



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TERAPIA DE LENGUAJE COMO AUXILIAR EN EL
MANEJO DE DISLALIAS.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

KARLA LIZET BELTRÁN VILLALOBOS

TUTOR: Esp. GERMÁN PORTILLO GUERRERO

ASESOR: Esp. CÉSAR DARÍO GONZÁLEZ NÚÑEZ

MÉXICO, D.F.

2011



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.

Agradecimientos

A mi mamá "no hay nada mejor que casa" gracias por soportarme no soy una persona fácil, por estar firme cuando yo no lo estoy y ser la persona más leal que tendré en toda mi vida te amo mami, mi papá "porque te quiero a ti porque te quiero cerré mi puerta una mañana y me eche andar porque te quiero a ti porque te quiero aunque estés lejos yo te siento a flor de piel" eres un gran papá nunca lo dudes, a mi hermana "No duermas para descansar, duerme para soñar, porque los sueños están para cumplirse." Eres la persona más especial y hermosa que conozco en este mundo; vive, goza, ama y siempre da lo mejor de ti, cree en ti como yo creo en ti. Mi hermana favorita la hija exquisita en montañas de.....

A la UNAM por estos 8 años y medio y todos los conocimientos que me han brindado. A mis profesores que han compartido su intelecto y en especial a aquellos que me inspiraron y creyeron en mi como son mi profesor Arnulfo, Alfonso Bécame, Mario Santana, Tala Jaber, Juan Alberto Sámano, Inlinda Barrón y Powell Raquel.

A mi familia por preocuparse y entenderme siempre, abuela Guillermina eres mi adoración y mi perfume de gardenias Chabela, a todos mis amigos los buenos y los malos siempre se aprende una valiosa lección de ellos (Chang Cupil).

Y por último a mi tutor el Esp. Germán Portillo Guerrero por su tiempo, dedicación y apoyo, mi asesor César Darío González Núñez por sus consejos y su fe en mí y mi querido Seminario de Odontopediatría quien dijo que lo bueno era fácil.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Objetivo	7
1. Lengua, lenguaje, comunicación y habla	8
2. Elementos de la comunicación	8
3. Estructuras textuales	10
4. El niño y su relación con el lenguaje y la comunicación	12
4.1 La influencia de la familia en el lenguaje del niño	13
5. Neurofisiología del habla	14
6. Trastorno de lenguaje	16
6.1 Etiología	17
7. Dislalia	17
7.1 Antecedentes y Frecuencia de las dislalias	18
7.2 Etiología de la dislalia.	23
7.3 Clasificación de la dislalia	24
7.3.1 Dislalia evolutiva	24
7.3.2 Dislalia audiógena	25
7.3.3 Dislalia orgánica	25
7.3.3.1 Tipos y etiologías de las dislalias orgánicas	25
7.3.4 Dislalia funcional	27
7.3.4.1 Dislalia funcional etiología	27
8. Diagnóstico Odontológico	27
8.1 Diagnóstico lingüístico	32
8.1.1 Evaluación de la articulación	33

8.1.2 Evaluación de las bases funcionales de la articulación	33
8.1.3 Clasificación de los fonemas y emisión	37
9. Tratamiento	41
9.1. Tratamiento con aparatología	48
10. Pronóstico	50
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52

INTRODUCCIÓN

El lenguaje es importante en las conductas vitales del ser humano siendo su nivel máximo de expresión. El habla tiene una conformación de signos lingüísticos ilimitados para poder comunicarnos en una sociedad, con esta logramos emitir y recibir ideas que nos permiten externar conceptos o estados afectivos.

En la actualidad un manejo adecuado del lenguaje oral es importante para poder entender y crear un balance entre contexto, tiempo y una situación determinada de conversación, esto dará un intercambio verbal entre un conjunto de miembros creando así un diálogo que implicará algún tipo de motivación.

La etapa infantil es el momento cumbre de la adquisición del lenguaje esto no solo implicará el desarrollo del habla, también será una consecuencia de diferentes factores tales como neurológicos, lingüísticos, psicológicos, afectivos, físicos, ambientales, sociales y fisiológicos que intervendrán en este proceso de desarrollo.

Es importante la detección oportuna de algún trastorno de lenguaje en esta etapa ya que se podrá modificar, analizar y sobre todo solucionar para una mejor calidad de vida en un futuro.

El trastorno de lenguaje de mayor frecuencia es la dislalia que afecta el proceso de comunicación, la conducta de niño, su autoestima y su aprendizaje tanto en la lectura como escritura. Es por ello que en diversas Universidades en España, como UVIC (Universidad Vic de Barcelona) e ISEP (Instituto de Estudios Superiores de Psicología) se imparte la Maestría en Patologías de Lenguaje y el Habla a los Cirujanos Dentistas, también ofrecen diversos cursos como Terapia Oral y Miofuncional impartido por Ortofon, Terapia de Lenguaje Miofuncional por C.O.T.I (Centro de

Orientación y *Terapia* Integral), Alteraciones del habla y Terapia Miofuncional: Dislalias y Disglosias por la Escuela de Patología del Lenguaje.

Por tales razones es necesario que el Odontopediatra tenga un criterio y conocimiento amplio de los trastornos de lenguaje para detectarlos prevenirlos e interceptarlos, los cuales repercutirán directamente en la modificación de factores fisiológicos del crecimiento y desarrollo craneofacial y lingüísticos.

OBJETIVO

Identificar los diferentes tipos de dislalias que existen, así como, dar a conocer los procedimientos fonéticos que mejoran la articulación de las palabras, aportando así al paciente un tratamiento que mejore su condición sociolingüística, psicológica y del crecimiento del desarrollo craneofacial en Odontopediatría.

1. Lengua, lenguaje, comunicación y habla

Lengua es también conocido como idioma, esta es un conjunto de códigos llamados signos lingüísticos que nos dan un medio para poder relacionarnos entre unos y otros para expresar ideas, conceptos o estados afectivos, este proceso se le conoce como comunicación.

El lenguaje es la capacidad de expresarse de una manera más especializada tanto a un nivel físico como psicológico lo que diferencia al ser humano de otras especies animales.

Todo esto parte de un sistema individualizado y voluntario que es el habla. Para que todo este proceso de comunicación se logre se necesita de un comunicador, oyente y mensaje.¹

2. Elementos de la comunicación

Los elementos o factores de la comunicación humana son: fuente, emisor o codificador, código (reglas del signo, símbolo), mensaje primario (bajo un código), receptor o decodificador, canal, ruido (barreras o interferencias) y la retroalimentación o realimentación (feed-back, mensaje de retorno o mensaje secundario).

- **Fuente:** Es el lugar de donde emana la información, los datos, el contenido que se enviará, en conclusión de donde nace el mensaje primario.
- **Emisor o codificador:** Es el punto (persona, organización) que elige y selecciona los signos adecuados para transmitir su mensaje; es decir, los codifica para poder enviarlo de manera entendible (siempre

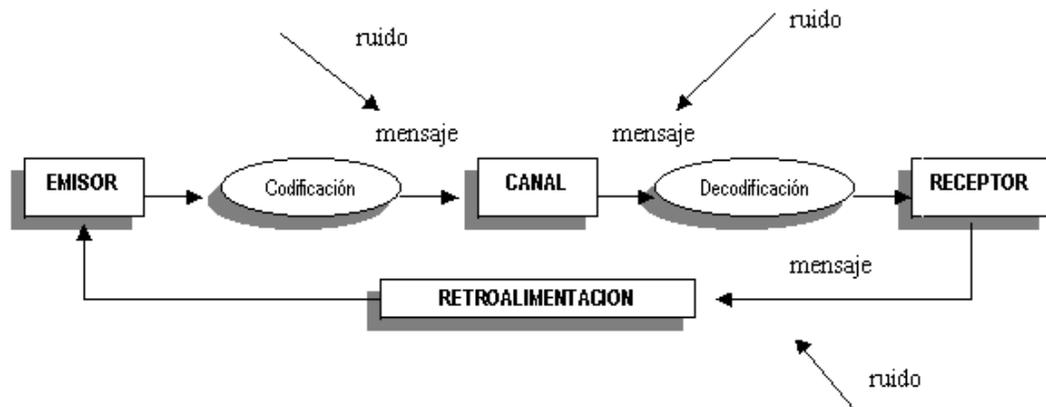
¹ López A. Gallardo B. Conocimiento y lenguaje. 1ed. Valencia: Puv; 2005.

que se maneje el mismo código entre el emisor y el receptor) al receptor. No existe un iniciador en el proceso comunicativo, a lo sumo existe una instancia primaria de emisión verbal (que se confunde con el que "habló primero") pero la comunicación debe ser entendida como un proceso dinámico y circular, sin principio ni fin. Podemos iniciar el acto comunicativo preguntando la hora a alguien, pero inevitablemente la comunicación comenzó mucho antes, al ver a la persona, al acercarse prudentemente a la distancia mínima (Proxémica) de dos personas desconocidas, al mirar a la persona a los ojos o al insinuar que se quiere hablar. Como se puede ver, la comunicación no se limita al habla o a la escritura, es un complejo proceso interminable de interacción mutua.

