁵ González Op cit. pág. 1.

⁶ Santiuste Bermejo, Víctor, Beltrán Llera, Jesús A. Dificultades de aprendizaje. Psicología Evolutiva y de la Educación. Síntesis Psicológica, España 2000, pág. 100



Desde una perspectiva sociológica, Trager y Blach consideran el lenguaje como “un sistema de signos vocálicos arbitrarios por medio de los cuales un grupo social se comunica y coopera”.⁷ Es una necesidad social y es a su vez un medio para comunicarse. “Desde el punto de vista cultural se define el lenguaje como un fenómeno y desde una perspectiva individual se piensa que el desarrollo del lenguaje se inicia en el nacimiento y se consolida alrededor de los cinco o seis años”.⁸

En la explicación que da Schrager: “el lenguaje se estructura, se integra y se organiza sobre pre-requisitos bioneurológicos y psico-socio-culturales, por lo que constituye un sistema funcional del desarrollo altamente complejo de habilidades simbólico-lingüísticas creativas, personalmente formuladas”.⁹

La definición más adecuada para este trabajo con respecto al habla es la producción de los sonidos que se emite a través de los órganos de la fonación y los órganos bucales que participan en esta actividad, en donde se debe realizar una práctica que se desarrolla por medio de la imitación, ya que el niño debe ser estimulado para que pueda llevar a cabo esta actividad, y depende del entorno social que rodea al niño, mientras que el lenguaje es la expresión de las ideas o pensamientos a través de los sonidos combinados en palabras o frases.

Para que en el ser humano el lenguaje se desarrolle de manera correcta anatofuncionalmente, se utilizan una serie de estructuras corporales pertenecientes al segmento cabeza y cuello. En conjunto se les denomina órganos de la fonación.

⁷ Santiuste Bermejo Op cit. pág. 100-101.

⁸ González Op cit. pág. 2.

⁹ Busto Op cit. pág. 69.

1.1 Órganos de la fonación.

La laringe es el órgano esencial de la fonación, está situado en la zona media anterior del cuello, en continuidad hacia arriba con la faringe y la cavidad nasal y hacia abajo con la tráquea; su forma es de una pirámide triangular truncada con la base dirigida hacia arriba.¹⁰ Está separada de la faringe por la epiglotis y su vértice truncado se une a la tráquea.

Los principales cartílagos que forman la laringe son: el cricoides que une la laringe con la tráquea; el tiroides que actúa como escudo protector de los pliegues vocales; y la epiglotis, que es fibrocartilago que separa la laringe de la faringe e impide el paso de los alimentos a la vía respiratoria.



Figura 2. Principales elementos anatómicos de la laringe ¹¹

¹⁰ Drake Richard L., Vogl Wayne. Anatomía para estudiantes. Gray. Elsevier. España 2005, pág. 949.

¹¹ www.proyectosalanhogar.com/Diversos_Temas/la_laringe.htm

En la constitución interna de la laringe se pueden distinguir tres zonas: la de cuerdas o ligamentos vocales, llamada zona glótica, la superior o vestíbulo laríngeo y la inferior o infraglotis.

En la zona glótica se produce el sonido laríngeo, donde se presentan cuatro pliegues membranosos: dos superiores y dos inferiores; a los superiores se les denomina pliegues vestibulares (antes cuerdas falsas). Los inferiores son los pliegues vocales (antes llamadas cuerdas verdaderas), elementos fundamentales de la fonación.

Los pliegues vocales, están situadas horizontalmente en dirección anteroposterior; por su parte anterior están unidas al cartílago tiroides y por posterior a los dos cartílagos aritenoides. Son más gruesas que los pliegues superiores.

Para que el sonido pueda producirse es necesario: a) que la corriente de aire tenga la fuerza suficiente para separar los pliegues vocales de su posición de descanso; b) que dichos pliegues se aproximen lo suficiente para cerrar el orificio glótico, dejando un estrecho paso al aire, que variará según los tonos, siendo mayor para el grave y menor para el agudo; c) que estos pliegues estén tensos.

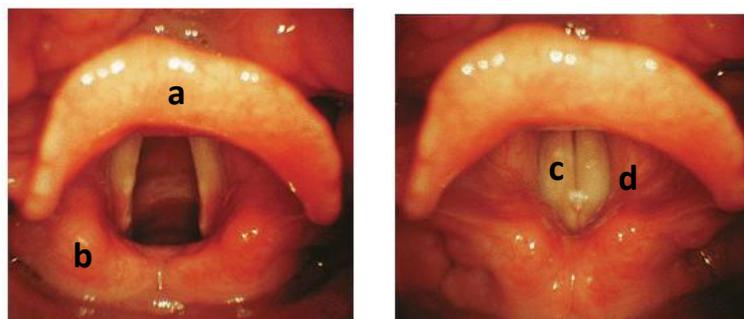


Figura 3. Ádito laríngeo: Estructuras anatómicas observadas. a. epiglotis; b. cartílagos aritenoides; c. pliegues vocales; d. pliegues vestibulares.¹²

¹² Sobotta. Atlas de Anatomía Humana. Cabeza, cuello y miembro superior. 20^a edición, Medica Panamericana, Madrid 1994, pág.129.



