

01421
41



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ALTERACIONES DEL HABLA ASOCIADAS A
PROBLEMAS BUCODENTALES EN NIÑOS DE EDAD
PREESCOLAR.**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

ERIKA IRMA BONIFACIO LÓPEZ

DIRECTORA: C.D. BLANCA SUSANA OBREGÓN CASTELLANOS.

ASESORA: PSIC. SILVIA AMANTE RIVERA



MÉXICO D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MAYO DE 2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

La libertad es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos. Con ella no pueden igualarse tesoros que encierran la tierra, ni el mar encubre. Por la libertad, así como la honra se puede y debe alentar la vida.

Miguel de Cervantes

GRACIAS MAMÁ:

Por enseñarme a luchar día a día para alcanzar las metas que me he propuesto, por ser paciente y un ejemplo para no sucumbir ante los embates de la vida. GRACIAS por ser mi madre.

A MIS HERMANOS

Francisco, Claudia Áaron y Carlos por la paciencia y amor que me han demostrado a lo largo de mi existencia.

A MIS SOBRINOS

Humberto y Abraham por el amor que me dan todos los días.

A MIS AMIGOS Y HERMANOS

Raquel, Paola, Lupita, Carlos, Juan Carlos, Carlos A., Gabriela, Liliانا, Mayeli, Ramón, Margarita, Mauricio, Rocío, Mirna, Sandra, Lalo, Artemisa, José, Enrique, Doña Lupita, Don Víctor, Don Gonzalo, a todos los trabajadores que siempre nos demostraron su cariño. *Gracias* por estar en el momento preciso, por el amor y por la amistad.

A MIS PROFESORES

Por compartir conmigo sus conocimientos y ser parte de mi formación dentro de la Máxima Casa de estudios.

A LA C.D BLANCA SUSANA OBREGÓN

Por el apoyo brindado en la realización de este trabajo.

A LA MÁXIMA CASA DE ESTUDIOS

GRACIAS, por abrirme tus brazos, por formarme en todos los sentidos – profesional, intelectual, humanística y socialmente.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPÍTULO 1

DEFINICIÓN DE LENGUAJE	2
------------------------------	---

CAPÍTULO 2

TEORÍAS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

2 Teorías del desarrollo del lenguaje.....	4
2.1 Teoría del desarrollo de Chomsky	4
2.2 Teoría del desarrollo de Bruner	5
2.3 Teoría del desarrollo de Piaget,	8
2.4 Teoría de Vygotsky	10
2.5 Teoría de Karmiloff	12

CAPÍTULO 3
CIRCUITO DEL HABLA

3 Circuito del habla	13
3.1 Hemicircuito periférico	14
3.1.1 Vía emisora	14
3.1.2 Vía receptor	21
3.2 Hemicircuito central	25
3.2.1 Vía receptora auditiva	25
3.3 Centros del lenguaje	26
3.4 Lenguaje ideacional	27
3.5 Mecanismos motores del lenguaje	27

CAPITULO 4
ALTERACIONES DEL LENGUAJE CAUSADOS POR PROBLEMAS
BUCODENTALES.

4 Alteraciones del lenguaje causados por problemas bucodentales	28
4.1 Dislalia	29
4.1.1 Disglosias	31
i. Alteraciones dentales --maloclusiones	31
ii. Hábitos perniciosos	33
iii. Secuelas de labio paladar hendido	35

IV. Anquiloglosia -----	38
V. Frenillo labial hipertófico -----	39
VI. Macroglosia -----	41
VII. Paladar ojival -----	42

CAPITULO 5

FONEMAS DEL CASTELLANO HABLADO EN MÉXICO

5 Fonemas del castellano hablado en México -----	43
5.1 Clasificación de los fonemas -----	44
5.2 Dislalias vocales -----	46
5.3 Dislalias en las consonantes -----	46

CAPITULO 6

6.1 Planteamiento del problema -----	54
6.2 Justificación -----	55
6.3 Hipótesis -----	56
6.4 Objetivos -----	56

CAPITULO 7
METODOLOGÍA

7.1	Material y métodos-----	57
7.2	Tipo de estudio-----	57
7.3	Población de estudio-----	57
7.4	Criterios de inclusión-----	58
7.5	Criterios de exclusión-----	58
7.6	Criterios de eliminación-----	58
7.7	Recursos humanos-----	58
7.7.1	Recursos materiales-----	59
7.7.2	Recursos físicos-----	59
7.7.3	Cronograma-----	60
7.8	Resultados-----	62
7.9	Conclusiones-----	76
7.9.1	Discusión-----	76
	BIBLIOGRAFÍA-----	77
	ANEXOS-----	80

INTRODUCCIÓN

El lenguaje es un mecanismo de la comunicación que permite al hombre interactuar mediante el proceso verbal, el cual es llevado a cabo por el aparato fonoarticulador, en el que intervienen órganos móviles (labios, lengua y paladar) encargados de la correcta emisión de los fonemas; órganos fijos, especialmente los dientes. También participan otros elementos u órganos fonéticos constituidos por el oído, faringe y laringe.

Para que los sonidos sean emitidos, se requiere que el circuito del habla sea adecuado, donde no solo intervienen los órganos antes mencionados, sino que, participan también, el oído para la captación de las vibraciones acústicas y el cerebro que actúa como receptor, formador de la memoria lingüística y transmisor nervioso para que las cuerdas vocales vibren.

La correcta emisión del lenguaje verbal (fonemas) puede verse afectado cuando los órganos articuladores están alterados.

El aparato bucofonatorio es afectado por anomalías de las estructuras que lo conforman (malposiciones dentales, frenillo labial hipertrófico, frenillo lingual corto, paladar profundo y labios hipo e hipertónicos), a dichas anomalías se les denomina disglosias, las cuales pertenecen al grupo de alteraciones lingüísticas denominadas dislalias orgánicas.

La inspección del aparato bucofonatorio es necesaria para poder emitir un juicio correcto respecto a la alteración fonética en niños no mayores de 5 años, donde se debe de tomar en cuenta que la maduración biológica y psicológica son factores esenciales para determinar el origen de la anomalía lingüística.

CAPÍTULO 1

DEFINICIÓN DE LENGUAJE

Es la capacidad de comunicación. Implica la posibilidad de operar en un plano superior mediante conceptos, abstracciones y generalizaciones; utiliza la memoria lógica, el razonamiento y el juicio; aplica la imaginación creativa y resuelve situaciones en un plano puramente abstracto; opera con símbolos (números, letras, códigos); descubre, deduce, inventa, especula, etc. Su desarrollo está ligado a la evolución neuropsicológica y su elaboración es progresiva, siguiendo procesos muy complejos que todavía no están totalmente dilucidados. Los mismos dependen del grado de maduración y de la fisiología del organismo por una parte, y del ambiente socio-cultural, por la otra.

El lenguaje es una conducta de comunicación simbólica sumamente diferenciada. Para adquirir un desarrollo normal necesita de un conjunto de órganos con suficiente capacidad para poder:

- Registrar información externa e interna.
- Procesar dicha información.
- Conservar este registro para poder volver a utilizar esta información en una futura situación idéntica.

CIRCUITO DEL HABLA.

Comunicar es transmitir e intercambiar mensajes entre individuos. Para que la comunicación se produzca es necesario, como mínimo, que haya dos personas en situación de comunicación, un emisor o hablante y un receptor u oyente, y que exista entre los interlocutores, motivación para emitir y recibir. La transmisión de los mensajes se realiza tomando un médium o canal de comunicación determinado: el canal auditivo-oral

(sonidos- palabras), el canal viso-manual (gestos) y el canal viso-gráfico (símbolos-escritura).

Este proceso utiliza los siguientes contenidos:

- A. Contenido físico: ondas sonoras.
- B. Contenidos fisiológicos: fonación y audición.
- C. Contenidos psíquicos: conceptos e imágenes verbales que se codifican y decodifican en el cerebro.

El lenguaje oral es uno de los posibles mecanismos mediante el que se concreta la competencia lingüística. Se basa en los principios de: semántica, sintaxis y fonología. ^{1, 21}

CAPÍTULO 2

TEORÍAS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Existen 5 posibles teóricos importantes que han guiado las investigaciones en las últimas décadas. Ellos son Piaget, Lev Vygotsky, Noam Chomsky, Jerome Bruner y Karmiloff. Todos ellos excepto Chomsky, se han ocupado de cómo tiene lugar el desarrollo de los procesos que los promueven y lo facilitan. Piaget, Bruner y Vygotsky están ligados a teorías que enfatizan que el desarrollo consiste en cambios cualitativos en el conocimiento infantil, cambios en el modelo en que los niños piensan o hablan. Además, cada uno de ellos se ha ocupado de cómo la interacción social, o las influencias sociales, pueden permitir el desarrollo de la cognición y el lenguaje. Piaget y Vygotsky han contribuido a una postura más integrada en relación con el desarrollo de una gramática estructural universal del lenguaje, sus ideas y las críticas a sus ideas, han llevado al estudio del desarrollo del lenguaje, en un contexto social, interactivo.

2.1 TEORÍA DEL DESARROLLO DE CHOMSKY

Chomsky en 1958, propuso la teoría gramatical generativa transformacional del lenguaje. Se desarrolló a partir de descripciones de las propiedades estructurales universales del lenguaje.

El niño en su conocimiento innato de los universales lingüísticos, trabajaría sobre el lenguaje hablado (la manifestación del lenguaje referido como la "estructura superficial") y, a partir de esta derivaría un sistema de reglas gramaticales de la lengua particular a la cual esta expuesta el niño.

Una vez articulado este sistema de reglas podría dar cuenta de la producción de las reglas del lenguaje, así como de un conocimiento de la estructura de la lengua aprendida.

Chomsky como Piaget, sostiene una perspectiva organísmica del desarrollo, lo cual quiere decir que el conocimiento (o la cognición o el lenguaje) es universal. El lenguaje (o cualquier otra capacidad cognitiva como la memoria) surge como una propiedad universal de los individuos.^{2,20}

Primera posición teórica: Los procesos del desarrollo del niño son independientes del aprendizaje. Este último se considera como un proceso puramente externo que no está implicado de modo activo en el desarrollo. El desarrollo o maduración se considera como una condición previa del aprendizaje, pero nunca como un resultado del mismo.⁴

2.2 TEORÍA DEL DESARROLLO DE BRUNER

Jerome Bruner nació en Nueva York en 1915. Es un líder en el establecimiento de la psicología cognoscitiva como alternativa a las teorías del comportamiento que dominaron la psicología en la primera mitad del siglo veinte.

El desarrollo o crecimiento del conocimiento, es el proceso por el cual los seres humanos aumentan su capacidad para alcanzar y usar conocimientos. El conocimiento incluye estrategias para reducir la complejidad del mundo (reducción que tiene que ser selectiva y dirigida hacia los aspectos pertinentes o importantes del mundo) y para la organización del ambiente.