- **Receptor o decodificador:** Es el punto (persona, organización) al que se destina el mensaje, realiza un proceso inverso al del emisor ya que en él está el descifrar e interpretar lo que el emisor quiere dar a conocer. Existen dos tipos de receptor, el pasivo que es el que sólo recibe el mensaje, y el receptor activo o perceptor ya que es la persona que no sólo recibe el mensaje sino que lo percibe, lo almacena, e incluso da una respuesta, intercambiando los roles. En este caso, donde un receptor o perceptor se transforma en emisor al producir y codificar un nuevo mensaje para ser enviado al ente emisor (ahora devenido en receptor) es donde se produce el feedback o retroalimentación; y es lo que comúnmente sucede en cualquier comunicación interpersonal.
- **Código:** Es el conjunto de reglas propias de cada sistema de signos y símbolos de un lenguaje que el emisor utilizará para transmitir su mensaje, para combinarlos de manera arbitraria y socialmente convenida ya que debe estar codificado de una manera adecuada para que el receptor pueda captarlo.

- **Mensaje:** Es el contenido de la información (contenido enviado) el conjunto de ideas, sentimientos, acontecimientos expresados por el emisor y que desea transmitir al receptor para que sean captados de la manera que desea el emisor. El mensaje es la información debidamente codificada.²

DIAGRAMA DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN.



³ Fig. 1

3. Estructuras textuales

Son aquellas que nos ayudan a darle sentido, intención y forma al contexto en base a la comunicación, para que estas se concreten se necesita poseer de ciertas habilidades que son conocidas como competencias expuestas y son clasificadas en:

- **Competencia gramatical** es verbal o no verbal, relacionada a la formación de palabras y frases, ortografía y semántica.
- **Competencia sociolingüística** se ejecuta en un grupo de participantes, con el propósito de generar una interacción que produzca un mejor entendimiento entre ellos.

²Miller K. Communication Theories: Perspectives, processes and contexts;2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005.

³ Jakobson R. Ensayos de lingüística general. 1 ed. Barcelona: Planeta; 1985.

- **Competencia discursiva** es la combinación de la gramática y sus diversos significados logrando un texto hablado o escrito en diversos géneros.
- **Competencia estratégica** se usa para comunicar determinadas estrategias ante un grupo de personas en forma verbal o escrita.
- **Competencia lingüística** es la capacidad de la codificación y decodificación de signos verbales, esto incluye cuatro competencias parciales que son la fonética, relacionada con la posibilidad para producir y reconocer acertadamente los sonidos de la lengua, la sintáctica o capacidad personal para la organización e identificación de frases, la semántica o capacidad para el procesamiento y los significados y la textual esta consiste en que el sujeto pueda organizar frases un conjunto textual más amplio.
- **Competencia paralingüística** las acentuaciones enfáticas que dan elementos sonoros que habitualmente acompañan a la palabra (exclamaciones).
- **Competencia kinética** utilización de la comunicación a través de expresiones y movimientos corporales diversos.
- **Competencia proxémica** se refiere al empleo y a la percepción que el ser humano hace de su espacio físico, de su intimidad personal; de cómo y con quién lo utiliza.
- **Competencia ejecutiva** es la capacidad de convertir las interacciones comunicativas en actos.
- **Competencia pragmática** es la propiedad con la que el comunicador adecúa las necesidades del contexto con sus emisiones y recepciones comunicativas.

- **Competencia sociocultural** es aquella con la que se obtiene un valor preciso a las situaciones sociales que tipifican cada cultura.⁴

4. El niño y su relación con el lenguaje y la comunicación

El proceso de organización y estructuración mental del niño se ve facilitado, en gran medida, con la aparición del lenguaje, con lo que sus conductas resultan profundamente modificadas, tanto en el aspecto intelectual como afectivo. Además el niño adquiere gracias al lenguaje la capacidad de reconstruir sus acciones pasadas en forma de relatos y anticipar sus acciones futuras mediante la representación verbal (Piaget, 1954).

Esto quiere decir que se dará paso a una serie de procesos en el niño como es establecer relaciones (socialización), empezar a crear sus propias ideas (pensamiento) teniendo como apoyo un lenguaje interior, y finalmente el crear una percepción representada por sus propias experiencias, dándole un significado propio para expresarse.

Así pues, tanto con el lenguaje y el pensamiento existe una conexión bastante recíproca y constante. Este proceso lingüístico se desarrolla a partir del nacimiento, teniendo como primer factor de desarrollo al medio ambiente.

El lugar más frecuente en donde inicia el proceso del lenguaje es el hogar, siendo este el primer factor se obtiene en un crecimiento importante para el desarrollo motor, afectivo y cognoscitivo, en esta etapa de la vida el niño convive en gran parte con sus padres, siendo la madre quien tome un rol más importante. Ellos serán los protagonistas en la educación y formación de su hijo.

Dentro de las funciones más importante de la madre es que ella proporcione calidez, la cual será muy agradable y sobre todo le dará tranquilidad al bebe al momento de nacer, de igual manera el tipo de afectos

⁴Mendoza A. Briz E. Didáctica de la lengua y la literatura para primaria. 2 ed. Madrid: Prentice Hall; 2006.

en forma positiva (caricias, abrazos, amamantamiento, palabras, etc.) darán inicio a la estimulación de una mejor maduración en el futuro e integración social, es aquí donde el lenguaje será de suma importancia para este proceso.

Toda esta influencia sociolingüística hace que el niño vaya adquiriendo asociación con lo que se dice y lo que se hace (decir – mostrar – hacer), y logra expresar sus emociones no solo de manera corporal sino también lingüística. En el proceso de desarrollo lingüístico del niño se presentan diferentes etapas por edades que todas ellas tienen una relevancia importante en el crecimiento del niño, sin embargo, para fines de esta revisión se considera que las más relevantes son estas:

A) A partir de los 8 meses el niño empezará a crear sonidos (llanto) con los cuales logra la atención de sus padres para con él, esto es conocido como “función de llamada”.

B) A los dos años el niño con su hablar precario reconoce y expresa nombres de personas, cosas y objetos con lo cual los padres atenderán la necesidad del niño, lo cual da lugar a que logre controlar y dirigir las acciones de los demás y las de él mismo.

En conclusión se cree que a través de todas estas etapas de comunicación del niño se obtienen diferentes formas motivacionales para su desarrollo físico, psicológico y mental, adquiridas dentro del seno familiar sabiendo que sin estas, el desarrollo lingüístico se ve perjudicado u atrofiado.⁵

4.1 La influencia de la familia en el lenguaje del niño

Un ambiente familiar armonioso, afectivo, comprensivo lleno de aprendizaje, sin medios de tensiones y con padres maduros y seguros del modo de vida o planificado de su hogar, contribuirá a que el niño este lleno de estímulos

⁵ Castañeda F. El lenguaje verbal del niño. Lima: Fondo Editorial de la UNMSM; 1999.

positivos, seguridad, amor, respeto y una buena comunicación familiar, este tipo de niños serán capaces de comunicarse adecuadamente, con disposición a relacionarse, más armónicos y se desarrollan mejor en su expectativa sociolingüística y su adquisición del habla.

El habla es imprescindible para la comunicación, por medio del lenguaje el individuo se comunica, lee, aprende, expresa y divulga, para relacionarse con la sociedad. La presencia de trastornos de lenguaje ocasiona limitantes en el ámbito social, emocional y psicológico que repercutirán en aislamiento social.⁶

5. Neurofisiología del habla

El habla tiene como soporte o base material al cerebro, órgano de la estructura mental y piedra básica sobre el cual se edifican las formas más complejas de la actividad mental (Luria, 1974) como es el lenguaje verbal.

El hemisferio izquierdo es pensante, es decir, este será el encargado de elaborar, controlar y procesar el habla. Este cuenta con cuatro áreas importantes:

- **Área de Broca (área 45)**
- **Área de Wernicke (área 22)**
- **Córtex motor primario (área 4)**
- **Córtex auditivo primario (área 41)**

Cuando se escucha la palabra, el mensaje proveniente del área auditiva primaria de la corteza cerebral es recibido en el área de Wernicke. Si ha de pronunciarse una palabra, el patrón se transmite de esta zona al área de Broca, donde la forma articulada es suscitada y transmitida al área motora

⁶ Narbona J. Chevré-Muller C. El Lenguaje del Niño: Desarrollo Normal, Evaluación y Trastornos. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003.

que controla el movimiento de los músculos del habla. Si hay que deletrear la palabra, el patrón auditivo es transmitido a la circunvolución angular, donde da origen al patrón visual. Cuando se lee una palabra, el estímulo (mensaje) procedente de las áreas visuales primarias llega a la circunvolución angular, la cual a su vez produce la forma auditiva correspondiente de la palabra en el área de Wernicke. Conviene señalar que, en la mayoría de las personas la comprensión de una palabra escrita supone la producción de la forma auditiva en dicha área, C. Wernicke sostuvo que ello se debía a la manera en que suele aprender el lenguaje escrito.

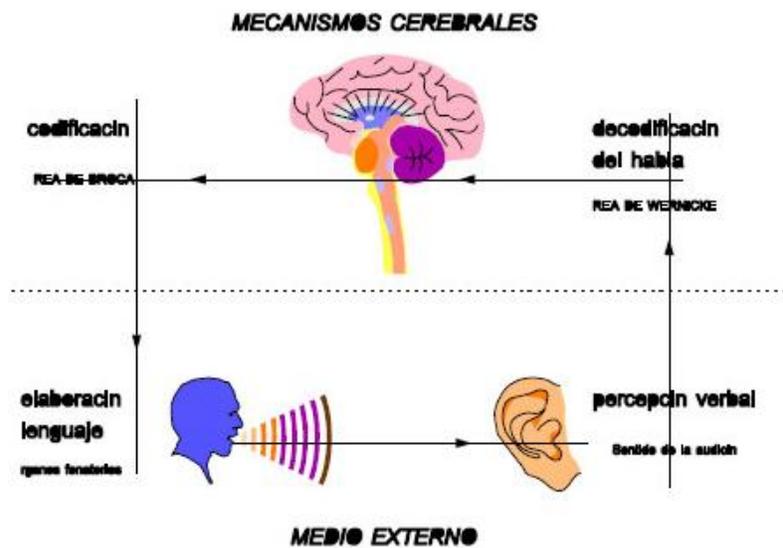
Conforme a este modelo sin el área de Wernicke, al sujeto le será difícil entender ambos tipos de lenguaje. No podrá hablar, ni repetir lo que escuche ni escribir correctamente. El hecho que el habla sea fluida y articulada indica que el área de Broca permanece intacta, pero recibe insuficiente información. Mientras si el área Broca se lesiona el efecto de la lesión será una articulación desorganizada; el habla será lenta y laboriosa, pero la comprensión será intacta.