1.2 Órganos bucales que intervienen en el habla.

Los órganos bucales que intervienen en la articulación de sonidos pueden ser activos o pasivos. Son activos los que se mueven habitualmente (labios, lengua, velo del paladar y mandíbula), y pasivos los que no se mueven y sirven de punto de apoyo para los órganos activos (paladar duro y los dientes). También participan la laringe, la faringe, las fosas nasales y las mejillas.

“La boca tiene una función primordial en la articulación de los sonidos, ya que éstos dependen de la posición y la movilidad de la lengua, la presencia y la posición de los dientes, la movilidad de los labios y las mejillas, y la posición de la mandíbula, que ofrecen un espacio intraoral adecuado para la articulación fonética y para la resonancia”.¹³

A través de los órganos bucofonatorios observamos si existe alguna alteración orgánica periférica de labios, lengua, paladar, mandíbula, dientes y/o cavidad nasal. Estos han sido clasificados según las características anatómo-fisiológicas periféricas y analizados según los tipos de alteración que se pueden presentar con mayor frecuencia en cada órgano como se muestra en el cuadro 1:

¹³ Queiroz Marchesan, Irene. Fundamentos de Fonoaudiología. Aspectos clínicos de la motricidad oral. Medica Panamericana, Buenos Aires 2002, pág. 6.

Cuadro 1. Alteraciones en los órganos bucofonatorios.¹⁴**Los labios.**

- Son órganos que, debido a una marcada alteración en su estructura y a un déficit de movilidad, dificultan la articulación de diversos fonemas.
- Un labio fisurado o un déficit del tono labial son algunas de las alteraciones que se encuentran al observar los labios.

La lengua.

- La lengua es el órgano más importante y activo de los articuladores que facilita o dificulta el sonido según su posición.
- Un déficit del tamaño o del tono lingual son algunas de las alteraciones que es posible encontrar al observar la lengua.

El paladar duro, el paladar blando y la úvula.

- El paladar blando, órgano decisivo de la resonancia, cumple la función de evitar que el aire espirado continúe su trayecto hacia la nariz en el momento de la emisión vocal, excepto en la articulación de los fonemas nasales.
- Una fisura palatina y un déficit en el tamaño del paladar son algunas de las alteraciones encontradas en estas estructuras.

La mandíbula.

La mandíbula repercute enormemente en el tracto vocal, en ella se insertan: músculos de la masticación que auxilian la pronunciación de los fonemas y músculos faciales que intervienen en la mímica y adecuan los órganos de resonancia y articulación.

Los dientes.

La anodoncia parcial o la colocación de una prótesis dental, son algunas de las posibles dificultades que puede padecer el niño para articular los fonemas.

La cavidad nasal.

Formada por dos fosas, dan paso al aire respirado; es el órgano fundamental para las funciones respiratoria y fonatoria.

¹⁴ Busto Op cit. pág. 56-57.



1.3 Trastornos del habla y del lenguaje.

Una vez que se han revisado los conceptos de habla y lenguaje y otros relacionados con la emisión de sonidos, así como las estructuras anatómicas que contribuyen a la fonación, se revisan los términos relacionados con los trastornos del habla y del lenguaje.

El concepto de trastorno de lenguaje terminológicamente ha sido expresado de muy diversas maneras: dificultad, desorden, alteración o perturbación lingüística. Se considera que existe un trastorno del lenguaje cuando las capacidades lingüísticas de un sujeto estén por debajo de lo normal o a un nivel del 50% debajo de las expectativas.

Los trastornos del habla son aquellas alteraciones que afectan los patrones de pronunciación o de producción de los sonidos de la lengua. Los más comunes son:

- **Adición** o inserción de sonidos: que no deberían estar presentes en la palabra.
- **Distorsión** o pronunciación aproximada de un fonema: permite su identificación con el fonema patrón.
- **Imprecisión** articulatoria: que corresponde a la producción poco diferenciadas o con poca claridad de los sonidos.
- **Omisión** o ausencia de fonemas: que deberían formar parte de la palabra.¹⁵
- **Sustitución** de un sonido del habla por otro.

¹⁵ Cameron Angus, Widmer Richard. Manual de Odontología pediátrica. 3ª edición, Elsevier Mosby, España 2010, pág. 402.



Los trastornos del lenguaje se definen como las dificultades o alteraciones que pueden comprometer el uso del lenguaje con fines comunicativos, la capacidad de producir y comprender enunciados estructurados en forma gramatical, trastornos que alteran aspectos ligados a la fase del planeamiento así como de la propia comprensión del lenguaje.