La cognición incluye también los medios por los que los seres humanos expresan sus experiencias del mundo, y organizan estas experiencias y sus

efectos para su uso futuro. Existen tres modos de representar el mundo, según Bruner:

1. *El modo actuante.* Al principio, el mundo del niño llega a su conocimiento por medio de las acciones habituales que ejecuta para hacerle frente.
2. *El mundo icónico.* A su debido tiempo se añade la técnica de representar las cosas por medio de imágenes, una representación relativamente libre de acciones. Esto implica el uso de las imágenes mentales que están representadas para ciertos objetos o los iguales. La representación icónica permite que uno reconozca objetos cuando se cambian de las maneras de menor importancia (Ej. montañas con y sin nieve en la cima).
3. *El modo simbólico.* Gradualmente se añade un método nuevo y poderoso, por el cual la acción y las imágenes se traducen a un lenguaje. Los sistemas prominentes del símbolo son lengua y notación matemática.³

La teoría de Bruner esta en la lista de teorías de contexto del desarrollo cognitivo.

Bruner (1983) sugirió que el niño aprende a usar el lenguaje, en lugar de aprender el lenguaje per se. Es decir, enfatizó el aspecto comunicativo del desarrollo del lenguaje en lugar de su naturaleza estructural.²

- Señala que las primeras experiencias son importantes en el desarrollo humano, ya que por ejemplo, el aislamiento y la marginación del cuidado y del amor durante los primeros años suelen causar daños irreversibles.

El niño hace la primera representación por medio de la acción que ejecuta sobre los objetos del mundo (representación por acción). El niño desarrolla luego la habilidad para trascender los objetos inmediatos y representar el

mundo visualmente, por imágenes (representación icónica). Finalmente, con la aparición del lenguaje, logra manejar objetos y sucesos independientes de su presencia o existencia inmediata, con palabras (representación simbólica).

La representación simbólica hace posible un orden más elevado del pensamiento, el cual lleva consigo los conceptos de equivalencia (significa reconocer las características más comunes de diferentes objetos y sucesos y es fundamental para la clasificación), sin varianza (implica el reconocimiento de la continuidad de las cosas o de los objetos cuando se transforman de apariencia, lugar, tiempo, o de las reacciones que provocan) y trascendencia de lo momentáneo (significa liberarse del tiempo y del espacio y reconocer la coherencia entre sucesos o apariencias en diferente tiempo y espacio). *Por lo tanto el lenguaje es el centro del desarrollo intelectual*², en la que la ayuda del adulto es un ingrediente necesario en dicho proceso de aprendizaje. Bruner (1983) se propuso explicar cómo esas dos fuerzas conjuntamente, se podrían relacionar teóricamente y empíricamente para presentar un panorama exhaustivo del lenguaje.

- Aprendizaje activo (constructivismo).
- Inteligencia como una característica innata del ser humano.
- Aprendizaje efectivo con un ambiente que proporcione oportunidad de aprender.
- Descripción del desarrollo cognoscitivo parecido a las etapas de desarrollo de Piaget.
- Motivación extrínseca no importante.
- Admite la existencia de periodos en donde el organismo está dispuesto a aprender.³

Segunda posición teórica: El desarrollo se considera como el dominio de los reflejos condicionados; esto es, el proceso de aprendizaje está completa e inseparablemente unido al proceso desarrollo; como la elaboración y sustitución de las respuestas innatas se reduce básicamente a la acumulación de todas las respuestas posibles. ⁴

2.3 TEORÍA DEL DESARROLLO DE PIAGET

La teoría de Piaget (1951), es organísmica en la que resalta la universalidad de la cognición entre dominios y el contexto es considerado relativamente poco importante y escasamente influyente en los cambios cualitativos de la cognición. No obstante *el niño es visto como constructor activo de su conocimiento*. Los cambios en su conocimiento o en la cognición son unidireccionales y surgen a medida que se despliega la naturaleza biológica del organismo humano. Piaget realizó una miríada de observaciones formales e informales de la cognición de los bebés y de los niños tal y como se manifiesta a través de la edad y el desarrollo.

Los cambios en la cognición son entendidos como inevitables, continuos e irreversibles. Las coherencias en la ejecución de un gran conjunto de problemas cognitivos registrados por Piaget revelaron a éste, cambios cualitativos a lo largo del desarrollo del niño.

La teoría del desarrollo de Piaget se basa en los principios que subyacen al crecimiento biológico. Dos variantes funcionales dan cuenta de cómo es tratada la información del entorno. Esos mecanismos son la *organización* (por ejemplo la sistematicidad y el agrupamiento de los componentes y de las actividades humanas) y la *adaptación*. Ambos se infieren del comportamiento y ambos producen estructuras cognitivas para tratar con entornos cada vez más complejos. La adaptación implica asimilación y acomodación a las estructuras existentes, mientras que la *organización* se

refiere a los cambios que se dan en la estructura previa después del contacto con la nueva información.

El niño atraviesa por 4 estadios de desarrollo estructural:

- Sensorio-motor
- Preoperatorio
- Operatorio concreto
- Operatorio formal.

Piaget, se ocupa del desarrollo de las operaciones mentales, entendidas como mecanismos internos reversibles, derivados de la interacción activa del niño con el entorno. Así pues, el desarrollo pasaría por esos estadios, marcados por el cambio cualitativo en la capacidad cognitiva.²

PIAGET

- Aprendizaje activo (constructivismo).
- Inteligencia como una característica innata del ser humano.
- Aprendizaje efectivo con un ambiente que proporcione oportunidad de aprender.
- Descripción de su desarrollo cognoscitivo parecido a los modos de acción de Bruner.
- Motivación extrínseca no importante.
- Admite la existencia de periodos en donde el organismo está dispuesto a aprender.³

Tercera posición teórica: El desarrollo se basa en dos procesos: *maduración*, que depende directamente del desarrollo del sistema nervioso; y el *aprendizaje*, que, a su vez, es también un proceso evolutivo. El proceso de maduración prepara y posibilita un proceso específico de aprendizaje; el proceso de aprendizaje estimula y hace avanzar el proceso de maduración. ⁴

2.4 TEORÍA DE VYGOTSKY

Vygotsky alrededor de 1921, enfatizó tanto los aspectos del desarrollo como las influencias históricas. Existe un intento de precisar las causas del cambio evolutivo tanto del individuo como de la sociedad.

La teoría de Vygotsky fue formulada en la Rusia post-revolucionaria. Las corrientes políticas y filosóficas predominantes influyeron individualmente en Vygotsky y su pensamiento.²

Vygotsky cree que en el desarrollo humano confluyen dos aspectos diferentes: la maduración orgánica y la historia cultural. Por una parte está la evolución biológica de la especie que procede del "homo sapiens" y, por otra, la evolución cultural que proviene desde las primeras comunidades de hombres y mujeres. Separando ambas líneas evolutivas, Vygotsky propone que en el desarrollo cultural se crean instrumentos que, sin tener consecuencias biológicas, amplifican las capacidades naturales (biológicas) conque cada individuo está dotado. Es decir, el paso de lo natural (biológico) a lo humano (cultural) queda mediado por el conjunto de artificios convencionales y arbitrarios que la especie humana ha elaborado, en el transcurso de las relaciones e intercambios sociales de sus miembros.

Vygotsky propone:

- Que el sujeto humano actúa sobre la realidad para adaptarse a ella transformándola y transformándose a sí mismo a través de unos instrumentos psicológicos que le denomina "mediadores". Este fenómeno, denominado mediación instrumental, es llevado a cabo a través de "herramientas" (mediadores simples, como los recursos materiales) y de "signos" (mediadores más sofisticados, siendo el lenguaje el signo principal).
- Que esa actividad es "inter-actividad", conjunto de acciones culturalmente determinadas y contextualizadas que se lleva a cabo en cooperación con otros. La actividad del sujeto en desarrollo es una actividad mediada socialmente.

En esta teoría resulta central, el papel que otorga *al lenguaje en el proceso de desarrollo psicológico*, por el hecho de constituirse en el mediador por excelencia, siguiendo las ideas de F. Engels, quien afirma que la realidad inmediata del pensamiento es el lenguaje.

Para Vygotsky, la actividad no es una "manifestación" de los procesos psicológicos, sino justamente el medio por el cual dichos procesos llegan a formarse en la mediación social e instrumental, siendo determinante del sistema de actividad que aparece en el individuo la clase de instrumentos mediadores. El lenguaje aparece entonces como un instrumento de mediación cultural capaz de activar y regular el comportamiento, primero desde fuera, el plano interpsicológico, y más tarde desde dentro, en el plano intrapsicológico, tras ser interiorizado.

En la teoría de Vygotsky, y en relación con el desarrollo del niño, aparece un concepto clave muy importante: *La zona de desarrollo potencial (ZDP)*.

Vygotsky distingue entre:

- **Nivel de Desarrollo Real (NDR)**, que se corresponde con el momento evolutivo del niño y lo define como el conjunto de actividades que el sujeto puede hacer por sí mismo, de un modo autónomo, sin la ayuda de los demás.
- **Nivel de Desarrollo Potencial (NDP)**, que hace referencia al nivel que podría alcanzar el sujeto en colaboración y guía de otras personas, es decir, en interacción con los otros.

2.5 TEORÍA DE KARMILOFF

Según Karmiloff-Smith (1986), el progreso del conocimiento en una serie de esferas es un proceso endógeno, en el cual se explota la información y el conocimiento existente. El desarrollo cognitivo es, a su modo de ver, guiado por los datos y resulta del uso y reutilización del conocimiento ya disponible en diferentes manifestaciones.

El conocimiento está almacenado, como módulos internos que intervienen sobre el entorno de formas nuevas a medida que cambian y se desarrollan. El aprendizaje es contemplado solamente como una elaboración y modificación de los procedimientos cognitivos existentes para tratar con la información del entorno, esto es, la interacción social.

Se da por sentado que la interacción social es el vehículo fundamental para la transmisión dinámica del conocimiento cultural e histórico. Así pues, la

interacción social supone la implicación activa de ambos participantes en el intercambio, llevando a diferentes experiencias y conocimiento.

CAPÍTULO 3

CIRCUITO DEL HABLA.

El circuito del habla se divide en dos partes:

3.1 HEMICIRCUITO PERIFÉRICO.

3.2 HEMICIRCUITO CENTRAL.

3.1 HEMICIRCUITO PERIFÉRICO.

Corresponde al conjunto de todos los fenómenos externos del habla y los mecanismos fisiológicos de ejecución y de recepción.

3.1.1. *Vía emisora.*

Está constituida por los órganos de la fonación. Ellos son:⁶

a. *Pulmones.*- Desempeñan el papel de fuelle. El aire utilizado para la fonación se recoge en el momento de la espiración.

b. *Laringe.*- Constituida por una especie de envoltura cartilaginosa que cierra la tráquea en su extremo superior. Los diversos elementos cartilaginosos que constituyen esta envoltura están unidos por pequeños músculos, de los cuales los más importantes reciben el nombre de cuerdas vocales y constituye el mecanismo de fonación creado para producir la voz (vocalización); comunica la parte inferior de la faringe (orofaringe) con la tráquea.

Está constituida por un esqueleto cartilaginoso compuesto por: las articulaciones y ligamentos que los unen, los músculos que los movilizan y la mucosa que tapiza el interior del órgano. Los cartílagos de la laringe son 5 principales y 6 u 8 accesorios.

Los cartílagos principales son:

- Cartílago *tiroideo* el más voluminoso, su apertura condiciona la amplitud de la laringe.
- Sobre el cartílago *cricoideo* se apoya toda la laringe
- El cartílago *epiglótico* [epiglottis] es impar y mediano, de forma oval, esta situado en la parte superior de la laringe, su vértice penetra en el ángulo laríngeo y su borde más ancho, queda libre con relación a la base de la lengua.
- Cartílago *aritenoides* son dos uno derecho y otro izquierdo, situado a ambos lados de la línea media y reposa sobre el borde superior de la placa cricoideas.
- Los cartílagos *accesorios* aparecen de forma inconstante.
- Los más importantes son los *corniculados*, situados por encima de los aritenoides
- Cartílagos *cuneiformes*, situados en la parte posterior del borde del pliegue aritenoepiglótico.