Estas áreas Wernicke y Broca se unen por el haz nervioso llamado fascículo longitudinal superior. Cuando esta estructura sufre una lesión, el habla es fluida pero anormal y el paciente entiende palabras pero no puede repetir las.

Todas estas características, desde el punto de vista del sistema nervioso, hacen que el lenguaje se nos configure como una pseudo función y, desde el punto de vista ambiental, se nos aparecen como un fenómeno sociocultural. Sin embargo, es claro que la evolución e integración del sistema nervioso, que posibilita biológicamente esta adquisición, va acompañada de la estimulación del medio social, ejerciendo una poderosa influencia en la integración y organización del lenguaje.

De ahí que debemos recordar que, si bien es necesario un desarrollo neurológico, suficiente para que el lenguaje aparezca, éste no aparece cuando no se enseña, es decir, cuando el medio ambiente no lo suministra.

Mientras lo anterior ocurre, también en los receptores táctiles de la piel, membranas mucosas, los corpúsculos de Meissner y Pacini en las regiones de la mandíbula, labios, lengua y paladar blando, al igual que los receptores cinéticos (aquellos que pueden recibir sensaciones músculo articular de movimiento de los articuladores del habla) llevan información por un sistema de transmisor aferente a la corteza cerebral, en donde se integran con los otros provenientes del oído (sistema integrador) para emitir una respuesta, a través del sistema eferente piramidal, extrapiramidal estriado y centros de relevo descendente al sistema efector articulador, resonador, respirador y fonador.



⁷Fig. 2

6. Trastorno de lenguaje

Son anomalías, perturbaciones, defectos o alteraciones del lenguaje verbal del niño, en cuanto a la forma, grado, cantidad, calidad, tiempo, y ritmo lingüístico que dificultan las posibilidades de su expresión, interfiriendo o limitando su conducta de comunicación con los demás y su comportamiento de adaptación y ajuste del medio.

⁷Love R.Webb W. Adler R. Neurología para el Logopeda. 5 ed. Barcelona: ElsevierMasson; 2010.

6.1 Etiología

Los trastornos del habla por su naturaleza son variadas, asumiendo su clasificación de diversas formas, según las perspectivas teóricas y experiencias clínicas de los especialistas. Estos serán considerados como trastornos funcionales, que surgen debido a defectos de audición, perturbaciones emocionales, retardo mental o impedimentos físicos, como fisura labio alveolo palatina, parálisis cerebral y el uso de bilingüismo.⁸

7. Dislalia

Etimológicamente la palabra dislalia proviene del griego DIS= dificultad y LALEIN= habla. Dificultad del habla.

Valverde, García y Pérez (1992) informa que la dislalia “es una alteración del lenguaje oral, que consiste en una mala pronunciación o articulación de las palabras como consecuencia de una dificultad para articular uno varios fonemas”.

Alesandri (2005) “es la alteración en la construcción de las *praxias articulatorias adecuadas para la emisión de un determinado fonema”. Esto quiere decir que es una dificultad funcional articulatoria, para poder recrear fonemas.⁹

⁸Jódar M. et al. Trastornos de lenguaje y la memoria. 1 ed. Barcelona: UOC; 2005.

⁹ Medina R. et al. La educación personalizada en la familia. 3 ed. Madrid: Rialp; 2009.

*Sistema de movimientos coordinados en función de un resultado o de una intención (Tallis Jaime y Soprano Ana María, "Neuropediatría. Neuropsicología y Aprendizaje", Nueva Visión, Bs. As., 1991, p. 198). A esta definición adscribe también Piaget.

7.1 Antecedentes y Frecuencia de las dislalias

Existen pocos datos sobre la incidencia de la dislalia en la población infantil, además estos varían según la edad de los niños observados y la definición que se le da a la alteración. Todo ello obliga a ser poco concreto en este tema y a limitarse a hacer referencia a los pocos datos existentes.

P. Sheridan (1946). La incidencia de alteración en la articulación, en una muestra de 3,800 escolares ingleses:

- 5 años de edad en niñas de 26% y niños 34%.
- 8 años de edad en niñas 15% y niños 16%.

P. Norley en (1957) distingue entre la incorrecta producción de /s/ y /r/ por un lado, y los errores en otros fonemas, concluyendo que:

- /s/ y /r/ tendrán problemática a los 4 años un 27%, a los 5 años 22% y a los 6 años un 4%.
- Otros errores a los 4 años 7%, a los 5 años un 6% y a los 6 años un 2%.

Commoretto (1960) entre 11,782 niños escolares de la provincia de Udina Italia, encuentra dislalia en el 1.25% y rinolalias en el 0.86%.

Según Dewese (1960) la dislalia constituyen del 50 al 70% de las afecciones que se van en departamento de Foniatría.

Perello (1965) estudia la articulación castellana en 386 niños catalanes entre 9 y 14 años. Encuentra que el 5.7% presentan rotacismo, 4.66% signatismo, el 0.25% de niños presentaban un jotacismo, la /d/ final oclusiva 67.09% y el seseo 3.88%.

J. Irwin 1972 mencionó que la mayoría de los estudios objetivos no determinan el origen de la dislalia, pero la práctica diaria induce a pensar que existen posibles factores etiológicos, además de aspectos que favorecen indirectamente la existencia o el mantenimiento de la alteración. Se ha

comprobado que al tomar estos factores como base de tratamiento, la evolución es francamente positiva.

Templin (1975) presentan un cuadro en el que se muestra el promedio y el límite superior estimado con respecto al aprendizaje de la producción de los fonemas por parte de los niños británicos. En este indica la edad promedio en la que empieza a producirse el sonido y cuando el 90% de los niños ya lo articulan correctamente.

J. A. M. Martín (1981), la incidencia de trastornos articulatorios funcionales entre niños de primer grado era de 9.5% y ya en los de segundo grado era del 4.5%.

Lon L. Emerick (1981) hace referencia a que el 50% de los casos que los logopedas escolares británicos tratan, son niños con alteración funcional de las articulaciones. La adquisición de los sonidos del habla responde a una habilidad “madura” de forma que los niños aprenden a articular los fonemas en determinadas secuencias. Por tanto, la disfunción debe considerarse en función de la edad.

Se puede hablar de la dislalia aproximadamente a partir de los 4 años de edad, momento en que la mayoría de los niños presentan una correcta articulación de los fonemas.

Panagos (1982) observa que el 84% de dislalias son por mala movilidad de la lengua y solo del 7% son culpables los labios, las vocales solo representan el 9% de errores; la sustitución de fonemas representa el 67%, las omisiones el 23% y las distorsiones el 10%.¹⁰

En los años 80 del siglo pasado Soep, intentó clasificar el trastorno teniendo en cuenta la existencia de dislalias mecánicas (orgánicas) y funcionales.

A comienzos de este siglo XX, autores soviéticos trataron de explicar el surgimiento de la dislalia sobre bases de trastornos auditivos de carácter

¹⁰Perello J. Trastornos del habla. 5 ed. Barcelona: Masson; 2005.

periférico por un lado, y con alteraciones en la función de los órganos de la articulación por otro.

Según Segre las dislalias son trastornos de la articulación de la palabra, debida a las alteraciones de los órganos periféricos que la producen sin daño neurológico; clasificándolas en orgánicas a consecuencia de lesiones anatómicas en los órganos articulatorios y funcionales, cuya causa está dada por una mala coordinación muscular debido a factores etiológicos diferentes.

Aproximadamente el 25% de la patología del lenguaje se refiere a la dislalia funcional. La incidencia de este trastorno en 1º de primaria es aproximadamente el 9.5% y en 2º de primaria es el 4.5%.

Se presenta con mayor frecuencia, el 77% en el sexo masculino. El defecto no tiene relación con el estado social del niño antes de los cinco años, pero luego sí. Es decir no hay más dislalias en las capas sociales bajas que en las altas, pero en las primeras se alargan y persisten. En cambio en las clases altas tienen más interés en corregirse.

En la misma época en la que surgieron los aparatos dentales ortodónticos (mecanismos, fijos o removibles, que generando una fuerza pueden, por su aplicación, desplazar las piezas dentarias o todo un maxilar en maloclusión), se iniciaron los trabajos fonoaudiológicos que estudiaban la influencia de aquellos en la producción del habla, pues, como se sabe, la articulación del habla está relacionada con la configuración anatómica de la cavidad oral, si se usa algún tipo de aparato de ortodoncia para corregir alguna alteración maxilodentaria seguramente habrá interferencia en la articulación normal, pues ocurre una alteración de las dimensiones de la cavidad oral. Existe entonces una gran relación entre las anomalías dentomaxilofaciales, el consecuente uso de los aparatos dentales ortodónticos y los trastornos del habla. A partir de la década de los 70 del siglo pasado, los estudios en esta área despertaron un gran interés.