Se puede mencionar en esta categoría de trastornos a las alteraciones del lenguaje de naturaleza afásica o disfásica; relacionadas con deficiencias auditivas, atrasos globales de desarrollo, cuadros psicóticos o con deficiencias mentales.¹⁶

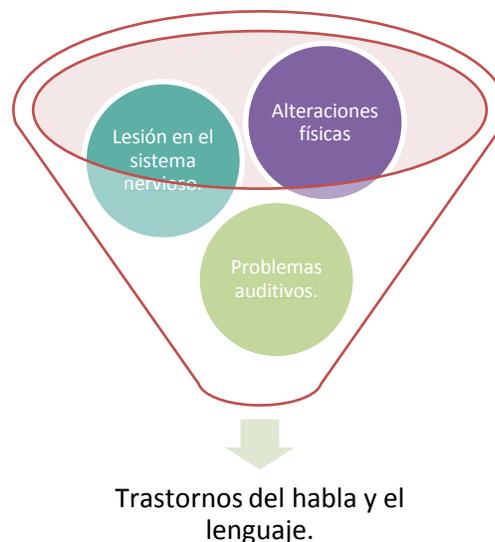
¹⁶ Queiroz Op cit. pág. 71.

1.4 Causas del retraso en el habla y el lenguaje.

Cuando se presenta en el niño un posible déficit para la producción de los fonemas, se debe estar atento a los siguientes indicadores: a) adquisición de fonemas reducido para su edad evolutiva; b) patrones práxicos inestables; c) dificultades de inteligibilidad (impropias de su edad); d) la presencia de un patrón de discriminación auditiva pobre, e) memoria auditiva inferior a la media estándar de su edad, y f) un número de errores fonológicos inadecuados para su edad cronológica.¹⁷

Hay varias causas en los trastornos relacionados con la producción de los sonidos del habla, es importante saber cuál es la causa del trastorno. Ésta va a variar según el problema sea orgánico, funcional o de aprendizaje.

Figura 4. Causas del retraso en el habla y el lenguaje.



¹⁷ Puyuelo M., Rondal J. A. Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Aspectos Evolutivos y Patología en el niño y adulto. Masson, Barcelona 2003, pág. 331.



2. Principales alteraciones que existen en los niños respecto al habla y el lenguaje.

Existe una variedad de alteraciones del habla y del lenguaje, entre las que destacan: la afonía, disfonía y lalopatías descritas a continuación:

Afonía y disfonía.

La *afonía* es la pérdida total de la voz, trastorno caracterizado por la incapacidad de producir sonidos y la *disfonía* es cuando existe un cambio de voz: se vuelve ronca, áspera o grave a edades tempranas, o cuando el adolescente ya ha presentado un cambio de voz.

Lalopatías.

Se refiere a los trastornos que afectan a la producción del habla y trastorno del lenguaje.¹⁸ Pueden ser de distintos tipos:

Trastornos del habla.

- **Disartrias.** Corresponden a trastornos en el control de la musculatura del habla: debilidad muscular, movimientos motores lentos, tono muscular alterado y reflejos anormales.¹⁹ Su etiología se atribuye a una lesión cerebral, el paciente manifiesta dificultades asociadas con los fonemas.

¹⁸ Perelló Gilberga, Jorge. Trastornos del habla. 5ª edición, Masson, Barcelona 2005, pág. 1.

¹⁹ Queiroz Op cit. pág. 73.



- **Disfemia o tartamudez.** Se caracteriza por la aparición involuntaria e irregular de titubeos, prolongaciones, repeticiones o bloqueos de sonidos, sílabas o palabras.²⁰
- **Dislalias.** Es el trastorno de la articulación de los fonemas por ausencia, alteración o sustitución para pronunciar correctamente ciertos sonidos, puede afectar a cualquier consonante o vocal.
- **Disglosias.** Es una alteración o defecto de la articulación de los fonemas producida por anomalías, congénitas o adquiridas en los órganos del habla por ejemplo: disglosia labial, lingual, mandibular o palatina. Las causas suelen ser: malformaciones congénitas craneofaciales, trastornos de crecimiento o anomalías adquiridas como consecuencia de lesiones en la estructura orofacial o de extirpaciones quirúrgicas.

Trastornos del lenguaje.

- **Afasia.** Es la pérdida o alteración de funciones lingüísticas por lesión o daño cerebral.²¹
- **Disfasias.** Conjunto de alteraciones lingüísticas.

En el siguiente apartado se describirán a las dislalias por ser el objeto de estudio de este trabajo, desarrollando la clasificación que será de ayuda para saber qué tipo de alteraciones puede presentar el paciente que acude a la consulta odontológica, para darle una orientación de su padecimiento, si es que no le ha sido diagnosticado.

²⁰ Hales, Robert E., Yudofsky, Stuart C. Fundamentos de Psiquiatría clínica. 2ª edición, Masson, Barcelona 2005, pág. 683.

²¹ Queiroz Op cit. pág. 78.



3. Dislalias.

La dislalia es un término creado por Kussmaul (Citado en González)²² y se define como la alteración en la articulación de los fonemas aislados, en las sílabas o en las palabras no originada por una lesión cerebral; cuando lo es, como ya se mencionó, recibe el nombre de disartria. La dislalia puede ser clasificada como un trastorno fonológico.