Los cartílagos laríngeos están unidos entre sí por articulaciones, ligamentos y membranas.

Músculos de la laringe: está compuesta por los siguientes músculos: músculo cricotiroideo; músculos posteriores: cricoaritenoides posteriores y interaritenoides y 4 músculos laterales: cricoaritenoides laterales y dos tiroaritenoides, estos son los más importantes.

Configuración interna de la laringe

La cavidad laríngea se extiende desde la abertura superior, por donde se comunica con la laringofaringe, hasta el plano del borde inferior del cartílago

cricoides. En este lugar la cavidad laríngea se continúa con la de la tráquea. La cavidad laríngea se divide en 3 porciones:

El *vestíbulo de la laringe* encima de los pliegues vestibulares; el *ventrículo de la laringe* (seno laríngeo), encima de los pliegues vocales y la cavidad infraglótica o cavidad inferior de la laringe, que se extiende desde los pliegues vocales hasta el borde inferior del cartílago cricoides que se continúa con la luz traqueal.

Los pliegues vocales (cuerdas vocales verdaderas) controlan la producción del sonido. Cada pliegue vocal posee:

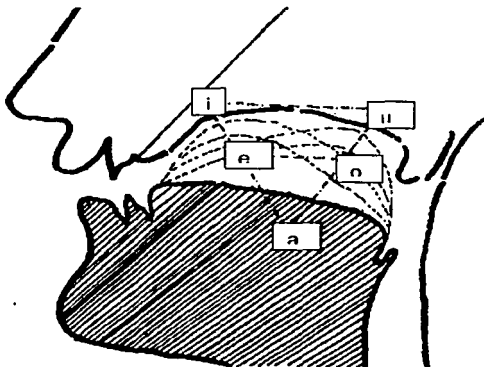
- Un ligamento vocal. Compuesto por tejido elástico engrosado, que es el borde libre del ligamento cricotiroideo lateral (cono elástico).
- Músculo vocal, es decir, fibras musculares extraordinariamente finas, que forman la porción más medial del músculo tiroaritenode.

Los pliegues vocales son fuente de los sonidos que emite la laringe. Cuando los bordes libres de estos pliegues se oponen y aproximan, pero no de forma completa, se producen vibraciones audibles (fonación) y se expulsa el aire de manera forzada e intermitente. Los pliegues vocales también sirven como principal esfínter inspiratorio de la laringe cuando se cierran con fuerza. La aproximación completa de estos pliegues crea un esfínter efectivo que evita la entrada de aire.

La glotis (aparato vocal de la laringe) está formada por los pliegues y las apófisis vocales, junto con la hendidura glótica o abertura entre los pliegues vocales. La forma de esta hendidura varía según la posición de los pliegues vocales. Durante la respiración normal, la hendidura es estrecha. La hendidura glótica adopta la forma de una ranura cuando los pliegues vocales se aproximan íntimamente para la fonación. Los cambios del tono de voz dependen de modificaciones en la tensión y longitud de los pliegues vocales, anchura de la hendidura glótica e intensidad del esfuerzo espiratorio.

Existen también los pliegues vestibulares (cuerdas vocales falsas), que se extienden entre los cartílagos tiroideos y aritenoides.

La laringe esta inervada por las ramas laríngeas superior e inferior del nervio vago.



c. *Órganos resonantes:* En primer lugar se encuentra la faringe.

- *Faringe.-* Porción del aparato digestivo situada detrás de las cavidades nasales y bucal, que se extiende por abajo más allá de la laringe. La faringe va desde la base del cráneo hasta el borde inferior del cartilago cricoides por delante y hasta el borde inferior de la vértebra C6 por detrás. Su diámetro máximo es de aprox. 5 cm., se encuentra en el plano del hueso hioides, y el diámetro mínimo es de aprox. 1.5 cm. en el extremo inferior, donde se continua el esófago. Especie de encrucijada a partir de la cual el aire puede tomar dos vías merced del juego del velo del paladar, y luego la vía nasal, constituida por las fosas nasales y el canal bucal.

La faringe se divide en 3 porciones:

- I. Nasofaringe, detrás de la nariz y encima del paladar blando, cumple con una función respiratoria y es la prolongación posterior de la cavidad nasal.

- II. Orofaringe, cumple con una función digestiva. Limita arriba al paladar blando; por debajo con la base de la lengua y a los lados con los arcos palatoglosos y palatofaríngeos.
- III. Laringofaringe.- (hipofaringe) queda detrás de la laringe y se extiende desde el borde superior de la epiglotis y los pliegues faringoepiglóticos hasta el borde inferior del cartilago cricoides, donde se estrecha para continuarse con el esófago.

La inervación de la faringe (motora y casi toda la sensitiva) proviene del plexo nervioso de la faringe. Las fibras del plexo derivan de la raíz craneal del nervio accesorio y son vehiculadas con el nervio vago – a través de su ramo o ramos faríngeos- para todos los músculos de la faringe y el paladar blando, con excepción del estilofaríngeo inervado por el IX y el tensor del velo del paladar inervado por el nervio maxilar.

d. *Cavidad bucal*, limitada abajo por un piso (partes blandas entre las ramas del maxilar inferior), arriba por la bóveda del paladar. La cavidad bucal esta unida por su base al piso de la boca, en donde se halla la lengua órgano muscular y sensorial (sentido del gusto), también contiene los dientes, dispuestos en dos arcos, superior e inferior. Los labios cierran por delante la cavidad bucal.

- **Paladar.-** El paladar forma el techo de la boca y el suelo de las cavidades nasales. Separa la cavidad bucal de las cavidades nasales y nasofaríngeas. El paladar consta de dos regiones: el paladar duro por delante y el paladar blando por detrás. La mucosa del paladar duro está íntimamente unida al hueso subyacente. En la profundidad de la mucosa existen glándulas palatinas que segregan moco. Los orificios de los conductos de estas glándulas otorgan a la mucosa palatina un aspecto picado "en piel de naranja". El paladar blando no posee esqueleto óseo, se extiende en sentido postero-inferior en la forma de borde libre curvo, del que cuelga una prolongación cónica, la úvula. El paladar blando se continúa a los lados con la pared de la faringe, y se une a la lengua y a la faringe a través de los arcos palatoglosos y palatofaríngeos, respectivamente. Consta de 5 músculos que se originan en la base del cráneo

y descienden hasta el paladar. El paladar blando se puede elevar y establecer contacto con la pared posterior de la faringe. Asimismo, puede dirigirse hacia abajo para entrar en contacto con la parte posterior de la lengua. La tensión del paladar blando tracciona de él y lo lleva a una posición intermedia.

- Lengua.- órgano muscular móvil que puede adoptar diversas formas y posiciones. En reposo llena toda la cavidad bucal propiamente dicha. La lengua participa en la masticación, la deglución, la articulación del habla y la limpieza bucal; sin embargo sus dos funciones principales son:

I. Formar palabras al hablar.

II. Impulsar el alimento hacia la faringe al deglutir.

La lengua, tiene una raíz (porción inferior relativamente fija, insertada en el hueso hioides y la mandíbula, o también definida como el tercio posterior), un cuerpo (porción restante de la lengua forma los dos tercios anteriores de la lengua), un vértice (suele representar la porción anterior y puntiaguda del cuerpo). El cuerpo y el vértice son sumamente móviles, una superficie dorsal curva o dorso (cara posterosuperior) que incluye un surco en forma de V – surco terminal- cuyo vértice apunta hacia atrás, al orificio ciego, una pequeña fosita, carente de función, vestigio de la porción proximal del conducto tirogloso embrionario del que se desarrolla la glándula tiroideas.

La rugosidad de la mucosa de la parte anterior de la lengua se debe a la presencia de numerosas papilas linguales de pequeño tamaño: papilas circunvaladas, foliáceas, piliformes y fungiformes. Las papilas circunvaladas, foliáceas y casi todas las fungiformes contienen receptores gustativos en los calículos gustativos.

Las cuatro sensaciones elementales del gusto – dulce, salado, ácido y amargo- se detectan de la siguiente manera en la lengua:

- Dulce: vértice (punta).
- Salado: bordes laterales.
- Ácido y amargo: parte posterior.^{6, 7, 8}

- **Dientes:** Son formaciones ectodérmicas duras, resistentes, implantadas por sus raíces en los alvéolos del maxilar y la mandíbula y destinados a dividir los alimentos sólidos para constituir el bolo alimenticio. La dentadura en los niños comprende 20 dientes: 8 anteriores, 4 caninos y 8 posteriores.
- **Labios.-** Los labios son dos formaciones musculomucosas situados en la parte anterior de la cavidad oral. Comprenden un revestimiento de piel y de mucosa, sostenidos por un armazón muscular. Su función permite la apertura y cierre durante la masticación y la fonación.

El mecanismo motor de este conjunto complejo explica la fisiología de la fonación.

El aire por medio de la inspiración, penetra a las fosas nasales gracias a la creación de una presión negativa intrapulmonar por medio de las fuerzas inspiratorias, siendo entonces acondicionado para llegar en óptimas condiciones a las vías respiratorias inferiores (pulmón), donde se producirán los cambios gaseosos necesarios para la vida del individuo.

Cuando las cuerdas vocales están separadas, el aire puede pasar libremente, su acercamiento más o menos pronunciado opone al aire un obstáculo de donde emanan ruidos o sonidos variados, a causa del paso de una cantidad más o menos grande de aire y también de la vibración de las cuerdas vocales mismas. Laget ha demostrado que no es el paso del aire lo que hace vibrar a las cuerdas vocales y a la laringe, sino el impulso nervioso que las contrae. Los impulsos de estimulación proceden de la corteza cerebral, del diencéfalo o del bulbo. El impulso es transmitido por el nervio laríngeo recurrente, que es el nervio motor de la laringe. *Los distintos movimientos musculares propios de los otros órganos de la fonación dependen igualmente del sistema nervioso central y de sus conexiones.* La fonación necesita también de órganos resonadores, que modifiquen la calidad e intensidad de la voz a niveles perfectamente audibles. Las estructuras que tienen la capacidad de resonancia son: la faringe, la cavidad oral y la cavidad nasal. Especialmente importantes la faringe y la cavidad oral; además

esta última por medio de la lengua y los labios, producirá la articulación de fonemas.

Pasada la fase inspiratoria, viene la fase espiratoria, se formará, por tanto, una columna aérea que transcurrirá a través de la laringe.

El cierre de la glotis se debe a la estimulación del músculo cricotiroides, que producirá una cierta tensión de las cuerdas vocales, los músculos interariteoideos laterales van a aproximar las cuerdas vocales a la línea media y los tiroariteoideos internos provocan una modificación de la masa de las cuerdas vocales en función del tipo de fonación. Todo ello se traducirá en una aducción no forzada de las cuerdas vocales, lo que deja un pequeño espacio entre ellas. La musculatura auxiliar espiratoria creará un aumento de presión subglótica progresiva que ayuda al cierre glótico. A medida que aumenta esta presión, provoca un escape de aire a través de la misma. Esta salida de aire crea un descenso brusco de presión en el espacio glótico, por lo que las mucosas de ambas cuerdas volverán a unirse. Este efecto se conoce como Bernoulli, provoca la *vibración cordal* y, por tanto, la *producción de sonido*.