Varios estudios han enfocado los efectos de la cirugía ortognática, el tamaño de los arcos alveolares, problemas de deglución y anomalías

oclusales en el habla. Numerosos estudios han demostrado la estrecha relación entre las maloclusiones dentarias y las dislalias, considerando que esta patología constituye el segundo grupo de factores causales de los trastornos en el lenguaje. Otros tantos se han detenido en determinar los efectos de los aparatos dentales ortodónticos en la articulación del habla.

Uno de ellos estuvo a cargo de Cleavonne Strutton y Glenn Burkland, titulado "The effect of maxillary retainers on the clarity of speech". En él se estudia la claridad del habla en personas con distintos tipos de aparatos removibles superiores elaborados con material acrílico; unos cubrían completamente el paladar duro mientras que otros no. Los individuos leyeron un test fonéticamente balanceado llamado "RainbowPassage", el cual fue escuchado por un panel compuesto por ortodoncistas, audiólogos y especialistas en patologías del habla. Los resultados señalan que los retenedores que no cubren completamente el paladar duro favorecen una normal y clara articulación del habla; mientras que los que, por el contrario, cubren el paladar duro dificultan la claridad del habla. Este hecho sugiere que al reducir el tamaño y grosor de las coberturas acrílicas las limitaciones articulatorias serán menores, aumentando, por tanto, la claridad del habla, la comodidad y reduciendo la sensación de ganguero.

Por su parte, en 1996, el grupo de ortodoncistas encabezado por los doctores Bülent Haydar y Gülsün Karabulut evaluaron, a través de un test de articulación (basado en consonantes y vocales en palabras monosílabas), la habilidad articulatoria de 15 pacientes en el final del tratamiento ortodóntico y al inicio de la utilización de aparatos removibles y retenedores mandibulares y maxilares. El test lo aplicaron en tres fases: 1) el primer día sin los aparatos, 2) 24 horas después y 3) una semana después de la aplicación de los aparatos removibles. Haydar, Karabulut et al. encontraron significativos desórdenes articulatorios en los fonemas / t / y / d / en el primer día con los retenedores mandibulares y maxilares, también notaron desórdenes importantes en el fonema / k /. Sin embargo, los investigadores sugieren que

al séptimo día con los retenedores los problemas desaparecen completamente o decrecen a un nivel que no impide la claridad del habla.

En el mismo sentido, el grupo de investigadores encabezado por Carvalho Rodrigues, a partir de la evaluación fonoaudiológica de veinte pacientes adultos, constataron que el 80% de los individuos que usan la placa palatina acrílica presentan alteraciones en el habla. Según los investigadores "la presencia de placa palatina es un factor de modificación del habla y los sonidos que requieren la unión de la lengua al paladar", agregan, además que "la presencia de placa palatina modifica la movilidad de la lengua, en los movimientos cortos, cíclicos sonoros y de vibración".

Este mismo hecho lo comenta Hagiwara cuando afirma que el uso de la placa palatina acrílica puede ser suficiente para provocar cambios en la postura, en el tono y en los movimientos de los músculos intrínsecos de la lengua.

Stewart y colaboradores, por otra parte, han realizado una serie de estudios en los cuales demuestran la relación entre la aparatología ortodóntica, ya sea fija o removible, y la aparición de las dislalias, observando que con la aparatología removible se hacen más difícil la fonación y la deglución.

En un trabajo que analiza la relación existente entre el uso de aparatología ortodóntica en pacientes con maloclusiones dentarias y las dislalias, Mora y López Fernández encontraron que la aparición de dislalias está relacionada con el uso de aparatología ortodóntica; sin embargo, señalan que éstas disminuyen debido a la intervención del terapeuta del lenguaje en el tratamiento (lo que demuestra la importancia del tratamiento conjunto ortodoncista-logopeda para la rehabilitación de los individuos) y a la disminución, por tanto, de las anomalías dentarias. Específicamente, los investigadores encontraron alteraciones en la producción de los fonemas / r / y / s / por parte de personas con anomalías dentarias de las clases I y II de Angle.

Lo mismo afirman Jiménez Ariosa y colaboradores al evaluar a 8 pacientes con maloclusión dentaria tratados con el activador abierto elástico de Klammt. Encuentran dislalias asociadas justamente al uso de ese aparato de ortodoncia las cuales desaparecen, junto con las anomalías maxilodentarias, en el 65% de los casos transcurrido un año de tratamiento ortodóntico.

Miyawaki, Yasuhara y Koh, basándose en la evaluación de 111 pacientes adultos, examinaron los efectos que causan los aparatos ortodónticos en la producción del habla y en la deglución. El 76% de los pacientes considera que estos aparatos son incómodos para pronunciar los fonemas / s / y / t / y para realizar las funciones de masticación y deglución, aunque esta incomodidad disminuye gradualmente con el tiempo. Datos como estos también han sido recogidos por Hunski y por Lew.

Recientemente, a partir del análisis de imágenes de habla y de deglución recogidas en video, Matsuoka, Santos y Marchesan han podido caracterizar los patrones del habla y de deglución en personas con y sin el uso de aparatos dentales ortodónticos.¹¹

7.2 Etiología de la dislalia

Los factores etiológicos más importantes son:

- Permanencia de esquemas de articulación infantiles.
- Déficit en la discriminación auditiva.
- Movilidad deficiente de la lengua.
- Hábitos de deglución atípicos.
- Déficit en la orientación del acto motor lingual.

¹¹ Martínez H. Mora E. Prato R. Influencia de los aparatos dentales ortodónticos en la producción y percepción del habla: estudio de cinco casos. Rev CEFAC [Seriada en línea]2001 [Citado 2006 Dec 09]; 8 (4)

Otros aspectos son predisposición genética. Según (Nutton 1980) existe una predisposición neurológica transmisible en la patología del habla, en casos de inteligencia y percepción auditivas normales.

A veces la patología es causada por la carencia de estimulación cultural en el entorno en donde se desenvuelve el niño y las posibles psicopatologías de este, esto es conocido como incidencia psicosocial.¹²

7.3 Clasificación de la dislalia

En base a la clasificación de PASCUAL (1988) existen cuatro tipos:

- Dislalia evolutiva
- Dislalia audiógena
- Dislalia orgánica
- Dislalia funcional.¹³

7.3.1 Dislalia evolutiva

Es una fase en el desarrollo del lenguaje en la que el niño no articula bien o distorsiona algunos fonemas. Normalmente, desaparecen con el tiempo, no es necesaria una intervención profesional. Suele producir ansiedad en los padres que piensan que es un retraso y se les debe aconsejar que hablen despacio y claro a su hijo, abandonando los patrones de persistencia de lenguaje infantil.¹⁴

¹²Ribes A. et al. Técnicos de Educación Infantil de la Comunidad de Extremadura. TemarioEspecifico. vol. II, 2 ed.España: Mad; 2006.

¹³ Soto R. Didáctica del lenguaje de los estudios sociales para alumnos con necesidades especiales. 1 ed. Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia San José; 2004

¹⁴Buj M. Psicopatología Infantil. 1 ed. Barcelona: Horsori; 2007.

7.3.2 Dislalia audiógena

Es un trastorno de articulación de los fonemas producida por un déficit auditivo.

-Etiología: Por hipoacusia, sordera postlocutiva, sordera psicógena, sordera de percepción, recepción y conducción asociada a alteraciones de la voz y el ritmo.

7.3.3 Dislalia orgánica

Es un trastorno de articulación de los fonemas por alteraciones de los órganos periféricos del habla y de origen no neurológico central.

7.3.3.1 Tipos y etiologías de las dislalias orgánicas

- Labiales: Debidas a una alteración de la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios. Etiología (fisura labio alveolo palatina unilateral, bilateral o medio, parálisis facial, frenillo labial superior hipertrófico, macrostomia). Figura. 3.



Fig.3 paciente con macrostomia. Fuente directa.

- Linguales: Alteraciones en la articulación de los fonemas por un trastorno orgánico de la lengua. Etiología (parálisis, glosectomía, quemaduras de la lengua, macroglosia, microglosia, frenillo lingual corto). Figura. 4.

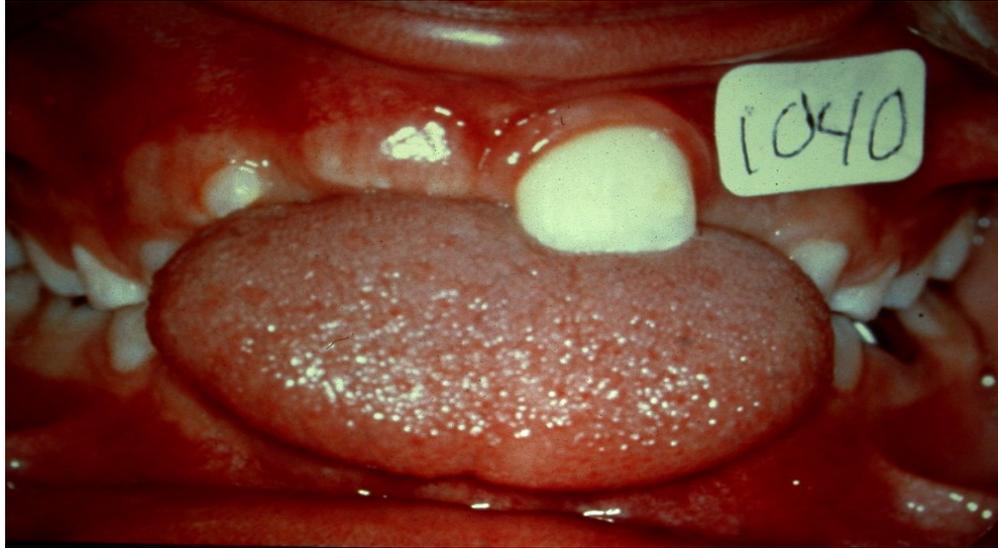


Fig. 4. Paciente con glosectomía. Fuente directa.