3.1 Clasificación de las dislalias.

Cuando existen alteraciones, malformaciones orgánicas a nivel faringo-bucal y de la audición, se habla de **dislalias orgánicas** y si la dislalia está presente a pesar de la normalidad anatómica faringo-bucal y de la audición, se habla de **dislalias funcionales**.²³

Dislalia orgánica

La dislalia orgánica puede dividirse a su vez en cuatro subtipos (Cuadro 2):

²² González Op cit. pág. 75.

²³ Ib. pág. 78.

Cuadro 2. Clasificación de las dislalias orgánicas.

Figura	Tipo	Descripción
 Figura 5a. ²⁴	Dislalia velopalatina y labial.	Se encuentra asociada a una malformación de labio y paladar como es el labio y paladar fisurado de forma unilateral o bilateral. La función del labio y el paladar está afectada, por lo que se encuentran alterados los fonemas en los cuales se utilizan estos órganos para la producción de sonidos. ²⁵
 Figura 5b. ²⁶	Dislalia audiógena.	Causada por una audición defectuosa (hipoacusia) en mayor o menor grado que impide la adquisición y el desarrollo del lenguaje. El niño tendrá dificultad para reconocer y reproducir sonidos. ²⁷

²⁴ www.u-press.net/index.php?option=com_content&view=article&id=3952

²⁵ M. Massana-Morela. Trastornos del lenguaje secundarios a un déficit instrumental: déficit instrumental mecánico articulatorio. Revista de Neurología. 2005; 41 (Supl 1); pág. 39-42.

²⁶ altytrasthabla.blogspot.com/2009/07/dislalia-audiogena-alteraciones-de-la.html

²⁷ García Pilar Pascual. La dislalia. Naturaleza, Diagnóstico y Rehabilitación. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial. Madrid 1992, pág. 33.

Cuadro 2 (Cont.). Clasificación de las dislalias orgánicas.

Imagen	Tipo	Descripción
 <p data-bbox="444 625 591 657">Figura 5c.²⁸</p>	Dislalia lingual.	Generalmente cuando se habla de este tipo de dislalia se piensa de inmediato en el frenillo lingual corto como su causa. Existen otras alteraciones como la macroglosia que puede ser factor de alteraciones del fonema.
 <p data-bbox="428 1010 574 1041">Figura 5d.²⁹</p>	Dislalia odontológica.	Se ha encontrado una relación significativa de las maloclusiones dentales (mordida cruzada, mordida abierta anterior, sobremordida vertical, traslape horizontal, giroversiones) con respecto a la sustitución de los fonemas, que es el error más frecuente que se comete y los fonemas que presentan mayor distorsión son: /r/, /rr/ y /s/. ³⁰ La ausencia de incisivos se asocia a problemas en la pronunciación del sonido /s/. ³¹

²⁸ psicopedagogiaconlucia.blogspot.com/2010/03/alteraciones-del-lenguaje-disglosia-o.html

²⁹ www.zonaortodoncia.com/malocclusion_prev_chupete.htm

³⁰ Álvarez Laura, Oropeza Patricia, Pérez Haroldo. Trastornos del habla asociados a maloclusión dental en pacientes pediátricos. Revista Odontológica Mexicana. Marzo 2005; Vol. 9, Núm. 1; pág. 23-29.

³¹ McDonald Ralph E. Odontología pediátrica y del adolescente. 6ª edición, Harcourt Brace, España 1998, pág. 794.



Dislalia funcional.

Es causada por una mala función de los órganos sin que exista alteración orgánica ya que es una incapacidad funcional. Su etiología se debe a una combinación de factores que repercuten en el niño.

Hay varias causas que pueden ser determinantes en la dislalia funcional:

- **Falta de comprensión o discriminación auditiva.** Algunos niños tienen dificultades en cuanto a la discriminación acústica de los fonemas por capacidad insuficiente de diferenciación de unos a otros fonemas.
- **Factores psicológicos.** Cualquier trastorno de tipo afectivo puede incidir sobre el lenguaje del niño, una falta de cariño, inadaptación en la escuela, problemas familiares, la actitud ansiosa de los padres, la existencia de rechazo hacia el niño puede provocar un trastorno en el desarrollo de la personalidad del niño que se refleja en la expresión de su lenguaje.
- **Factores ambientales.** El nivel cultural del ambiente en que se desenvuelve el niño, la sobreprotección materna que impide la debida maduración del niño que permanece psicológicamente en etapas que debería haber superado.

Cuando se presentan las dislalias orgánicas o funcionales están acompañadas a su vez por otro tipo de dislalias que se clasifican según el fonema alterado, el tipo de error o la cantidad de fonemas alterados (Cuadro 3).



Cuadro 3. Clasificación de las dislalias por el tipo de error.

Dislalias	Error
Fonema alterado.	Las consonantes son más frecuentes. Las vocales son poco frecuentes.
Tipo de error.	Sustitución (paralalias). Omisión (mogilalias). Distorsiones.
Cantidad de fonemas alterados.	Única. Múltiple.