3.1.2 *Vía receptor*

El órgano esencial, es el oído que transforma las informaciones acústicas, de carácter físico, en informaciones nerviosas bioelásticas. Esta transformación está asegurada por los 3 estratos del aparato auditivo.

- Oído externo
- Oído medio
- Oído interno

El oído externo está constituido por la aurícula [pabellón], se encuentra detrás de la articulación temporomandibular y región parotídea y por delante del proceso [apófisis] mastoideas del hueso temporal. Capta los sonidos y desempeña un papel en la tarea de su localización, y por medio del conducto auditivo externo (paso o canal) conduce el sonido hasta la membrana timpánica.

El oído medio es un sistema de cavidades huecas. Rellenas de aire y comunicadas entre sí, que se encuentra integrado en su estructura ósea del hueso temporal. Todo este sistema está tapizado por una mucosa muy delgada, subyacente al hueso.

El oído medio se divide en 3 estructuras

- Cavidad timpánica y Oscicula auditus [huesecillos].
- Sistema neumático del hueso temporal.
- Tuba auditiva o trompa faringotimpánica.

La caja del tímpano, es una cavidad situada entre el extremo interno del conducto auditivo externo y el oído interno. Es la parte del oído medio que transmite el sonido desde el oído externo hacia el oído interno. Para ello contiene la cadena de huesecillos, que ponen en contacto la membrana timpánica con la ventana oval, que es la entrada hacia el oído interno.

La cara más externa de esta caja está constituida por la membrana del tímpano. Consta de dos porciones la externa en la parte tensa que se encuentra adosada al marco óseo del conducto auditivo externo mediante un anillo fibroso en forma de "u" que mantiene cierta tensión, permitiendo la vibración de la membrana al choque de las ondas acústicas.

La otra porción es más pequeña y laxa, el polo superior del tímpano en forma de "D" tumbada se denomina parte flácida o membrana de Shrapnell.

La caja timpánica se mueve como consecuencia de las vibraciones de aire que llegan a través del conducto auditivo externo.

Dentro de la caja timpánica se encuentra la cadena de huesecillos formada por el malleus [martillo], incus [yunque] y stapes [estribo], relacionados entre sí y recubiertos por la misma mucosa. Los 3 huesecillos se encuentran en el centro de la caja timpánica, suspendidos en las paredes del ligamento. El músculo del

martillo y el del estribo también los relacionan con las paredes y básicamente actúan regulando la capacidad vibratoria de la cadena.

Los anexos mastoideos [sistema neumático] está constituido por numerosas celdillas aireadas, tapizadas por mucosa. Invaden toda la zona posterior e inferior a la caja timpánica. Esta zona está integrada en un relieve óseo del hueso temporal llamado proceso [apófisis] mastoideos.

La mucosa que recubre los anexos mastoideos [sistema neumático] contiene células de moco y cilindas que desplazan la mucosidad hacia el suelo de la caja timpánica. Esta mucosa consume oxígeno y tiende a crear presiones negativas en las cavidades del oído medio.

La tuba auditiva [trompa de Eustaquio] es el conducto que comunica el oído medio con la porción superior de la faringe o nasofaringe. Este sistema tiene como función equilibrar la presión negativa que tiende a generarse en el oído medio con la presión nasofaringea. Equilibra las presiones a uno y a otro lado de la membrana timpánica entre el oído externo y el medio. La trompa auditiva es la vía de drenaje de las secreciones producidas por la mucosa del oído medio en estado patológico.

En la estructura de la tuba se diferencian dos partes: una parte ósea en el hueso temporal que parte del suelo de la cavidad timpánica y comprende un tercio de su longitud total, la otra porción es cartilaginosa y está suspendida de la base del cráneo, comprendiendo los dos tercios restantes. La porción cartilaginosa desemboca en la nasofaringe, por detrás de las fosas nasales, a través de un pequeño orificio llamado rodete tubárico. El punto de unión de ambas porciones se denomina istmo tubárico.

La trompa en estado de reposo se encuentra colapsada por la tensión elástica del cartilago y los tejidos peritubáricos. Su apertura se realiza de manera activa mediante la contracción de la musculatura del velo del paladar, al realizar las acciones de deglución o bostezo.

El oído interno u "órgano vestibulococlear" se encarga de la recepción del sonido y del mantenimiento del equilibrio. Se sitúa por dentro y algo por detrás de la

cavidad del tímpano, enterrado en la porción petrosa del temporal. Estas cavidades constituyen el laberinto óseo, ocupado por vesículas o sacos membranosos, estos sacos contienen líquidos: endolinfa y la perilinfa. Está constituido por el laberinto óseo formado por el vestíbulo, los canales semicirculares, la cóclea [caracol] y el meato acústico interno [conducto auditivo interno].

La descripción del oído interno se divide en 3 estructuras:

Laberinto óseo contiene el *laberinto vestibular*. Separa la cavidad del tímpano del vestíbulo, se observa en ella la ventana del vestíbulo [oval]. Atrás y abajo se encuentra la ventana de la cóclea [redonda] que comunica la cavidad del tímpano con el vestíbulo. Donde se comienza la rampa timpánica de la cóclea. Su parte anterior se encuentra en estrecha relación con el canal facial y el nervio facial. Los *canales semicirculares* están situados atrás y arriba del vestíbulo. La *cóclea* [caracol] tiene como función transformar *la onda acústica procedente del oído medio en impulso nervioso*. El conducto coclear membranoso es un tubo espiral ciego, suspendido con fuerza a través del conducto coclear óseo entre el ligamento espiral por la parte externa del conducto coclear óseo y la lámina espiral ósea del modiolo. El laberinto membranoso comprende las partes blandas contenidas en las cavidades del laberinto óseo: vestíbulo, conductos semicirculares y la cóclea membranosa. El conducto coclear o cóclea membranosa lleno de endolinfa divide el conducto espiral lleno de perilinfa en dos canales que se comunican en el vértice de la cóclea y se le llama rampa timpánica. Es aquí donde *las ondas de presión se transforman de nuevo en vibraciones*, esta vez de la membrana timpánica secundaria, que ocupa la ventana redonda. La energía recibida, en principio, por la membrana timpánica (primaria) se disipa finalmente en este lugar en el aire de la cavidad timpánica. El techo del conducto coclear membranoso está formado por la membrana vestibular. El suelo del conducto también lo forma una parte del conducto, la membrana basilar, más el borde externo de la lámina espiral ósea. *El receptor de estímulos auditivos es el órgano espiral [de Corti]*, elemento sensorial del aparato de la audición a partir del cual nacen las ramas del nervio cóclea, situado en la

membrana espiral basilar. El órgano espiral [de Corti] se estimula como consecuencia de la deformación del conducto coclear membranoso inducida por las ondas de presión hidráulica de la perilinfa, que asciende y desciende por las rampas vestibular y timpánica circundantes.

El meato acústico interno [conducto auditivo interno] está ubicado en el interior de la parte petrosa del temporal. Está cerrado a los lados por una fina lámina perforada de hueso que lo separa del oído interno a través de esta lámina pasan el nervio facial, ramos del nervio vestibulococlear y vasos sanguíneos. El nervio vestibulococlear se divide cerca del extremo lateral del conducto auditivo interno en dos partes, un nervio coclear y un nervio vestibular.

3.2 HEMICIRCUITO CENTRAL

El hemicircuito central está integrado por la vía receptora auditiva, encargada de transferir la información acústica al cerebro.

3.2.1 Vía receptora auditiva

La vía comienza en el ganglio coclear [de Corti], nervio sensorial para las vibraciones sonoras y por lo tanto el único nervio auditivo que transmite sensaciones sonoras percibidas por el órgano espiral [de Corti].

Existen varias estaciones del recorrido de las vibraciones:

- La neurona bulbopontina: el nervio coclear termina en dos núcleos adheridos a la cara antero-externa del pedúnculo cerebeloso inferior y el núcleo dorsal, o tubérculo acústico lateral. De allí parten dos haces. Los dos haces (núcleo dorsal) terminan en el núcleo ventral que se relacionan al parecer con la discriminación de los sonidos. Los dos haces reunidos forman el fascículo acústico central [cinta de Reil lateral]. Los haces ascendentes alcanzan el tálamo con las vías ópticas (tálamo óptico). Ambas se encuentran en los núcleos posteriores e inferiores que constituyen los cuerpos geniculados mediales. Las vías auditivas tienen su conexión talámica en el cuerpo geniculado interno.

- **La neurona tálamo-cortical:** de la neurona talámica parten las radiaciones auditivas que se dirigen hacia la corteza temporal horizontalmente. Están compuestas por haces que transmiten sonidos de altura variada.
- **Corteza auditiva:** no es necesaria para la audición de los sonidos simples, que son analizados en las vías subcorticales. *Es indispensable para la discriminación de las formas del lenguaje.* Para que el sonido se integre a nivel psico-intelectual, debe tener un valor significativo para el sujeto, para lo cual es necesaria la intervención de otros procesos funcionales tales como la atención, la habituación, el conocimiento, la memorización. La sustancia gris ocupa el córtex cerebral [corteza cerebral], donde se encuentra el área auditiva que se halla en el giro temporal superior [1ª circunvalación temporal], en el borde inferior del ramo posterior del surco lateral [cisura de Silvio] y en el interior de éste en el opérculo temporal del lóbulo de la insula. ^{5, 6, 7, 8}

3.3 CENTROS DEL LENGUAJE.

El acto del lenguaje considerado en su conjunto, desde la ideación hasta la formulación, no parece susceptible de una sistematización topográfica absolutamente precisa. Todo el cerebro está comprometido en él. Los centros del lenguaje articulado también se localizan en la sustancia gris del córtex cerebral [corteza cerebral]; se encuentran el pie del giro frontal inferior [3ª circunvalación frontal izquierda] (en los diestros): es el centro de Broca. Su destrucción causa afasia (imposibilidad de hablar). Las áreas del lenguaje, están localizadas en los diestros, en el hemisferio izquierdo del cerebro. Esta zona tiene un papel esencial en la producción de la fonación y de la articulación.

3.4 LENGUAJE IDEACIONAL.

Está determinado en la corteza.

- I. Zonas de proyección. Punto de partida o de llegada de las fibras corticipetas o corticifugas, de origen o destino extracorticales;
- II. En la vecindad de esas zonas, territorios práxicos (elaboración de los gestos) y gnósicos (elaboración de los conocimientos), conectados con las zonas de proyección correspondientes;
- III. Fibras que recorren en todos los sentidos el cuadrilátero limitado por las zonas precedentes y las solidarizan entre sí.

Por encima de las zonas corticales que determinan los mecanismos elementales de la recepción y de la producción debe existir el estrato de la elaboración intelectual. Se sabe que en la elaboración del acto del lenguaje el papel correspondiente está reservado a un hemisferio dominante (el izquierdo en los diestros).