- Mandibulares: Alteraciones de los maxilares causadas por deformaciones uno o ambos maxilares. Etiología (malformaciones osteomusculares del aparato bucofonador, reducción de ATM, traumatismos, enfermedades congénitas).
- Palatinas: Alteraciones orgánicas del paladar ósea o del velo de paladar. Etiología (fisura palatina, malformaciones congénitas en la cual las dos mitades del paladar no se unen en la línea media y bóveda velopalatina).¹⁵

¹⁵Galligó M. Galligó T. Requena E. Saumell E. Torres J. El aprendizaje y sus trastornos: Consideraciones Psicológicas y Pedagógicas. 1 ed. Barcelona: Ceac; 2003.

7.3.4 Dislalia funcional

Es un trastorno funcional de los órganos periféricos del habla, permanente (incluso en repetición de fonemas aislados) en la emisión de un fonema o fonemas sin que existan defectos anatómicos, neurolingüísticos, parálisis, etc. que lo puedan justificar en un niño de más de cuatro años.

Los errores dislálicos más frecuentes pueden ser sustitución, adiciones, omisiones de fonemas, distorsiones de palabras, hablaciones (el niño dice el final de la palabra). Cuando las alteraciones incluyen gran número de fonemas consonánticos o vocálicos, a veces la producción verbal resulta intangible y esta situación la definimos como “dislalias múltiples”.*

7.3.4.1 Dislalia funcional etiología

Falta de control en la psicomotricidad fina, déficit en la discriminación auditiva, errores perceptivos e imposibilidad de imitación de movimientos, estimulación lingüística deficitaria, de tipo psicológico (traumas, sobreprotección etc.) déficit de atención.¹⁶

8. Diagnóstico Odontológico

Teniendo en cuenta la clasificación inicial, pueden interesar los diferentes órganos articulatorios, siendo la toma dependiente de cada zona específica.

La dislalia labial puede verse en los casos de parálisis facial y fisura labio alveolo palatina.

*Ibid. Buj M. Psicopatología Infantil. 1 ed. Barcelona: Horsori; 2007.

¹⁶ Fernández A. Así se habla. Nociones fundamentales de fonética general y española. 1 ed. Barcelona: Horsori; 2005

La parálisis facial unilateral de los músculos de la cara produce en el paciente una dificultad subjetiva para articular las sílabas que contienen las consonantes labiales. La mayoría son de origen periférico, y pueden curar ya sea espontáneamente o mediante tratamiento médico. Cuando esto no ocurre, el trastorno articulatorio suele alcanzar una efectiva y espontánea compensación funcional por acción de los músculos vecinos homo o contralaterales. Solamente en contados casos el timbre vocal queda algo deformado y habrá que recurrir a la atención logofoniatría, practicándose iguales técnicas que en el labio fisurado.

La fisura labio alveolo palatina, como malformación congénita, se caracteriza por una fisura uni o bilateral que divide el labio superior en 2 y en algunos casos en 3 partes asimétricas. Esto interesa todos los tejidos que constituyen el labio superior, siendo interrumpido el anillo muscular, que como esfínter limita y regula la abertura bucal y constituye el músculo orbicular de los labios. Se comprende así que todos los movimientos a este nivel resultan deformados especialmente para la articulación correcta de los fonemas bilabiales. Figura. 5.



Fig. 5. Paciente con labio y paladar hendido. Fuente directa.

Las dislalias de origen dental y maxilofacial, están en igual grupo, porque la conducta a seguir es muy parecida. Las malformaciones de las

arcadas alveolares o del paladar óseo y las maloclusiones dentales, traducen trastornos del habla.

Su interferencia sobre el mecanismo de la palabra es mucho más evidente en la infancia. Si la normal articulación fonética se encuentra ya bien automatizada, cuando aparece la patología odontomaxilar, las alteraciones del habla serán menores o transitorias, pero de cualquier manera desaparecerán solamente con la intervención del Ortodoncista, del Cirujano Maxilofacial y el Odontopediatra.

En el adulto, la pérdida de órganos dentales, la mala oclusión de las arcadas dentales por fractura o luxación de una o ambas articulaciones temporomandibulares, influyen poco en los fonemas; la lengua, los labios, los arcos alveolares, los carrillos, etcétera compensan o pueden sustituir bastante la zona dentoalveolar. Figura. 6.



Fig. 6. Paciente con pérdida prematura de órganos dentales 71, 72,82. Fuente directa

En el niño las condiciones anatómicas anteriormente mencionadas, determinan en forma refleja y secundaria una imperfecta posición o movilidad

de la lengua, y es precisamente ésta la que al final empeora la articulación de la palabra y hasta puede agravar la dismorfia maxilodental.

En los niños más pequeños, la patología odontomaxilar puede modificar también la función deglutoria de la lengua (deglución atípica), alterando a su vez la función articulatoria; lo mismo sucede con la incidencia de hábitos deformantes.

Dentro de las dislalias de origen lingual es pertinente mencionar al frenillo sublingual, pues se le atribuye, aun entre personas cultas, ser el responsable de las dislalias más variadas, así como también otras afecciones del habla como la tartamudez y la disartría; se ha demostrado que pocas veces el frenillo es tan corto como para dificultar la articulación, y cuando sucede sólo están comprometidos los fonemas /r/ y /l/ (Trabajo de Terminación de Residencia. Regal, 1984). Figura. 7

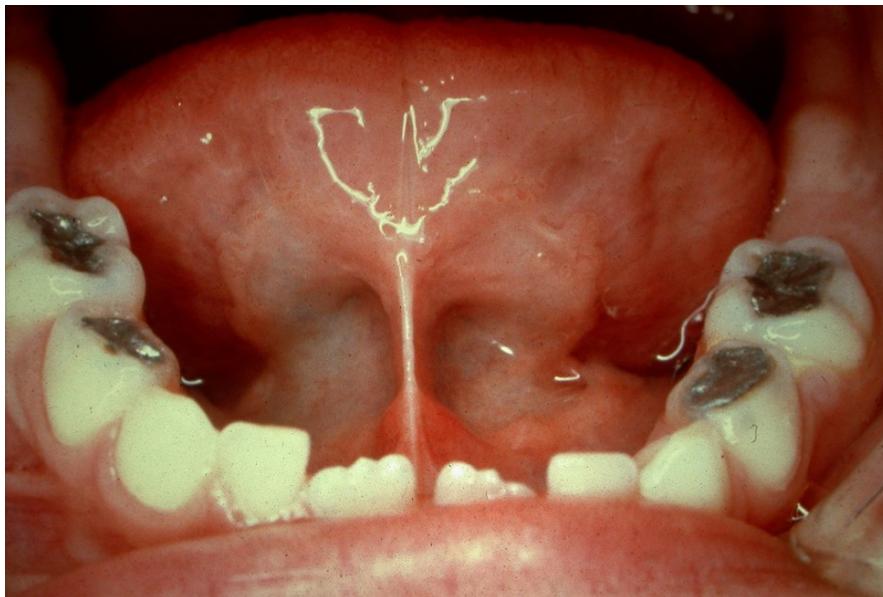


Fig. 7. Paciente con frenillo lingual corto. Fuente directa.

Las dislalias nasales y palatales, se incluyen en el mismo grupo pues sus patologías se caracterizan por modificar la resonancia de los fonemas, por aumento (rinolalia abierta), o una disminución (rinolalia cerrada). En los casos más leves no se trata en realidad de dislalias, porque no está afectada la articulación, sino sólo en los casos más acentuados hay verdadera dislalia (fisura palatina); en la rinolalia cerrada, las causas fundamentales son por obstrucción de la cavidad nasofaríngea (pólipos, vegetaciones adenoideas, tumores, etcétera), mejorando en la mayoría de las veces con el tratamiento quirúrgico correspondiente.

En las dislalias funcionales, el defecto articulatorio no depende de una alteración anatómica de los órganos que intervienen en este proceso.

Su etiología puede ser variada y Segre señala dentro de éstas, los retardos en el desarrollo del lenguaje secundario a retraso mental y déficit auditivo específicamente; la disfunción puede afectar uno o más sonidos independientemente de la zona de articulación, pudiendo las consonantes ser deformadas, omitidas, sustituidas y en ocasiones aparecer de manera alternante sobre todo en los casos de retraso mental.

En el déficit auditivo la secuela más notable es el defecto de la palabra. Cuando aparece en la primera infancia, no permite un desarrollo espontáneo del habla.

Shlorhauser, puntualiza que en estos casos los movimientos articulatorios transcurren en forma más tosca y llamativa, que en los niños de audición normal.

Perelló, señala que hay tendencia a articular mejor las vocales, lo que coincide con otros autores, con respecto a las consonantes las fricativas son las más afectadas.¹⁷

8.1. Diagnóstico lingüístico

Las dislalias pueden darse por distintos tipos de errores.