En la clasificación de las **dislalias de acuerdo con el tipo de fonema alterado**, se hace referencia a las vocales y consonantes que son afectadas en el habla; estas últimas suelen ser las más alteradas por lo que se dividen en (Cuadro 4):

Cuadro 4. Clasificación de las consonantes afectadas.

Nombre	Consonante afectada
Sigmatismo	S.
Gamacismo	G, K, Q.
Joticismo	X.
Lambdacismo	L.
Rotacismo	R, RR.
Deltacismo	D, T.
Betecismo	P, B.

Las dislalias **por el tipo de error**, se desarrollan en: sustitución o paralalias, omisión o mogilalias y distorsión de una o varias consonantes o vocales las cuales se explican a continuación:

- **Sustitución o paralalias:** Es el error de articulación en que un sonido es reemplazado por otro; el niño se siente incapaz de pronunciar una articulación correcta y emite otra que le resulta más fácil.

Frecuentemente el fonema /r/ es sustituido por /d/ o por /g/, diciendo “quiedo” y “pego” por “quiero y perro” respectivamente. La sustitución es el error que con mayor frecuencia se presenta en las dislalias.³² (Figura 6)



Figura 6. Sustitución de los fonemas.³³

- **Omisión o mogilalias.** El niño deja de decir el fonema que no sabe pronunciar sin ser sustituido por ningún otro. A veces omite tan sólo la consonante que no sabe decir y así dirá “caetera” por “carretera”, también suele omitir la sílaba completa que tiene dicha consonante.
- **Distorsión.** El sonido distorsionado es aquel que se da de forma incorrecta o deformada, pero que no es sustituido por otro fonema; su articulación se hace de forma aproximada a la correcta. Es debido a una imperfecta posición de los órganos de la articulación, a la forma de salida del aire, a la vibración o no de las cuerdas vocales, etc.

³² García Op cit. pág. 40.

³³ madreshoy.com/salud/¿que-es-la-dislalia_2864.html



Por la cantidad de fonemas alterados, la dislalia puede ser única o múltiple:

- Dislalia única. Un solo punto de articulación afectado, sólo un fonema es alterado.
- Dislalia múltiple. Varios fonemas y distintos puntos articulatorios afectados. Suele deberse a un origen funcional de la dislalia.³⁴

Para detectar el tipo de dislalia a la cual se enfrenta el profesional de la odontología, es necesario realizar una historia clínica y valoración adecuada para identificar el problema, si la dislalia se encuentra dentro del campo operatorio del cirujano dentista, es necesario la intervención oportuna y adecuada o bien, remitirlo al especialista para que pueda llevar a cabo una valoración detallada ya que es necesario realizar distintos tipos de exámenes como son: desarrollo y capacidad intelectual, psicomotricidad y dentro de ésta se analiza la motricidad buco-facial, conducta respiratoria, tono y relajación muscular, percepción y orientación espacial, percepción y discriminación auditiva, personalidad, el examen neurológico si es necesario, se realizará en aquellos casos en los que se presuma la existencia de otros factores externos, entre otros exámenes a realizar.

Una vez diagnosticada la dislalia, es necesario realizar el tratamiento, enfocarlo en la reeducación para corregir los defectos del habla que presenta el niño para lograr la rehabilitación e integración total.

En el último apartado se menciona brevemente el tratamiento basado en ejercicios que se pueden implementar en los pacientes con dislalias funcionales; en el caso de la dislalia orgánica, es necesario atender primero la alteración del órgano y concluirlo con estos ejercicios que ayudarán a la rehabilitación integral.

³⁴ González Op cit. pág. 79.



4. Tratamiento.

Es muy importante conocer y detectar los trastornos del habla y del lenguaje para poder ayudar al paciente y orientar a los padres, dando una pequeña introducción a los ejercicios que pueden llevar a cabo para su reeducación en el habla.

Los ejercicios que se describen a continuación son sencillos y de gran ayuda que permitirán el buen funcionamiento de los órganos en el habla, ya que es importante que los realice de manera adecuada y constante. Se pueden llevar a cabo tres veces por semana, colocándose frente a un espejo para que observe la manera en cómo tiene que realizar los ejercicios.

Ejercicios buco-faciales.

Para facilitar una correcta articulación es preciso ejercitar y agilizar previamente los órganos que intervienen en la misma, aunque no exista defecto orgánico; en muchos casos, una articulación imperfecta es debida a una falta de desarrollo y habilidad motriz general que afecta a los órganos bucofaciales.

El niño, por imitación, realizará los ejercicios que lleve a cabo el reeducador, sentados ambos frente al espejo, podrá observar los movimientos que el reeducador realiza y a la vez comparar con ellos sus propios movimientos, logrando las posiciones que coincidan con los puntos de articulación importantes para el fonema.³⁵

³⁵ García. Op cit. pág. 121

Ejercicios de lengua.

Movimientos externos de la lengua.

- Sacar la lengua lo máximo posible y regresarla al interior de la boca con movimientos repetidos a distintos ritmos.
- Sacar la lengua lo mínimo posible, sin abrir la boca, de forma que sólo aparezca la punta entre los labios (Figura 7).