3.5 MECANISMO MOTOR DEL LENGUAJE.

Se trata de la circunvalación frontal ascendente (y de sus vecindades), simétrica de la parietal ascendente con respecto a la cisura de Rolando, siendo esta última, el área de la sensibilidad general. ⁶

CAPÍTULO 4

ALTERACIONES DEL LENGUAJE CAUSADOS POR PROBLEMAS BUCODENTALES

Son defectos que se producen en el funcionamiento del proceso fisiológico de los sistemas que intervienen en la emisión de la palabra. Los defectos mecánicos se refieren a defectos externos del aparato fonarticulador que determinan la aparición de hábitos defectuosos que alterarán la emisión del lenguaje.¹⁰

En el hombre, la fonación es una de las principales funciones que realiza el aparato estomatognático, y entre los trastornos de marcada importancia en relación con esta función y la pronunciación de la palabra, están las anomalías del desarrollo de los órganos de la articulación (tejidos blandos, óseos y dentales).

El mecanismo de la fonación se efectúa por las vías respiratorias y consta de 3 partes a saber: la porción que suministra la fuente de producción inicial compuesta por el diafragma, pulmones y tráquea (fuelle respiratorio) que impulsan el aire necesario para la producción de las palabras en la laringe y las cuerdas vocales (aparato glótico) que al proyectar el aire producen los distintos ruidos que serán articulados después en la cavidad bucal y nasal, (aparato resonador) por un sistema de válvulas formados por los dientes, labios, lengua, paladar blando y paladar duro. Cuando estos elementos son normales en su constitución anatómica y funcional dicha emisión se hace también normal, pero, cuando uno o más de ellos presentan modificaciones más o menos importantes, es cuando intervienen como factores de anomalías en la emisión del sonido y en la producción de la palabra.^{2, 5}

El diagnóstico del habla se realiza analizando diferentes factores, pudiendo mencionarse entre ellos el estado del aparato articulatorio, las anomalías linguales del labio y paladar que influyen en la pronunciación.⁶

En el habla, tenemos el síndrome de diarticulación que recae sobre las dislalias y disartrías, donde es importante saber que las dislalias son aquellos trastornos

articulatorios en los cuales no existe una base etiopatogénica de índole neurológico, siendo aquellas las disartrias alteraciones de la articulación de la palabra donde existe como fundamento etiopatogénico una alteración neurológica

Shelton, menciona los diastemas, la falta de algunos dientes sobre todo anteriores y maloclusión dentaria como causantes de los trastornos del habla.

Del Toro Viera, señala que la anquiloglosia es una de las anomalías dentomaxilofaciales que causan alteraciones articulatorias, por tanto mientras menor sea la capacidad de exteriorizar la lengua así como movilizarla en las diferentes direcciones, mayores serán las dificultades para la ejecución articulatoria de algunas consonantes.¹¹

4.1 DISLALIA

Las dislalias son trastornos en la articulación de los fonemas, o bien la ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de éstos por otros de forma impropia, por lo tanto se trata de una incapacidad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas.

Según las causas podemos clasificar las dislalias en:

Dislalia evolutiva, corresponde a una fase del desarrollo infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, a causa de ello repite las palabras de forma incorrecta desde el punto de vista fonético.

Dislalia funcional, es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje. Las causas pueden ser las siguientes:

- Escasa habilidad motora de los órganos articulatorios.
- Dificultades en la percepción del espacio y el tiempo.
- Falta de comprensión o discriminación auditiva.
- Factores psicológicos (pueden ser causados por celos tras el nacimiento de algún hermano, la sobreprotección)

- Factores ambientales.
- Factores hereditarios.
- Deficiencia intelectual.

Dislalia audiógena, esta alteración en la articulación es producida por una audición defectuosa provocando la dificultad para reconocer y reproducir sonidos que ofrezcan entre sí una semejanza

Dislalia orgánica. Son aquellos trastornos de la articulación que están motivados por alteraciones orgánicas. La dislalia orgánica puede ser de dos tipos:

Disartria. Es una alteración de la articulación provocada por lesión en el Sistema Nervioso Central (SNC); consiste en una dificultad en la expresión oral del lenguaje, debida a trastornos del tono y movimientos de los músculos que intervienen en la articulación. Es frecuente en Parálisis Cerebral Infantil (PCI).

Disglosia

Es la alteración que afecta a los órganos del habla por anomalías anatómicas o malformaciones en los órganos del lenguaje son siempre causa de defectos de pronunciación. ^{11, 12, 22}



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.1.1 DISGLOSIAS

Su etiología se debe a malformaciones congénitas en su mayor parte, pero también pueden ser ocasionadas por parálisis periféricas, traumatismos y trastornos del crecimiento.

Estas alteraciones pueden estar localizadas en los labios, lengua, paladar óseo o blando, dientes, maxilares o fosas nasales, pero en cualquier caso impedirán al niño una articulación correcta de algunos fonemas.^{11, 12, 22}

I. Alteraciones dentales -maloclusiones.

Los factores etiológicos causantes de malposiciones dentarias pueden agruparse en 4 categorías principales:

- **Hereditarios:** las características hereditarias son las que pasan de los padres a sus descendientes. La herencia puede influir sobre la relación de tamaño de los dientes y maxilares, forma y tamaño de ellos, ausencia de dientes, o presencia de dientes supernumerarios.
- **Congénitos:** factores que existen al nacer. Esto puede ser el resultado de un crecimiento defectuoso durante el desarrollo embrionario, enfermedades infecciosas o traumas durante la vida intrauterina o en el proceso del nacimiento.
- **Factores sistémicos adquiridos:** incluyen alteraciones endocrinas, disturbios nutricionales, enfermedades infecciosas y desórdenes neurológicos que se producen después del nacimiento.
- **Factores locales adquiridos:** estos incluyen posición inadecuada y mala distribución de los dientes, atrición oclusal, enfermedad periodontal, restauraciones inadecuadas, hábitos perniciosos, actividad muscular dirigida y frenillos labiales.¹³

El diagnóstico de las maloclusiones dentales en dientes permanentes se basa en parte en la clasificación de Angle. Lo que hizo necesario una clasificación que permitiera el reconocimiento precoz de las desviaciones de lo normal. Para responder a este requerimiento, se dividió el desarrollo de la dentición en 6 estadios. El primero que es que nos interesa se refiere a la dentición primaria.

Estadio 1

El estadio 1, se refiere a la dentición primaria completa. La dentición de este periodo ha demostrado su importancia para el futuro desarrollo de la dentición permanente. Las mordidas cruzadas en la dentición primaria, ya sean anteriores o posteriores, pueden producir mordidas cruzadas en la dentición permanente. Las mordidas abiertas o marcadas protrusiones maxilares por lo común indican hábitos que si no se corrigen, son capaces de desfigurar la dentición permanente. Además el plano terminal de los segundos molares permanentes guía a los primeros molares permanentes hasta su posición. Hacia delante, el espacio que ocupan los incisivos primarios (mesiodistalmente, los anchos de los incisivos primarios más los espacios interdentarios que están por mesial de ellos e inmediatamente por distal de los caninos primarios, deben sumar alrededor de 30 mm en el maxilar y 22 mm en la mandíbula \pm 2 mm) será llenado más tarde por los permanentes, los que a menudo son más grandes que el espacio que se les ofrece. El espacio disponible y los anchos mesiodistales de los incisivos permanentes son con frecuencia mucho mayores que la tolerada por el aumento en el tamaño del arco sin que se perturben el equilibrio de la musculatura oral. Esto origina dientes apiñados en forma irregular y sus secuelas. La erupción de los incisivos permanentes caería en varias categorías posibles. Una de ellas sería que los dientes erupcionen rotados, que erupcionen hacia lingual y vestibular.

La oclusión normal en los dientes incisivos primarios se aproxima a la de los permanentes.

Como en el caso de los caninos permanentes, en la oclusión normal de los primarios superiores, el eje mayor se encuentra hacia distal de los caninos primarios inferiores.

La relación de los planos distales de los segundos molares primarios superiores e inferiores es de importancia fundamental en el desarrollo de la dentición permanente. Estos planos son críticos porque guían la erupción de los primeros molares permanentes. La relación ideal de los planos distales de los segundos molares primarios superiores se hace con el plano distal de los segundos molares primarios hacia distal de los inferiores.

En este estadio se identifican hábitos perniciosos que afectarán a la dentición permanente, si no son detectados oportunamente.

II. Hábitos perniciosos

- a) Hábitos digitales. En realidad el hábito de chuparse el dedo no siempre lleva a una mala oclusión. Las maloclusiones se producen si el niño lo hace con bastante fuerza durante períodos de tiempo lo suficientemente prolongados y a intervalos tan seguidos como para producir una deformidad. Por supuesto, también es frecuente que a causa de una maloclusión como lo es la mordida abierta, incisivos sobresalidos en forma de abanico e incisivos retruidos, se busque el hábito digital como factor etiológico.





- b) Hábitos labiales. Los hábitos labiales a veces son el remanente de un instinto de chupar o la transferencia de un hábito digital anterior. Otras veces son el resultado de labios irritados. La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos que la succión digital.
- c) Hábitos linguales o degluciones atípicas. La lengua se desplaza hacia delante, el resultado más frecuente es una deglución atípica que genera incisivos sobresalientes, incisivos inferiores retruidos y mordida abierta.^{14, 15}
- d) Respiración bucal. En los niños es frecuente respirar por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en: a) por obstrucción, b) por hábitos y c) por anatomía. Los niños que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa de flujo a través de los conductos nasales. El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo. El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. Es frecuente observar respiración obstructiva en niños ectomórficos que presentan cara estrecha y larga, y espacios nasofaríngeos estrechos. Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico. La cara es estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protrusión labialmente y

los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores, provocando mordida abierta anterior, el maxilar toma una forma en V y una bóveda palatina elevada. El tratamiento es determinar si se trata de un hábito o si es necesario remitirlo al otorrinolaringólogo.



- e) Pérdida prematura de dientes: la pérdida prematura de dientes deciduos, principalmente en el área de incisivos centrales superiores de debe a varios factores: extracciones prematuras, caries extensas que han dañado toda la corona clínica, falta congénita de dientes, lo que provoca alteración en la correcta emisión de los sonidos.

III. secuelas de labio paladar hendido

La mayoría de los casos en que los individuos nacidos con labio hendido, paladar hendido o ambas cosas desarrollan varios defectos asociados, como dientes deformados, maloclusión, infecciones en el oído medio y alta susceptibilidad a infecciones respiratorias superiores. La teoría de "deficiencia ectodérmica" dice que existe entre el labio y la premaxila una capa ectodérmica en donde están presentes 3 masas ectodérmicas de mesodermo, si estas masas no crecen y no se infiltran en la capa ectodérmica, el debilitamiento consiguiente de esta delicada membrana rompe la capa, dando por resultado un labio hendido. El paladar

hendido es consecuencia de mecanismos embrionarios en donde los procesos palatinos no logran encontrarse y hacer fusión en la línea media.

La etiología del labio fisurado, paladar hendido o de ambos, se pueden deber a factores exógenos (resultado de rubéola), genes mutantes y aberraciones cromosómicas (trisomía D y E), factores múltiples (combinación de factores exógenos y un patrón genético predispuesto a estas anomalías).