- **Sustitución:** Cuando el niño/a articula un fonema en lugar de otro que le es difícil pronunciar o puede ser también que se dé un error en la percepción auditiva y no discrimine entre los dos fonemas. Dicha sustitución se puede dar en cualquier posición dentro de la palabra. Las sustituciones más frecuentes son: /l/, /d/, /g/ y /r/ en lugar de /rr/; /t/ por /k/; sinfón (grupo consonántico formado por una oclusiva o F más una líquida) con /r/ por /f/ y /d/ por /l/. Por ejemplo: “deche” en lugar de “leche”.
- **Distorsión:** Se produce cuando el niño/a emite un sonido de forma distorsionada e incorrecta. Suele deberse a una posición incorrecta de los órganos articulatorios, a una falta de control del soplo, a la falta de vibración de las cuerdas vocales, etc.
- **Omisión:** Se da cuando el niño/a no articula los fonemas que no domina, por lo que los omite en sus emisiones. Por ejemplo: “cuato” en lugar de “cuarto”.
- **Inserción:** Se produce cuando el niño/a añade un fonema para articular otro más difícil. Por ejemplo: “palato” en lugar de “plato”.¹⁸

¹⁷ Jiménez A. Acosta B. Soto L. Fernández L. Alteraciones del habla en niños con anomalías dentomaxilofaciales. Rev. Cubana Ortod [Seriada en línea] 1995 [Citado 1997 Oct 24]; 13 (1): 29-36.

¹⁸ Artigas J. et al. El niño incomprendido. 1 ed. Barcelona: Amat; 2009.

8.1.1 Evaluación de la articulación

- Lenguaje espontáneo: Para detectar distintos tipos de errores y el lugar en el que se da dentro de la palabra. Para ello mantendremos una conversación con el niño/a sobre temas que le interesen, creando un ambiente lo más agradable posible. Aquí son de ayuda material como los muñecos de guiñol, láminas, cuentos, etc. Conviene ir anotando los fonemas que articule mal en una hoja de evaluación.
 - Intraverbales: La evaluación se realiza a través del lenguaje dirigido con preguntas cuyas respuestas impliquen la articulación del o de los fonemas que se quieran evaluar. Por ejemplo: /p/ /t/ para entrar en el coche hay que abrir la...
 - Tactos: Aquí evaluamos la articulación utilizando el lenguaje dirigido con referencia visual. Si puede ser con el objeto real, mejor y si no se puede pues utilizaremos fotos, dibujos, etc.
 - Imitación provocada: Se trata de evaluar a través del lenguaje repetido. Se pueden usar las palabras de la hoja de evaluación y formar con ellas frases sencillas y adecuadas a la edad de cada niño. Se utilizarán las palabras anotadas como incorrectas para confirmar, así, las dislalias y se anotarán los errores en la hoja de evaluación.

A partir de aquí ya se pueden diagnosticar las dislalias y los tipos de errores.

8.1.2 Evaluación de las bases funcionales de la articulación

- Discriminación auditiva: Se evalúa con la identificación de ruidos y sonidos conocidos por el niño/a en los que tendrá que señalar o nombrar la fuente sonora hasta llegar a la discriminación auditiva de fonemas parecidos. Es mejor que las respuestas sean motoras. Por

ejemplo, si se evalúa la discriminación entre /l/ y /r/, podemos pedir al niño/a que al oír una palabra que lleve /l/ levante el brazo y dé una palmada si oye /r/. Podemos utilizar las “listas fonéticas de quilis”.

Por ejemplo: p/b b/m d/t par bar alba alma domar tomar peso beso besa mesa seda seta.

Se evalúa la habilidad motora de lengua, labios y paladar blando según la dislalia concreta. En la evaluación general se valoran las siguientes habilidades motoras:

- De los labios: La capacidad de presión, la capacidad de movimientos lentos, la capacidad de proyección de labios y de sonreír. Figura. 8, 9, 10.



Fig. 8 paciente con proyección de labio limitado. Fig. 9. capacidad de presión



Fig. 10 sonreír Fuente directa.

- De la lengua: La capacidad de movimientos lentos laterales, la capacidad de movimientos lentos verticales, la capacidad de tensión/relajación, la capacidad de doblado, la capacidad de colocación en puntos concretos, la capacidad de movimientos rápidos y de vibración. Figura. 11 y 12.



Fig. 11 Capacidad de movimientos laterales Fig. 12. Capacidad de doblado. Fuente directa.

- Del paladar blando: La capacidad de movimiento. Todo ello se anota en la hoja de evaluación.
- Soplo: Evalúa el soplo en los casos de articulación poco intensa y en dislalías de fonemas explosivos y vibrantes. Lo más importante es conocer la cantidad, control e intensidad del soplo.
- Cantidad: Para evaluar la cantidad de soplo se le pide al niño/a que sople una vela colocándola a una distancia en la que se exija una determinada potencia para apagarla. Figura. 13 y 14.



Fig. 13 y 14 ejercicio de cantidad soplando una vela. Fuente directa.

- Control: Se usa una pajita para soplar la llama de una vela. Cuanto menor sea la distancia se necesitará más control para no apagarla.
- Dirección: Soplar bolitas de papel marcando un trayecto. Figura. 15.



Fig.15 ejercicio de dirección. Fuente directa.

- Respiración: Se evaluará la respiración si la capacidad de soplo esta disminuida o si existiese un deficiente control del misma. Debemos conocer la capacidad y el tipo de respiración. Para conocer la capacidad de respiración se usan los espirómetros (aparato para medir la capacidad respiratoria del pulmón). En ausencia de un espirómetro se observa el aumento de volumen del tórax, abdomen o de los dos tomando como modelo otro niño/a o a nosotros/as

mismos/as. Para comprobar el tipo de respiración podemos colocar una mano en el pecho y otra en el vientre del niño/a.¹⁹

8.1.3 Clasificación de los fonemas y emisión

Los fonemas se clasifican de acuerdo con el punto de articulación, modo de articulación, sonoridad y resonancia.

Cada fonema se emite teniendo en cuenta el punto articulatorio, el modo articulatorio, la sonoridad y la resonancia.

El punto es el movimiento coordinado y preciso de los órganos como los labios, dientes, lengua, mejilla, alveolos, velo del paladar y paladar duro, al producir un fonema.

El modo es la referencia a la salida del aire, es decir, si es de forma oclusiva bilabial, si sale lentamente como si rozara, si hace que vibre la lengua o los labios, entre otros.

La sonoridad tiene que ver con la vibración o no de las cuerdas vocales, para darse cuenta de ello se puede colocar la mano en la garganta. Por ejemplo: Se le pide al niño que emita el sonido del fonema /s/ en donde no vibra y el sonido del fonema /m/ en donde si vibra. Figura. 16.

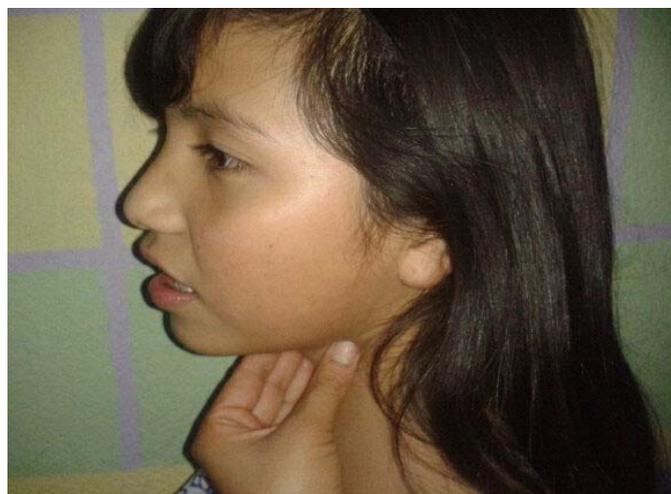


Fig. 16. colocación de mano sobre garganta. Fuente directa.

¹⁹ Peña J. Manual de Logopedia. 3 ed. Barcelona: Masson; 2001.

Y la resonancia es la vía por donde sale el sonido emitido ya sea por la nariz o la boca, es importante anotar que los únicos fonemas que emiten sonidos por la nariz son la m, n, y la ñ.

La emisión de cada fonema es importante para conocer la fisiología de cada uno y como puede influir a nivel estomatognático la producción de estos. Figura.17.

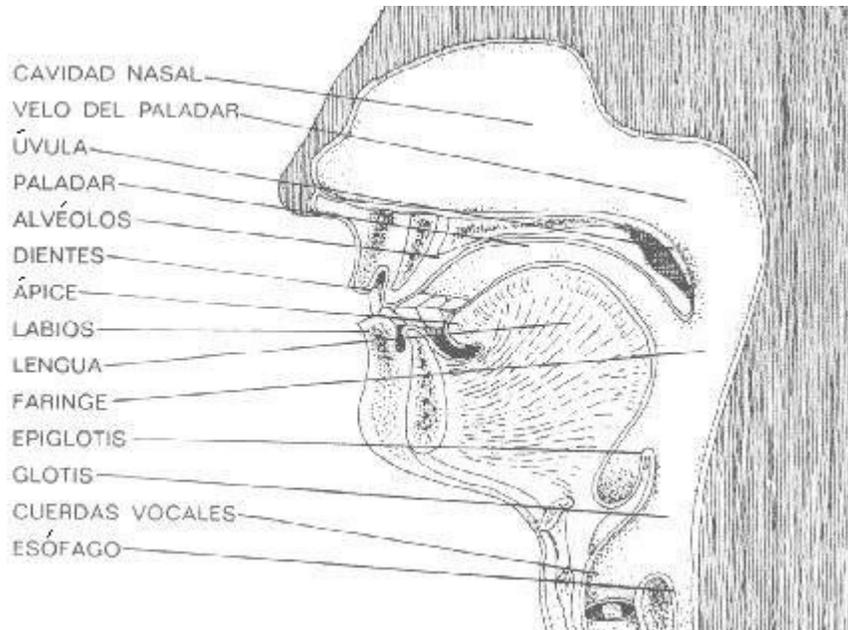


Fig.17 Esquema estomatognático de emisión de fonemas.