Figura 7. La punta de la lengua entre los labios.³⁶

- Sacar la lengua al máximo y mantenerla inmóvil en posición horizontal.
- La punta de la lengua se lleva de una comisura labial a la otra, primero lentamente y luego a un ritmo rápido (Figura 8).

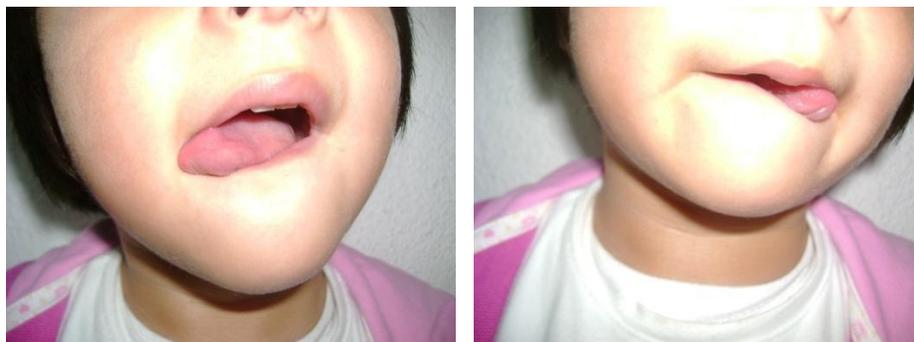


Figura 8. Movimientos con la punta de la lengua.³⁷

³⁶ Fuente directa.

³⁷ Fuente directa.

- Se realizará un movimiento vertical de la lengua, subiéndola y bajándola, apoyando su punta en el centro del labio superior y del inferior respectivamente. Se repetirá este movimiento varias veces, primero a ritmo lento y luego rápido.
- Movimientos giratorios de la lengua, siguiendo toda la superficie externa de los labios, con la lengua, se realiza el movimiento en sentido de las manecillas del reloj y posteriormente se continúa en sentido contrario. Se puede colocar chocolate alrededor de los labios y decirle al niño que con la lengua retire el chocolate, realizando el ejercicio, se pueden utilizar diversos dulces que le sean agradables para motivarlo en su terapia (Figura 9).



Figura 9. Movimientos giratorios de la lengua.³⁸

- Que la punta de la lengua toque el paladar duro; desde esta postura impulsarla con fuerza hacia afuera.

³⁸ Fuente directa.

- Sacar la lengua y doblarla juntando sus bordes laterales, formando un canal longitudinal (Figura 10).



Figura 10. Canal lingual longitudinal.³⁹

Ejercicios de labios.

- Apretar los labios y aflojarlos sin abrir la boca.
- Separar ligeramente y juntar los labios con rapidez.
- Sonreír sin abrir la boca.
- Sostener un lápiz o cualquier objeto, sólo con los labios (Figura 11).



Figura 11. Sujeción de un lápiz con los labios.⁴⁰

³⁹ Fuente directa.

⁴⁰ Fuente directa.

- Movimientos rápidos de unión y separación de los labios, articulando el sonido “p”.
- Pronunciar la “a” pasar de forma rápida a la “o” y a la “u” y después de la “a” a la “e” y a la “i”, exagerando los movimientos (Figura 12).

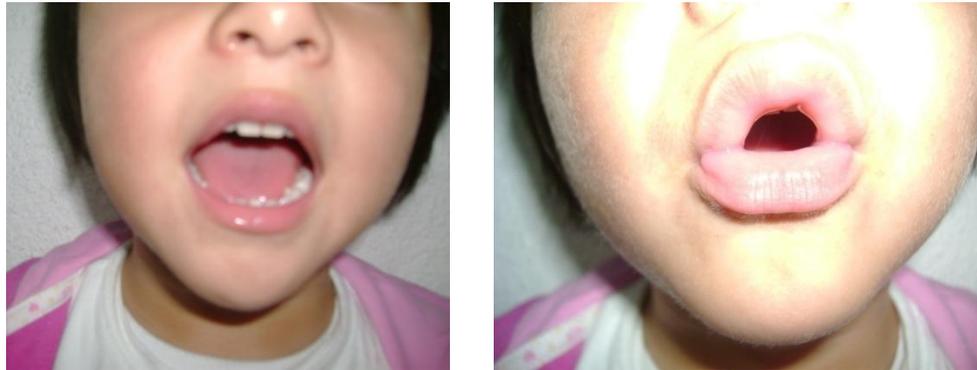


Figura 12. Movimientos exagerados para la pronunciación de los sonidos “a”, “o” y “u”.⁴¹

- Hacer chasquear los labios con el sonido del beso (Figura 13).



Figura 13. Sonido del beso.⁴²

- Movimiento pasivo del labio inferior, que relajado se debe mover con la ayuda de una persona, los movimientos deben ser verticales y horizontales.

⁴¹ Fuente directa.

⁴² Fuente directa.