Tratamiento

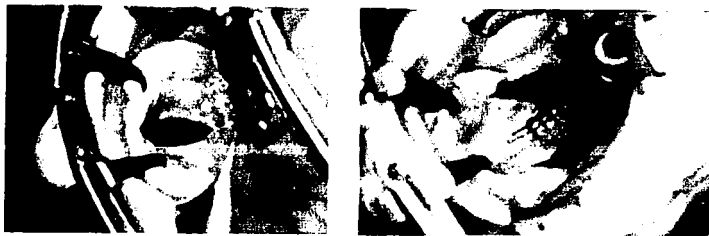
Procedimientos quirúrgicos en donde se vuelven a colocar y suturar las secciones hendidas. El cierre quirúrgico del labio fisurado se realiza en las 2 y 12 semana de edad y la edad óptima para cerrar el paladar oscila entre los 18 y 24 meses. Los pacientes con pocos o nulos resultados después del abordaje quirúrgico tienen la opción del tratamiento dental.

El tratamiento dental varía considerablemente, y por lo regular está dictada por la gravedad de la deformación. Los pacientes con hendidura de paladar blando solo requieren cuidados dentales ordinarios, en cambio los pacientes con paladar hendido original aumenta en número y la gravedad de los problemas dentales. En niños recién nacidos, en ocasiones, es necesario confeccionar un instrumento semejante a la base de una dentadura superior (botón), con el propósito de facilitar la alimentación del lactante y evitar la caída del maxilar superior. A veces se requieren aparatos protésicos especiales para habilitar al paciente funcionalmente y estéticamente.

Trastornos de articulación

La repercusión de labio y paladar hendido en el lenguaje se refleja en la articulación y resonancia de los fonemas y la posibilidad de pérdida auditiva. En ciertos casos de obstrucción nasal grave, la b es sustituida por m. La d, lingualalveolar es sustituida por la n. Después de eliminar obstrucciones nasales puede aparecer hipernasalidad.

El diagnóstico y tratamiento de pacientes con paladar hendido requiere en todos los casos cooperación interdisciplinaria (foniatras, audiólogos, odontólogos, psicólogos y trabajadoras sociales).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. Anquiloglosia (frenillo corto).

El frenillo lingual se trata de un repliegue de la mucosa, que va desde la base de la boca hasta la lengua a nivel su la línea media, en su cara inferior. Este repliegue puede ser sólo mucoso, fibroso e incluso muscular, pudiendo sujetar la lengua a la base de la boca.^{15, 16}

El tamaño de la lengua en el nacimiento varía mucho de un niño a otro. La punta de la lengua es relativamente corta, el frenillo parece por ello llegar a la punta de la lengua; sin embargo, el niño puede mover la lengua entre las encías y bien pronto sacarla fuera de la boca.

Por lo general, el frenillo lingual llega a ser menos prominente entre el segundo y el quinto años de vida, mientras la cresta alveolar crece en altura y los dientes comienzan a erupcionar. Los problemas de lenguaje con base en la "lengua trabada" son poco frecuentes en lactantes y preescolares, y la frenilectomía a esta edad no está indicada.¹⁷ No es necesario recurrir al quirófano y con una actuación logopédica que consista en el entrenamiento del control motor, que facilite una motilidad suficiente a la lengua, para poder adaptarse a las posiciones cambiantes necesarias que la producción verbal requiere. Si fuera necesaria la intervención, no deberá realizarse nunca antes del año de edad (mejor entre los 2-3 años de edad), pues puede tener problemas de hemorragia, infección o que deje un tejido cicatrizal residual.

En los niños que ya no son lactantes el segmento carnoso aumenta más que el fibroso y se hace necesario ampliar el trayecto de sección, por ello se requerirá anestesia o sedación y puede ser necesario colocar puntos de sutura o recurrir al electrobisturí. Estas suturas deberán ser reabsorbibles para evitar malos ratos al niño y a sus padres en el momento de retirarlas.

El postoperatorio cursa con escasas molestias y las complicaciones son excepcionales.¹⁵

El frenillo lingual corto sólo puede ocasionar, según la opinión de ARNOLD, un rotacismo en la /r/ apicolingual.

Algunos de los frenillos evolucionan favorablemente y no dan problemas en los niños, pero otros son causa de dificultad para lactar adecuadamente o se asocian a dificultad para pronunciar algunas consonantes, sobre todo la /r/ cuando el niño/a se hace más mayor.¹⁵



V. Frenillo labial hipertrófico

El frenillo labial hipertrófico es una banda de tejido fibroelástico que se origina en el labio y se inserta en la encía adherida en la línea media del maxilar. La inserción del frenillo labial, que se inserta sobre la cresta se acomoda sobre apical con el crecimiento vertical normal del alvéolo.

En casos en que el frenillo labial contribuye a la presencia de diastemas, la banda cruza el alvéolo y se inserta en la papila de los incisivos. Cuando el labio se elonga, la papila sufre isquemia. Histológicamente el frenillo se compone de mucosa y tejido conjuntivo con gran cantidad de fibras elásticas. Se cree que el componente elástico predominante del frenillo y no la tracción muscular excesiva, participa en la persistencia del diastema.

Otros factores etiológicos del diastema deben descartarse antes de la corrección quirúrgica del frenillo como lo es: la succión digital, protrusión lingual, dientes supernumerarios, lesiones quísticas, muescas en el hueso alveolar entre los

incisivos o hendidura real del hueso de la línea media, y en la enfermedad primaria del hueso como la displasia fibrosa.

No debe practicarse la frenilectomia antes de que los incisivos centrales y laterales permanentes hayan erupcionado y que los caninos lo hagan de manera activa. Con frecuencia el movimiento oclusal y anterior de los caninos en erupción conduce al cierre parcial o total del diastema.^{17, 18}



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI. Macroglosia

Alteración de la lengua que puede estar exageradamente aumentada de tamaño, fundamentalmente por dos razones: o porque se haya instaurado un proceso patológico intrínseco en la musculatura lingual, como puede ser un proceso tumoral o por un proceso infeccioso-inflamatorio (glositis).¹⁵

La macroglosia verdadera es rara en el niño en quien se cree existe macroglosia que causa problemas de lenguaje o sialorrea, debe diferenciarse de:

- Anteroretrusión de la lengua como en el movimiento de deglución contraria o empuje de la lengua
- Macroglosia relativa en presencia de micrognasia
- Hipoplasia de tercio medio facial con obstrucción de vías respiratorias
- Lengua flácida neurológica.

En contadas ocasiones el recién nacido o el lactante presenta macroglosia y obstrucción parcial o intermitente de vías respiratorias. Por lo general esto se asocia a mandíbula pequeña (por ej. Síndrome de Pierre Robin) y con espacio insuficiente para la lengua en la cavidad bucal. La base de la lengua tropieza con las vías respiratorias nasofaríngea y orofaríngea. La queja principal en niños mayores es dificultad para deglutir o masticar, control deficiente de la saliva, en ocasiones imposibilidad para hablar, en ocasiones balbucea o emite sonidos silbantes.

Vogel, clasificó la macroglosia en congénita y adquirida

La macroglosia congénita: presente desde el nacimiento es la forma más usual. Las causas más frecuentes son hipertrofia muscular y dilatación de la lengua por malformación vascular. (ejemplos de esta clasificación se presentan en los síndromes de Down, Hurler, Hunter y en el hipotiroidismo).

La macroglosia adquirida: por lo general resulta de: reacciones alérgicas, hemorragias o infecciones. El crecimiento crónico de la lengua se asocia casi siempre con una enfermedad generalizada.¹⁷

La presión constante de la masa lingual hace inclinar hacia adelante los dientes separándolos, obligando a tener la boca abierta, lo que ocasiona también la sialorrea.

La articulación de los fonemas está alterada en su precisión y rapidez. Su tratamiento en casi todos los casos es la glossectomía parcial. El período de readaptación dura unas tres semanas en el niño y tres meses en el adulto. Al término de este tiempo, en la mitad de los casos la inteligibilidad del habla ha mejorado mucho. En algún caso, la /x/ y la /n/ deben ser reeducadas.¹⁵



VII. Paladar ojival*

La bóveda del paladar es más profunda, en forma de tejado. Dificultad en los fonemas /N, /d/, /l/.

CAPÍTULO 5

FONEMAS DEL CASTELLANO HABLADO EN MÉXICO

Los fonemas de la modalidad del castellano hablado en México son 5 vocálicos: a, e, i, o, u y 17 consonánticos: p, t, d, l, m, n, ñ, f, b (se puede transcribir ortográficamente como b o v), ch, x (cuya graffa corresponde a las letras j o g), g, s (con sus equivalentes gráficos s, z, c), k (que gráficamente representa las letras k, qu y c), r, y. rr (equivale a erre vibrante múltiple).⁵

Las vocales son los sonidos producidos por la vibración de las cuerdas vocales con resonancia en la cavidad faringe-bucal, sin que haya contacto de la lengua con la bóveda palatina y sin la participación activa de la punta de la lengua, siendo los sonidos que presentan la mayor abertura de los órganos articulatorios. Si en la emisión de aire, las cuerdas vocales se aproximan y comienzan a vibrar, se origina el sonido articulado sonoro de las vocales.

Según el punto donde se lleva a cabo la articulación, las vocales se dividen en: anteriores como /i, e/, posteriores, como /o, u/ y centrales, como /a/.

Las consonantes se caracterizan por el ruido ocasionado por la aparición de un obstáculo en uno u otro, que se opone a la corriente de aire que fluye de la laringe.

5.1 CLASIFICACIÓN DE LOS FONEMAS.

Se clasifica a los fonemas en 4 categorías: por su punto de articulación, por el modo de articulación, por la función de la glotis y por la posición del velo del paladar.

A. Según el punto de articulación

- Bilabiales /p b m/, sonidos articulados con los labios en los que el labio inferior desempeña una función activa mientras el labio superior permanece pasivo.
- Labiodentales /f/, sonido articulado con el labio inferior (elemento activo) y el filo de los dientes superiores (elementos pasivos).
- Linguodentales /t d/, sonidos articulados con la punta de la lengua como órgano activo y el borde de los incisivos superiores como órgano pasivo.
- Alveolares /l n r, rr/. Sonidos articulados con la punta de la lengua como órgano activo y los alvéolos de los dientes superiores como órgano pasivo.
- Dentales /s/. Sonido articulado con los dientes superiores e inferiores en contacto y la lengua en la base de la boca con la punta hacia abajo (sin tocar los dientes). El punto de articulación descrito corresponde a la "s" mexicana.
- Palatales /ch y ñ/. sonidos articulados con el dorso de la lengua (órgano activo), apoyado en el paladar duro (órgano pasivo).
- Velares /g k x/. Sonidos articulados con el postdorso de la lengua (órgano activo) y el velo del paladar (pasivo).

B. Por el modo de articulación.

- Oclusivos. /p t k/. Son sonidos emitidos con los órganos cerrados, los cuales producen una pequeña explosión para permitir la salida del aire espiratorio bruscamente.

- Fricativos /f d s y g x/ se articulan con los órganos ligeramente entreabiertos y el aire espiratorio y el aire espiratorio durante su salida produce una suave fricción.
- Africado. /ch/. Es un sonido oclusivo en su comienzo, pero al abrirse los órganos un poco, se convierte en fricativo.

C. Por la función de la glotis

- Sordos /p, f, s, ch, x, k/, cuando en su articulación la glotis es sorda.
- Sonoros /b d y g l r, rr, m n ñ/. En la producción de estos fonemas es necesario utilizar el aire espirado por los pulmones, que al pasar por la laringe hace vibrar las cuerdas vocales.

D. Por el movimiento del velo del paladar.

- Bucales u orales. /p t ch k d y g f s x l r rr/. Son los fonemas que se pronuncian con el velo del paladar elevado para impedir que el aire contenido en la boca salga por las fosas nasales.
- Nasales /m n ñ/. Son los fonemas que se pronuncian manteniendo bajo el velo del paladar, lo cual impide que parte del aire contenido en la boca salga por las fosas nasales.