/p/: Se unen ambos labios con algo de tensión muscular, las arcadas dentarias levemente se separan, la lengua está en reposo (en el piso de la boca), el velo del paladar elevado para que el aire no se vaya a escapar por las fosas nasales y se produzcan presión intraoral, la cual es producto de la salida del aire, que va a separar de forma brusca los labios.

/b/: Labios juntos con tensión muscular normal, lengua en el piso de la boca, velo del paladar elevado para que el aire no se escape por las fosas nasales y salga el aire en forma explosiva.

/f/: Los dientes superiores se colocan sobre el labio inferior sin presionarlo, la lengua permanece en el piso de la boca y se espira el aire, el

cual se va a salir de forma continua entre los incisivos superiores y el labio inferior.

/t/: Labios separados, velo del paladar elevado y el ápice de la lengua se apoya con firmeza en la cara interna de los dientes superiores, mientras el aire aspirado recorre el centro de la cavidad bucal con fuerza y velocidad necesaria para separar la lengua de los dientes superiores produciendo una salida explosiva.

/l/: Arcadas dentarias separadas, punta de la lengua en los alveolos superiores, el velo del paladar se mantiene elevado para que el aire espirado no salga por las fosas nasales y al salir dicho aire se produce el sonido. Algunas veces se puede indicar un deslizamiento suave de la punta de la lengua por el paladar duro de atrás hacia adelante.

/n/: Arcadas dentarias separadas, labios semiseparados, la lengua plana se eleva apoyando los bordes en los alveolos de la arcada dentaria superior y el velo del paladar desciende permitiendo que el aire salga por la nariz.

Es importante mencionar que esta es una las letras que sufre variaciones en el punto de apoyo dependiendo si se encuentra antes de otra consonante de producción velar como la k, c, q, g, ó j, aquí la punta de la lengua desciende mientras se eleva al alveolo, formando la oclusión con el paladar.

/ɲ/: Arcadas dentarias separadas, la punta de la lengua queda detrás de los incisivos superiores, la parte media ensanchada se eleva y se apoya en el paladar duro, mientras que el velo desciende para que el aire se dirija hacia las fosas nasales.

/r/: Arcadas dentarias separadas, la punta de la lengua ancha se apoya en la zona alveolar superior formando una oclusión total, mientras el aire espirado se acumula entre el paladar y la lengua, vence la resistencia de la punta de la lengua y la separa instantáneamente del paladar, haciéndola vibrar una vez y luego la lengua desciende.

/rr/: Arcadas dentarias separadas. Labios separados en extensión lateral, la lengua ancha se apoya con cierta fuerza en la zona alveolar superior formando una oclusión total y los borde se adosan a la cara interna de los molares superiores, mientras el aire debe salir por el centro de la cavidad bucal con fuerza suficiente para vencer la resistencia de la punta de la lengua que tiende a permanecer apoyada en la zona alveolar, separándola breve y repetidamente durante la espiración.

/ch/: Arcadas dentarias entre separadas, labios en forma de sonrisa. La punta de la lengua ancha se apoya suavemente en los alveolos de los incisivos inferiores, el dorso de la lengua se apoye en el paladar duro y los borde laterales tocan la cara interna de lo molares superiores produciendo así una oclusión total, la base de la lengua permanece baja y el paladar elevado para que el aire salga por la cavidad bucal.

/k/: Boca abierta, lengua en el piso de la boca ensanchada, la punta se apoya levemente en los alveolos inferiores y la base se eleva hasta tocar el paladar blando formando una oclusión completa y el aire espirado sale con fuerza suficiente como para despegar la base de la lengua del paladar, produciendo el sonido gutural explosivo parecido a un ligero golpe.

/j/: Boca abierta, lengua en reposo y el aire espirado sale en forma continua desde la zona posterior de la boca.

/y/: Arcadas dentarias separadas, la punta de la lengua se apoya en la cara interna de los incisivos inferiores, la parte media se eleva y se apoya en el paladar y el aire sale por los bordes laterales de la lengua.

/g/: Arcadas dentarias separadas, labios separados y flojos, la lengua se echa hacia atrás quedando la base en contacto con el velo del paladar, formando así una oclusión incompleta en la parte central y al momento de salir el aire se produce el sonido característico de este fonema.

/d/: Arcadas dentarias semiseparadas; labios entreabiertos, dejando ver los incisivos superiores e inferiores, la lengua plana se coloca en el borde de los incisivos superiores o entre los incisivos superiores e inferiores

sobresaliendo medio centímetro aproximadamente y el velo del paladar permanece elevado para permitir la salida bucal del aire.

/s/: Arcadas dentarias semiseparadas, labios en forma de sonrisa, lengua en el piso de la boca apoyándose la punta en los alveolos inferiores centrales, al espirar el aire debe ser de forma suave y con poca fuerza.

/m/: Arcadas dentarias levemente separadas, labios juntos en oclusión completa, y con tono muscular normal, la lengua en posición de reposo en el piso de la boca, mientras que el velo del paladar desciende para que el aire salga por las fosas nasales.

Es de importancia recordar que los fonemas antes descritos son aquellos que existen a nivel fonéticos, por ello que no se encontrará el grafema “z”, ya que su sonido es igual al /s/, en nuestra lengua materna (no es igual para los españoles). La “z” es una letra que depende de normas ortográficas más no fonéticas ni fonológicas.²⁰

9. Tratamiento

La intervención hace referencia al conjunto de estrategias, procedimientos y técnicas que se ponen en juego para lograr una serie de objetivos sobre el proceso de desarrollo lingüístico. La intervención en las dislalias puede ser indirecta y directa.

- **Intervención indirecta:** Se orienta hacia las bases funcionales de la articulación, audición, habilidades motoras de los órganos articulatorios y respiración.
- **Intervención directa:** Intenta la articulación del fonema-problema y su generalización en el lenguaje espontáneo a través de actividades articulatorias.

²⁰Puyuelo M. et al. Casos clínicos en Logopedia 1. 1 ed. Barcelona: Madsson; 2007.

Ejercicios de respiración

- Inspirar lentamente por la nariz, retener el aire unos segundos y expulsar el aire por la nariz de manera cortada en tres o más veces.
 - Inspirar lentamente por la nariz, retener el aire unos segundos y expulsar lentamente por la boca.
 - Inspirar rápidamente por la nariz dilatando las alas, retener el aire durante unos segundos y expulsar lentamente por la nariz.
 - Inspirar rápidamente por la nariz dilatando las alas, retener el aire unos segundos y expulsar por la nariz de forma rápida.
 - Inspirar lentamente por la nariz, retener unos segundos y expulsar el aire por la boca.
 - Inspirar lentamente por la nariz tapando la fosa nasal izquierda, retener el aire unos segundos y expulsar el aire por la fosa nasal izquierda. Figura. 17.
 - Inspirar lentamente por la nariz tapando la fosa nasal derecha, retener el aire unos segundos y expulsar por la fosa nasal derecha, la mano sobre el pecho y expulsar el aire por la boca lentamente vaciando los pulmones de aire. Figura. 18.



Fig. 17 Ala izquierda ejercicio

Fig.18 Ala Derecha ejercicio. Fuente directa.

- Colocar al niño/a de pie apoyado en la pared y que inspire lentamente el aire, llenar a tope los pulmones, colocando una mano

en el tórax y la otra en el abdomen y observar cómo se hincha y, a continuación, expulsar el aire lentamente por la boca. Tendremos que hacer una demostración antes al niño/a de respiración abdominal. Figura. 19.



Fig. 19. Fuente directa

Todos estos ejercicios se repetirán tres veces.

Ejercicios de soplo:

- Inspirar el aire por la nariz y soplar por una pajita o tubo. Figura.20



Fig. 20 ejercicios de pajita. Fuente directa.

- Inspirar aire por la nariz y soplar hasta hacer burbujas.

- Soplar por la pajita, colocándola a la derecha y luego a la izquierda de la boca.
- Soplar sin inflar las mejillas.
- Soplar inflando las mejillas. Inflar globos. Soplar un molinillo haciéndolo girar rápidamente. Figura. 21.



Fig. 21 Ejercicio de inflar globos. Fuente directa.

- Soplar sobre la mano, flojo y fuerte.
- Soplar el flequillo. Figura. 22



Fig.22 soplar flequillo. Fuente directa.

- Montar el labio superior sobre el labio inferior y soplar hacia abajo.

- Inspirar aire por la nariz y apagar una vela. Repetir el ejercicio alejándose de la vela gradualmente.
- Apagar de un soplo velas.
- Soplar suavemente velas sin apagarlas y observar cómo se mueve la llama.

Ejercicios linguo-labiales:

- Sonreír sin abrir la boca.
- Reír.
- Separar y juntar los labios.
- Apoyar la punta de la lengua en los alvéolos superiores y en los inferiores. Figura.23



Fig. 23. Lengua en los alveolos superiores. Fuente directa.

- Morder el labio inferior con los dientes superiores.
- Morder el labio superior con los dientes inferiores. Figura.24



Fig.24 Fuente directa.

- Doblar la lengua hacia arriba dentro de la boca.
- Doblar la lengua hacia abajo dentro de la boca.
- Sacar la lengua lo más posible. Figura. 25

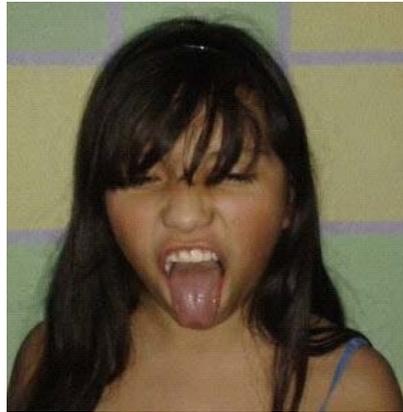


Fig. 25 Sacar lengua. Fuente directa

- Meter la lengua en la boca y cerrarla.
- Colocar la lengua en posición de rr e imitar el sonido de la moto.
- Abrir la boca al máximo.
- Cerrar la boca solo un poco.
- Sacar la lengua hacia arriba y hacia abajo.
- Sacar la lengua hacia derecha y hacia izquierda.
- Sacar la punta de la lengua un poco, meterla y cerrar la boca

Cada ejercicio que se realice se repetirá varias veces.