- Zumbido de los labios, pidiendo al niño que imite el sonido del avión.
- Vibración de los labios, imitando el sonido de la moto.
- Mantener sobre el labio superior y sujeto por el mismo, un lápiz a modo de bigote.
- Llevar los labios fruncidos de derecha a izquierda.

Ejercicios de la mandíbula.

- Abrir y cerrar la boca con distintos ritmos.
- Ejercicio de mascar o realizar los movimientos similares.
- Imitar el movimiento del bostezo (Figura 14).



Figura 14. Bostezo.⁴³

- Apretar los dientes y aflojarlos.
- Realizar movimientos laterales de la mandíbula, que relajada se debe mover de manera vertical.

⁴³ fundacionintegrar.blogspot.com/2010/09/ninos-autistas-y-bostezo.html

Ejercicios con las mejillas.

- Inflar las mejillas conjuntamente.
- Inflar las mejillas alternándose.
- Inflar una de las mejillas y desplazar el aire a los lados sin abrir la boca.
- Soplar diferentes objetos como silbatos, espantasuegras etc.
- Soplar de manera que se intente apagar la flama de una vela a diferentes distancias.

Postura de labios y lengua.

Se busca adecuar las posturas de los labios y lengua. Se puede utilizar la guía de posicionamiento labial y la guía de posicionamiento lingual de Altmann, el material consta de una tira de silicona con relieves.⁴⁴

La guía de posicionamiento lingual debe ser colocada con los relieves centrales orientados hacia abajo, a la altura de los caninos y primeros premolares; la lengua debe tocar el paladar duro en la región de la papila palatina. Estando en esta posición, el paciente puede ocluir levemente (Figura 15).



Figura 15. Guía de posicionamiento lingual.⁴⁵

⁴⁴ Correa María Salette Nahás Pires. Odontopediatría en la Primera Infancia. Livraria Santos Editora, Sao Paulo 2009, pág. 20.

⁴⁵ Ib. pág. 21.

Si los labios son hipotónicos y el sellado labial no es correcto, se coloca un escudo labial en la zona vestibular,⁴⁶ o la guía de posicionamiento labial presenta relieves a ambos lados, con la finalidad de estimular al labio superior e inferior para conseguir que el niño cierre adecuadamente los labios. Debe ser colocada entre los labios sin dejar que el niño la muerda⁴⁷ (Figura 16).



Figura 16. Guía de posicionamiento labial.⁴⁸

Ejercicios de discriminación fonética.

Distinguir palabras del mismo número de sílabas, con diferente acentuación y con diferentes vocales y consonantes. Por ejemplo, con palabras de 2 sílabas:⁴⁹

Perro-Nariz.

Arroz-Pollo.

Lápiz-Papel- Silla.

⁴⁶ Barbería Leache Elena. Atlas de odontología infantil para Pediatras y Odontólogos. Ripano Editorial Médica, España 2005, pág. 122.

⁴⁷ Correa Op cit. pág. 20.

⁴⁸ Ib. pág. 21.

⁴⁹ Nieto Herrera Margarita E. Retardo de lenguaje y sugerencias pedagógicas. CEDIS, México 1988, pág. 144, 158- 159.



Lista de palabras parecidas fonéticamente.

Pesa	besa	mesa	esa
Pan	van	dan	tan
Sol	son	ton	ron
Paso	vaso	mazo	lazo
Suelo	fuego	luego	puedo
Vela	pela	tela	vena
Lino	pino	fino	vino
Tía	día	fía	mía

Ejercicios para el juego verbal.

Adivinanzas	Diálogos Rimados
Estoy en el sombrero, Estoy en el tintero, Estoy en el plumero, Estoy en el jilguero. ¿Quién soy? (La Pluma).	Don Juan de la Bellota Tiene la pata rota -¿con qué se la curamos? -con un palo que le demos -¿Dónde está el palo? -el fuego lo quemó -¿dónde está el fuego? -el agua lo apagó -¿dónde está el agua? -el viejo se la tomó.



Con la realización de los ejercicios se busca tener un mejor funcionamiento de los órganos bucales que intervienen en el habla para que el paciente pueda articular de manera correcta los fonemas.



Conclusiones.

La valoración adecuada de los órganos bucales es importante ya que son indispensables para poder realizar diferentes funciones como: succión, masticación, deglución y en conjunto con otros órganos como la laringe, realizan funciones como la fonación y la respiración.

Un trastorno del habla y del lenguaje que con frecuencia padecen los pacientes pediátricos es la dislalia o trastorno fonético; éste se encuentra relacionado con los órganos bucales. Independientemente de su etiología y clasificación, valdría la pena que el cirujano dentista las conociera para identificar el problema cuando se presente en el paciente que acude a la consulta y no se cometa el error de omitirlo o pensar que es normal por su edad.

El habla se adquiere por medio de una práctica constante a través de la imitación de los sonidos, la manera en cómo se dirigen los adultos (padres, familiares, maestros) al niño, influye considerablemente. Cuando empieza a hablar es necesario decir las palabras completas sin diminutivos, claramente, de acuerdo con su edad si se dificulta un fonema, repetirlo para que lo imite correctamente.