	Bilabial	Labio-dental	Linguodental	Linguointerdental	Lingualveolar	Linguopalatal	Linguo-velar
Oclusiva	P B		T D				K G
Fricativa		F		Z	S	Y	J
Africada						CH	
Nasal	M				N	Ñ	
Lateral					L	LL	
Vibrante simple					R		
Vibrante múltiple					RR		

5.2 DISLALIAS EN LAS VOCALES

En las dislalias infantiles rara vez se encuentra defectuoso el sonido de las vocales. Lo más frecuente es la dificultad presentada para el sonido /e/ que tiende a ser reemplazado por la /a/. En otras ocasiones la /o/ y la /a/.

5.3 DISLALIAS DE LAS CONSONANTES

La articulación de los fonemas consonantes presenta mayor dificultad que las vocales siendo, por tanto, aquí donde aparecen más abundantes casos de dislalias. El sonido de la /r/ es donde hay mayor incidencia de problemas y el que más dificultades presenta para ser superado, siguiéndole en frecuencia los sonidos /s/, /ch/, y /k/.

- Fonema /b/.

Es una consonante bilabial, oclusiva sonora. Se articula de la misma forma que la /p/ pero la tensión muscular labial es débil y se da la vibración de las cuerdas vocales. Su defecto también se le denomina betacismo.

En algunos casos el sonido se realiza sin vibraciones, siendo entonces sustituida por /p/.

- Fonema ch

Fonema linguopalatal, sordo. Para ser articulado los labios avanzan hacia delante y se separan un poco entre sí dejando ver los dientes, que también están ligeramente separados. El predorso de la lengua se apoya en la región prepalatal, formando en principio una oclusión momentánea, que evita la salida del aire, mientras los bordes de la lengua tocan los molares. En el segundo tiempo la lengua se separa del paladar, produciéndose la fricción con la salida del aire por un estrecho canal formado por el dorso de la lengua y paladar, la punta de la lengua no desempeña en este fonema ningún papel especial. Al ser una articulación sorda, no se dan vibraciones de las cuerdas vocales.

El defecto de este fonema puede darse al no apoyar la lengua contra el paladar, a la vez que se sitúa tras los incisivos inferiores, articulando así, en su lugar el sonido /s/.

- Fonema /d/.

Es linguodental, oclusiva, sonora. En la articulación de este fonema los labios permanecen entreabiertos, los dientes algo separados. La punta de la lengua apoyada en la cara interna de los incisivos superiores, sobresaliendo ligeramente de ellos y sus bordes laterales apoyados en la arcada dentales del maxilar. Como la tensión lingual no es intensa, la salida del aire, al retirar el obstáculo de la lengua, es suave. Cuando la /d/ aparece al final de palabra, se articula como fricativa.

Los defectos de este fonema se denominan deltacismos. Si hace demasiada presión con la punta de la lengua y deja salir el aire lateralmente, le saldrá una //.

En caso de presentar dificultad se puede articular también con interdental, asomando la punta de la lengua entre los incisivos y el resto de la misma forma que al hacerla dental.

- Fonema /l/.

Consonante labiodental, fricativa, sorda. Se articula colocando el labio inferior bajo el borde de los incisivos superiores y levantando ligeramente el labio superior de forma que se puedan ver un poco los incisivos superiores, dejando escapar el aire entre los dientes y el labio. El ápice de la lengua se coloca detrás de los incisivos inferiores, levantando un poco más sus bordes para acentuar el surco central. El velo del paladar se cierra y en la laringe no se dan vibraciones.

El defecto de esta articulación no suele presentarse con frecuencia, pero cuando aparece, suele corregirse fácilmente, ya que tiene un punto de articulación muy visible. En ocasiones, aunque labios y dientes estén bien colocados, el fonema obtenido es la /s/ al arquear excesivamente la lengua.

- Fonema /l/

Este fonema es lateral, lingualveolar, sonoro y para su articulación los labios permanecen entreabiertos y los dientes algo separados, permitiendo ver la cara posterior de la lengua, cuyo ápice se apoya en los alvéolos de los incisivos superiores y sus bordes en las encías, quedando a ambos lados una abertura lateral por donde sale el aire fonador, que al chocar con la cara interna de las mejillas, las hará vibrar. Esta vibración se podrá percibir al tacto si se aplica la mano con suavidad sobre la mejilla. Las cuerdas vocales vibran con la emisión del fonema.

El defecto de este fonema se llama lambdacismo. En muchas ocasiones la articulación de este fonema se debe a la falta de agilidad de la lengua.

En otros casos la articulación defectuosa es debida a un cierre lateral de la lengua impidiendo así la salida del aire que se realiza entonces de forma nasal, asemejándose a la /n/. En este caso se tratara de conseguir, sin emisión de voz, una postura correcta de la lengua, para conseguirla hacemos respirar al niño, con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

una inspiración nasal profunda y una espiración bucal violenta que haga mover ligeramente las mejillas. Después de realizar bien este primer paso, con la postura correcta, se le pedirá que lo repita, pero con voz, emitiendo un sonido continuo. Entonces se le indicará que suelte la lengua y que diga /a/, obteniendo así fácilmente la sílaba la. Se puede lograr la apertura lateral de la lengua simplemente introduciendo entre el borde de la lengua y los molares un palillo de dientes.

- Fonema /m/.

La consonante m es un fonema nasal, bilabial, sonoro. Para su emisión los labios se unen, con una tensión muscular media, impidiendo la salida del aire a través de ellos. El ápice de la lengua se apoya tras los incisivos inferiores y el resto de la misma queda extendida en el suelo de la boca. El velo del paladar desciende permitiendo la salida del aire por las fosas nasales y las cuerdas vocales vibran. El defecto de la /m/ se denomina metacismo. Este se da, generalmente, al entreabrirse los labios en el momento de la articulación con lo cual la totalidad o parte del aire sale por la boca, obteniendo un sonido semejante a la /b/.

- Fonema /n/.

La consonante n es un fonema nasal, linguoalveolar, sonoro. Para la articulación de este sonido, los labios y los dientes permanecen ligeramente entreabiertos. Los bordes de la lengua se adhieren a los molares superiores en su cara interna, el dorso toca una parte del prepaladar y el ápice se une a los alvéolos superiores, cerrando así la parte central de la cavidad bucal e impidiendo la salida del aire por la boca. A la vez, desciende el velo del paladar, permitiendo la salida de la corriente aérea por las fosas nasales que va acompañada de vibraciones laringeas. En ocasiones la lengua no logra adherirse al borde de los molares superiores ya sea por una malposición dental o por inmovilidad lingual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Fonema /p/.

Consonante bilabial oclusiva sorda. Se articula con los labios juntos y un poco fruncidos, y los incisivos ligeramente separados. La lengua toma la posición del fonema que le sigue. El aire, que se acumula en la boca, hace presión sobre los labios. Al separar éstos bruscamente dando salida al aire, se produce el sonido /p/.

Su defecto se denomina betacismo y aparece en escasas ocasiones. Puede suceder que el niño no cierre los labios, dejando salir el aire y haciendo el sonido fricativo.

- Fonema /r/

La consonante /r/ es una forma vibrante simple, linguoalveolar, sonora. Se articula con los labios entreabiertos, permitiendo ver la cara inferior de la lengua levantada hacia el paladar. Los bordes laterales de la misma se apoyan en las encías y molares superiores, impidiendo así la salida lateral del aire y la punta toca los alvéolos de los incisivos superiores. El aire se acumula en la cavidad formada por la lengua y el paladar. Al pronunciar el fonema, el ápice de la lengua se separa momentáneamente y al desaparecer la breve oclusión sale el aire en forma de pequeña explosión, que se puede percibir al colocar el dorso de la mano frente a la boca. Se da entonces una vibración de aire espirado, que actúa sobre ella.

El defecto de esta vibración se denomina rotacismo y se encuentra con mucha frecuencia en el habla infantil, dentro de una dislalia normal de evolución, ya que por la dificultad que presenta este fonema, aparece relativamente tarde en su pronunciación.

El rotacismo puede tener distintas denominaciones, según el lugar donde la r defectuosa es formada.

Rotacismo labial se origina cuando la vibración se da en los labios y no en la lengua o entre el labio inferior y los incisivos.

Rotacismo interdental se da cuando la lengua se sitúa entre los dientes, vibrando en contacto con los incisivos superiores, produciendo un sonido ceceante.

Rotacismo bucal, el aire es desviado lateralmente, entre la lengua y las mejillas, haciendo vibrar estas últimas y sustituyendo la /r/ por la /l/.

La /r/ velar, o rotacismo velar, es producido por las vibraciones del paladar blando, articulando el dorso de la lengua contra él, produciendo el sonido de la /g/.

El tratamiento de los fonemas /r/ y /rr/, es por lo general, el más largo, para conseguir su corrección.

- Fonema /rr/.

Es vibrante múltiple, lingualalveolar, sonora. Los órganos de la articulación se colocan como la /r/, pero aquí la punta de la lengua vibra repetidas veces, al formar varias oclusiones contra los alvéolos. El ápice de la lengua hace presión sobre la protuberancia alveolar, pero la presión del aire vence su resistencia permitiendo la salida de la corriente aérea. La resistencia lingual hace volver a la lengua a su posición primitiva, repitiéndose nuevamente el mismo movimiento con gran rapidez, dando lugar a la salida del aire en pequeñas exposiciones. La correcta pronunciación de este fonema exige una gran agilidad en la punta de la lengua.

Los defectos de este fonema son los mismos que los descritos en el caso anterior, recibiendo también idénticos nombres.

- Fonema /s/

Consonante lingualalveolar, fricativa sorda. Se articula con los labios entreabiertos y las comisuras algo retiradas hacia los lados. Los dientes ligeramente separados y el ápice de la lengua apoyado en los alvéolos de los incisivos inferiores, dejando una pequeña apertura redondeada. Los bordes de la lengua tocan los molares superiores y las encías, evitando la salida lateral del aire. Los defectos de esta articulación se llaman sigmatismos, originados por una falsa posición de los dientes o de los labios. El sigmatismo interdental ocurre cuando la punta de la lengua se introduce entre los incisivos, resultando el sonido /z/. En ocasiones esta alteración se produce al darse una respiración bucal constante, porque existe

algún obstáculo nasal. En el sigmatismo dental la lengua se apoya fuertemente contra los alvéolos inferiores, impidiendo que se forme el canal medio y en este caso, el aire sale extendido entre los dientes. Si la punta de la lengua se apoya en los alvéolos superiores, se produce el sonido oclusivo /t/.

El sigmatismo labiodental, aparece con escasa frecuencia, es producido al dar salida al aire entre los labios inferior y los incisivos superiores, resultando una articulación semejante a la /f/.

Sigmatismo labial. Es el producido al proyectar hacia delante ambos labios. El aire espirado penetra en el espacio que queda entre los dientes y los labios y produce un sonido que se asemeja a una mezcla entre /f/ y /ch/.

Sigmatismo palatal se presenta cuando la punta de la lengua se lleva hacia atrás, aproximadamente al paladar duro. La /s/ palatal que así se obtiene se parece al sonido de la /ch/.