Ejercicios del velo del paladar:

- Bostezar.
- Toser.
- Hacer gárgaras.

Ejercicios de discriminación auditiva:

- Localizar la fuente sonora: Con los ojos cerrados el niño/a debe señalar de donde viene el sonido o ruido producido. Se puede usar la voz, instrumentos musicales, palmadas, etc.

- Reconocer ruidos y sonidos: El niño/a tiene que identificar el sonido que oiga con la foto correspondiente. Imitar sonidos y ruidos.
- Reconocer cualidades sonoras: Con un tambor dar golpes fuertes y suaves, cuando sea fuerte el niño/a deberá dar una palmada, cuando sea suave tendrá que levantar la mano, con una flauta tocar sonidos largos y cortos, cuando sean largos el niño/a pintará rayas largas y cuando sean cortos rayas cortas, etc.
- Discriminar palabras monosílabas.
- Discriminar consonantes que se opongan por el rasgo sonoro-sordo.

Discriminar vocales iniciales, etc.

INTERVENCIÓN DIRECTA.

Se realizarán actividades articulatorias, con el fonema/s que el niño/a no emita adecuadamente.

Ejercicios de respiración: Inspirar por la nariz lenta y profundamente. Retener el aire unos segundos y expulsar el aire por la boca de manera lenta con los labios casi juntos.

Ejercicios de soplo: Tomar aire por la nariz y soplar una vela sin apagarla haciendo que se mueva la llama ligeramente. Ir acercando la vela poco a poco y disminuir la intensidad del soplo para que no se apague. Tomar aire por la nariz y soplar una pelota de ping-pong desplazándola lentamente.

Praxias:

- Abrir y cerrar la boca.
- Estirar y encoger los labios.
- Morderse los labios.
- Enseñar y esconder los labios.

Ejercicios de articulación del fonema aislado:

- Emitir el fonema /a/ de forma continua cerrando los labios lentamente hasta llegar a la posición correcta.

- Emitir el fonema /m/ continuamente hasta conseguir emitir /b/. Sostener el labio inferior del niño/a evitando que los cierre y emitir el fonema.
- Emitir el fonema de manera continua.

Ejercicios de repetición de sílabas con el fonema /b/:

Emitir el fonema de forma alargada añadiendo vocales. Repetir sílabas sin prolongar el fonema.

Ejercicios de repetición de palabras:

En posición inicial (bata, boca...) y media (jabón, labio...)

Ejercicios de repetición de frases:

- En posición inicial: Ejemplo, mi hermana bebe agua de botella.
- En posición media: Ejemplo, ayer me monté en un caballo.

Repetición de versos, adivinanzas, trabalenguas. ²¹

9.1. Tratamiento con aparatología

Entre los dispositivos ortodónticos para la terapia miofuncional de pacientes con dislalia tenemos:

Los restrictores que poseen como único objetivo el evitar, a través de “obstáculos”, que la función incorrecta continúe y alteren la oclusión, los cuales son rejillas lingual removible .Figura. 26.

²¹ Rodríguez E. Alumnos con dislalia: evaluación e intervención. Rev digital reflexiones y experiencias innovadoras en el aula [Seriada en línea] 2001 [Citado 2010 Oct 15]; 25(1). Disponible en: http://www.didacta21.com/documentos/revista/Octubre10_Rodriguez_Cuello_Elisabeth.pdf



Fig. 26 trampa lingual removible.

Los estimuladores, que están destinados a la resolución terapéutica del hábito: Perla de Tucat en un retenedor tipo Hawley, Pantalla vestibular y Bluegrass. Figura. 27 y 28.²²



Fig. 27 Perla de Tucat



Fig. 28 Bluegras

²² Carmen T. et. al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Seriada en línea] 2003 [Citado 2010].

10. Pronóstico

Esto dependerá de:

- Un diagnóstico que permita al reeducador atacar los puntos precisos para la solución del problema.
- La atención del problema a tiempo, para evitar la formación de un sistema fonológico vicioso.
- El sujeto que se molesta por su defecto y por lo tanto, lo distingue podrá cooperar mejoren el tratamiento que aquel que no es capaz de percibir sus errores.
- El nivel general del lenguaje del sujeto puede servir de base a su sistema fonológico; por lo tanto no se podrán mantener las adquisiciones en la articulación donde no haya un lenguaje suficientemente estructurado.

De los puntos anteriormente expuestos, se puede concluir que el pronóstico está condicionado al "trastorno" del cual la Dislalia es un síntoma.²³

²³ Barros A, Flores F. Dislalia ¿Problemas de lenguaje o problemas de habla?. Rev.Chil. Pediatr. [Seriada en Línea] 2001 [Citado 1974 Dic];45 (6).

CONCLUSIONES

Debe existir una relación entre el Odontopediatra y Logopeda para obtener mejores resultados en el manejo de los pacientes con dislalias y con dificultades para el habla. Esto desencadenará mejorías tanto a nivel físico (craneofacial) y psicológicas (conducta del niño).

El Odontopediatra deberá conocer la importancia de un diagnóstico acertado que pueda llevar a remitir al paciente con un especialista, teniendo en cuenta un enfoque multidisciplinario. Y así poder conocer y aplicar terapias enfocadas a la corrección de dislalias menores, prevenir y corregir problemas de manera temprana.

Entendiendo lo anterior el Odontopediatra también debe estar capacitado para dirigir a los pacientes en un manejo tanto de su aparatología como de ejercicios a nivel muscular, para tener una mejor adaptación tanto físico, como psicosocial, comprendiendo que esto en un niño mejorará su calidad de vida a futuro. Además esto lo capacita para saber remitir en el momento correcto con el Logopeda.

Es importante mantenerse actualizado para obtener más conocimientos del tema y así poder reconocer hasta dónde puede llegar nuestro campo de trabajo y los bienestar que le podemos dar a un paciente y así como las satisfacciones de uno mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. López A. Gallardo B. Conocimiento y lenguaje. 1ed. Valencia: Puv; 2005.
2. Miller K. Communication Theories: Perspectives, processes and contexts; 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
3. Jakobson R. Ensayos de lingüística general. 1 ed. Barcelona: Planeta; 1985.
4. Mendoza A. Briz E. Didáctica de la lengua y la literatura para primaria. 2 ed. Madrid: Prentice Hall; 2006.
5. Castañeda F. El lenguaje verbal del niño. Lima: Fondo Editorial de la UNMSM; 1999.
6. Narbona J. Chevrie-Muller C. El Lenguaje del Niño: Desarrollo Normal, Evaluación y Trastornos. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003.
7. Love R. Webb W. Adler R. Neurología para el Logopeda. 5 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010
8. Jódar M. et al. Trastornos de lenguaje y la memoria. 1 ed. Barcelona: UOC; 2005.
9. Medina R. et al. La educación personalizada en la familia. 3 ed. Madrid: Rialp; 2009.
10. Perello J. Trastornos del habla. 5 ed. Barcelona: Masson; 2005.
11. Martínez H. Mora E. Prato R. Influencia de los aparatos dentales ortodónticos en la producción y percepción del habla: estudio de cinco casos. Rev CEFAC [Seriada en línea] 2001 [Citado 2006 Dec 09]; 8 (4)
12. Ribes A. et al. Técnicos de Educación Infantil de la Comunidad de Extremadura. Temario Especifico. Vol. II, 2 ed. España: Mad; 2006.
13. Soto R. Didáctica del lenguaje de los estudios sociales para alumnos con necesidades especiales. 1 ed. Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia San José; 2004
14. Buj M. Psicopatología Infantil. 1 ed. Barcelona: Horsori; 2007.

15. Galligó M. Galligó T. Requena E. Saumell E. Torres J. El aprendizaje y sus trastornos: Consideraciones Psicológicas y Pedagógicas. 1 ed. Barcelona: Ceac; 2003.
16. Fernández A. Así se habla. Nociones fundamentales de fonética general y española. 1 ed. Barcelona: Horsori; 2005
17. Jiménez A. Acosta B. Soto L. Fernández L. Alteraciones del habla en niños con anomalías dentomaxilofaciales. Rev. Cubana Ortod [Seriada en línea] 1995 [Citado 1997 Oct 24]; 13 (1): 29-36.
18. Artigas J. et al. El niño incomprendido. 1 ed. Barcelona: Amat; 2009.
19. Peña J. Manual de Logopedia. 3 ed. Barcelona: Masson; 2001.
20. Puyuelo M. et al. Casos clínicos en Logopedia 1. 1 ed. Barcelona: Madsson; 2007.
21. Rodríguez E. Alumnos con dislalia: evaluación e intervención. Rev digital reflexiones y experiencias innovadoras en el aula [Seriada en línea] 2001 [Citado 2010 Oct 15]; 25(1). Disponible en: http://www.didacta21.com/documentos/revista/Octubre10_Rodriguez_Cuello_Elisabeth.pdf
22. Carmen T. et. al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Seriada en línea] 2003 [Citado 2010].
23. Barros A, Flores F. Dislalia ¿Problemas de lenguaje o problemas de habla?. Rev. Chil. Pediatr. [Seriada en Línea] 2001 [Citado 1974 Dic];45 (6).