Los niños adquieren un vocabulario extenso al interactuar con otras personas en diferentes medios; quizá por su edad no las podrá decir correctamente desde un inicio, pero al escucharlas frecuentemente se le facilitará posteriormente la imitación del fonema. La participación de los padres es necesaria e importante, si el niño no quiere hablar y sólo pide las cosas por medio de señas u omisión de fonemas que ya puede emitir, los familiares lo deben estimular y no acostumbrarlos a brindarle las cosas cuando no emiten adecuadamente el sonido de determinada palabra.



Se debe estar atento en el desarrollo del niño y evitar pensar que por su edad se le dificultará la pronunciación de las palabras, esperando que con el paso del tiempo y cuando haya crecido podrá hablar mejor; el diagnóstico oportuno facilita los resultados en el tratamiento.

El diagnóstico de trastornos del habla y la enseñanza de estos ejercicios no son usualmente realizados por los cirujanos dentistas pero es indudable que se relacionan con la práctica profesional que habitualmente ejercen, además ayudan al paciente notablemente. De ello resulta un doble resultado positivo: tanto para el paciente como para el odontólogo, pues lo hace ser una persona competente, que participe en el bienestar integral de la salud de los individuos.

Es importante recordar realizar interconsultas con el terapeuta del lenguaje cuando se requiera de su opinión, o remitir al paciente para su rehabilitación.

El éxito en la reeducación del paciente con un trastorno como la dislalia depende tanto de la participación y el trabajo del paciente, como de la familia, el equipo de profesionales relacionados con el trastorno y el medio en el que habitualmente se desarrolla.



Bibliografías.

Álvarez Laura, Oropeza Patricia, Pérez Haroldo. Trastornos del habla asociados a maloclusión dental en pacientes pediátricos. Revista Odontológica Mexicana, Marzo 2005; Vol. 9, Núm.1; pág. 23-29.

Barbería Leache Elena. Atlas de odontología infantil para Pediatras y Odontólogos. Ripano Editorial Médica, España 2005.

Busto Barcos Ma. Carmen. Manual de logopedia escolar. Niños con alteraciones del lenguaje oral en educación infantil y primaria. CEPE, Madrid 1995.

Cameron Angus, Widmer Richard. Manual de odontología pediátrica. 3ª edición, Elsevier Mosby, España 2010.

Correa María Salete Nahás Pires. Odontopediatría en la Primera infancia. Livraria Santos Editora, Sao Paulo 2009.

Drake Richard L., Vogl Wayne. Anatomía para estudiantes. Gray. Elsevier. España 2005.

García Pilar Pascual. La dislalia. Naturaleza, Diagnostico y Rehabilitación. Ciencias de la educación preescolar y especial. Madrid 1992.

González Jorge Nicolás. Alteraciones del habla en la infancia. Aspectos clínicos. Médica Panamericana, Buenos Aires 2003.



- Hales Robert E, Yudofsky Stuart C. Fundamentos de Psiquiatría clínica. 2^{da} edición, Masson, Barcelona 2005.
- M. Massana-Morela. Trastornos del lenguaje secundarios a un déficit instrumental; déficit instrumental mecánico articulatorio. Revista de Neurología, 2005; 41 (Supl 1); pág. 39-42.
- McDonald Ralph E. Odontología pediátrica y del adolescente. 6^a edición, Harcourt Brace, España 1998.
- Nieto Herrera Margarita E. Retardo de lenguaje y sugerencias pedagógicas. CEDIS, México 1988.
- Owens Jr. Robert E. Desarrollo del lenguaje. 5^a edición, Pearson Prentice Hall, Madrid 2003.
- Perrelló Gilberga Jorge. Trastorno del habla. 5^a edición, Masson, Barcelona 2005.
- Puyuelo M., Rondal J. A. Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Aspectos evolutivos y patología en el niño y adulto. Masson, Barcelona 2003.
- Queiroz Marcheson Irene. Fundamentos de Fonoaudiología. Aspectos clínicos de la motricidad oral. Médica Panamericana, Buenos Aires 2002.
- Santiuste Bermejo Víctor, Beltrán Llera Jesús A. Dificultades de aprendizaje. Psicología Evolutiva y de la Educación. Síntesis Psicológica, España 2000.



Figuras.

www.proyectosalongogar.com/Diversos_Temas/la_laringe.htm

Sobotta. Atlas de Anatomía Humana. Cabeza, cuello y miembro superior. 28^a edición, Medica Panamericana, Madrid 1994.

www.u-press.net/index.php?option=com_contest

altytrasthabla.blogspot.com/2009/07/dislalia_audiogena_alteraciones_de_la.html

psicopedagogiaconlucia.blogspot.com/2010/03/alteraciones_del_lenguaje_disglosia_o.html

www.zonaortodoncia.com/maloclusión_prev_chupete.htm

madreshoy.com/salud/¿Qué_es_la_dislalia_2004.html

fundaciónintegral.blogspot.com/2010/09/niños_autistas_y_bostezo.html