Sigmatismo lateral se produce al elevarse la lengua por un lado, dirigiéndose entonces la corriente de aire espirado hacia el lado opuesto, saliendo entre los caninos y los premolares, para chocar contra la mejilla. El lado de la boca por donde se escapa el aire es retirado hacia atrás. Puede darse el caso que apoyando la lengua en las protuberancias de los incisivos superiores, sus bordes no toquen los molares, dejando escapar el aire lateralmente, sustituyendo la /s/ por la /f/.

- Fonema /t/

Es una consonante linguodental, oclusiva sorda. Se articula con los labios entreabiertos y los incisivos ligeramente separados. La punta de la lengua se apoya en la cara posterior de los incisivos superiores y sus bordes se apoyan en las arcadas dentales, impidiendo así la salida del aire. Al separarse bruscamente la punta de la lengua, que se sitúa detrás de los incisivos inferiores, se produce el sonido /t/.

Los defectos de la /t/ llamados deltacismos. Durante la articulación de este fonema suelen ocurrir vibraciones laríngeas, colocando la punta de la lengua en el borde de los incisivos superiores, resultando, en este caso, la sustitución por el fonema

fonema /d/. Es necesario hacerle notar la diferencia entre la vibración y su ausencia, al situarse la mano en la parte anterior del cuello y así diferenciar ambos sonidos, o también percibiendo la salida del aire sobre el dorso de la mano. Cuando los bordes de la lengua no se apoyan en el paladar la /t/ sale defectuosa.

- Fonema /y/.

Fonema linguopalatal, fricativo sonoro. En su articulación los labios permanecen entreabiertos y los incisivos ligeramente separados. El dorso de la lengua se adhiere a la parte media y anterior del paladar duro, dejando en el centro un pequeño canal por donde corre el aire. Los bordes contactan con la arcada dental superior, desde los caninos hacia atrás. La punta se sitúa tras los incisivos inferiores.

Se puede dar un defecto en este fonema cuando se apoya excesivamente la lengua contra el paladar, cerrando el canal de salida de aire.

- Fonema /z/.

Es linguointerdental, fricativo, sordo. Para su articulación, la punta de la lengua se estrecha y se sitúa entre los incisivos superiores e inferiores, sin cerrar por completo la salida del aire, tocando con su borde los molares, para evitar la salida lateral del aire. Es frecuente el defecto del seseo, en el cual el fonema /z/ es sustituido por la /s/.^{1,2}

CAPÍTULO 6

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El lenguaje es un proceso en el que intervienen elementos psicológicos, motores y sociológicos, cuya influencia es indispensable en la producción del mismo.

Para que se generen sonidos se requiere de un sistema complejo en el que intervienen un gran número de órganos.

El circuito del habla se encarga de emitir y recibir los sonidos. Los mecanismos de emisión del sonido están determinados por las cuerdas vocales y el sistema fonoarticulador.

Estos órganos conjuntados se encargan de emitir el sonido humano y establece las diferencias entre los distintos ruidos hasta convertirlos en fonemas y palabras.

El desarrollo anormal del habla se debe a varios factores, que pueden deberse a errores en su mecanismo de producción o fallos anatómicos del aparato articulador, en cuyo caso se le denomina dislalia, que se refiere a los trastornos en la articulación de los fonemas,

La dislalia orgánica es la relacionada con los trastornos en los órganos anatómicos de la articulación, la cual se divide en:

- **Disartria:** Trastornos de origen neurológicos.
- **Disglosia:** Anomalías anatómicas de los órganos del lenguaje que se pueden localizar en los dientes, lengua, paladar y labios.

Las principales son: malposiciones dentarias (anomalía de espacio que dificulta el mecanismo de la masticación y la articulación, la cual determina la calidad de los sonidos), que puede deberse a diversos factores (hábitos perniciosos: succión digital, respiración bucal, hábitos de labio)

El habla también se ve afectada por alteraciones anatómicas como: anquiloglosia, macroglosia, pérdida prematura o extracción prematura de dientes deciduos (sin

colocación de un mantenedor de espacios) y alteraciones en la profundidad del paladar.

Por lo tanto, la articulación es un proceso fisiológico mediante el cual el sistema articulador forma los fonemas que constituyen los sonidos articulados. Debido a que los puntos de apoyo o articulatorios están en posiciones inadecuadas los fonemas se ven por tanto alterados en el momento de su emisión.

6.2 JUSTIFICACIÓN

El lenguaje oral puede verse alterado debido a diversos factores etiológicos. Las alteraciones del sistema articulatorio afectan la correcta emisión de los fonemas, por lo que es necesario conocer los factores desencadenantes de dichas alteraciones y sus respectivas repercusiones, para poder dar un diagnóstico correcto.

En la práctica dental es de suma importancia que dicho diagnóstico sea el indicado para prevenir tratamientos erróneos, y al mismo tiempo determinar si es necesaria la intervención de un especialista en foniatría, con el cual podemos formar un equipo interdisciplinario.

6.3 HIPÒTESIS

- Las alteraciones del habla pueden no estar asociadas a problemas bucodentales

NULA

- Las alteraciones del habla siempre están asociadas a problemas bucodentales.

6.4 OBJETIVOS

GENERAL

- Identificar los problemas bucodentales que provocan alteraciones en el lenguaje en niños de edad preescolar en el Jardín de Niños "Carlos Pellicer" turno matutino.

ESPECÍFICOS

- Determinar el origen de los problemas bucodentales que provocan alteraciones en el lenguaje (hábitos, anquiloglosia, macroglosia, paladar profundo).
- Conocer la patología articular que se relaciona con problemas bucodentales.
- Conocer cuales sonidos fonéticos se ven afectados por problemas bucodentales.

CAPÍTULO 7

METODOLOGÍA

7.1 MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación se realizó para hacer una descripción de las anomalías bucodentales que se relacionan con las alteraciones del habla en la población infantil de 3 a 5 años matriculados en el Jardín de Niños "Carlos Pellicer" turno matutino.

7.2 TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo
- Transversal.

7.3 POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA

El universo de trabajo esta conformado por preescolares del género masculino y femenino cuya edad oscila entre los 3 y 5 años, matriculados en el Jardín de Niños "Carlos Pellicer" turno matutino localizado en la Col. Pedregal de San Nicolás Delegación Tlalpan, México D.F.

El total de la población estudiantil del Jardín de Niños "Carlos Pellicerr es de 240 alumnos en el turno matutino por lo que el tamaño de la muestra es de tipo aleatorio simple.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

El estudio comprende a preescolares del género femenino y masculino cuya edad oscila entre 3 a 5 años matriculados en el Jardín de Niños "Carlos Pellicer" turno matutino.

7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyen del estudio a los preescolares del género femenino y masculino mayores de 5 años que están matriculados en el Jardín de niños "Carlos Pellicer".

7.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

En el estudio serán eliminados todos los preescolares del género femenino y masculino cuya edad este en el parámetro de 3 a 5 años que no estén matriculados en el Jardín de Niños "Carlos Pellicer" turno matutino.

7.7 RECURSOS HUMANOS

- 1 Pasante de odontología
- 1 Director de tesina
- 1 Asesor de tesina
- 1 Directora del Jardín de Niños "Carlos Pellicer" turno matutino.

7.7.1 RECURSOS MATERIALES

- 42 Cuestionarios
- 1 Lápiz
- 1 Pluma
- 42 Abatelenguas
- Retractores de carrillos.
- 1 Computadora
- 6 Discos para computadora
- 1 Cámara fotográfica
- 1 Disco para cámara fotográfica
- 1 Cámara de video
- 1 Cassette para cámara de video.

7.7.2 RECURSOS FÍSICOS

- Instituto de Comunicación Humana
- **BIBLIOTECAS:** Facultad de Odontología UNAM.
Facultad de Psicología UNAM.
Universidad Pedagógica Nacional.
Biblioteca central UNAM
Biblioteca del Colegio de Ciencias y Humanidades
Plantel Sur.

7.7.3 CRONOGRAMA

FEBRERO						
D	L	M	M	J	V	S
	17 A-1	18 A-1	19 A-2, C	20 A-3	21 A-3	22
23	24 A-4	25 A-5	26 B	27 D	28 D	
MARZO						
						1 E, G
2	3 E, G	4 E, G	5 F, G	6 F-1, G, B	7 H, I, G	8
9	10 I-1, E, G	11 B	12 EG	13 E, G	14 J	15
16	17 K	18 K	19 B-1	20 K	21 K, K-1	22
23	24 K	24 K, K-1, K-2	26 K-2, L	27 L	28 L	29 M
30	31					

A. Recolección de información bibliográfica

A-1 Consulta en la Biblioteca de Psicología

A-2 Consulta en la Biblioteca del Instituto de Comunicación Humana.

A-3 Consulta en la Biblioteca de la UPN.

A-4 Consulta en la Biblioteca de Odontología

A-5 Recolección de artículos en internet y/o revistas.

B. Reunión con directora de tesina para revisión.

B-1 Reunión con asesor de tesina

C. Primera visita al Jardín de Niños "Carlos Pellicer" para firma de autorización de trabajo de campo.

D. Análisis de información bibliográfica

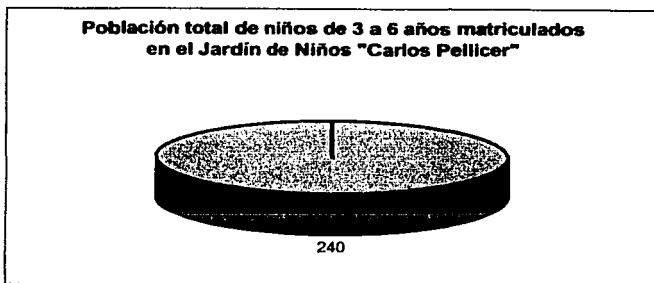
- E. Estructuración y mecanografiado de antecedentes.
- F. Realización de planteamiento de problema
 - F-1 Realización de hipótesis y objetivos.
- H. Mecanografía de información general a computadora.
- I. Realización de cuestionario en computadora
 - I-1. Revisión de cuestionarios por la directora de tesina
- J. Recolección de material de apoyo para la práctica de campo (42 cuestionarios, material pedagógico de apoyo, abatelenguas, retractor de carrillos, cámara fotográfica, cámara de video, rollo fotográfico, cassette para cámara de video.).
- K. Aplicación de cuestionarios y análisis fonemático en el Jardín de Niños Carlos Pellicer Turno matutino.
 - K-1. Sesión fotográfica.
 - K-2. Sesión de video.
- L. Análisis de resultados.
- M. Discusión y conclusiones.

7.8 RESULTADOS

Población (objeto de estudio)

A. Población total

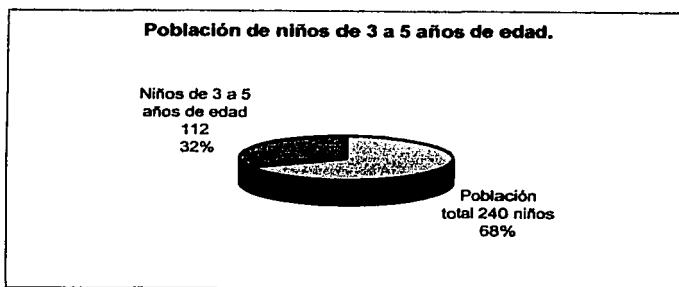
La población total del Jardín de Niños "Carlos Pellicer" es de 240 preescolares inscritos.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B. Edad

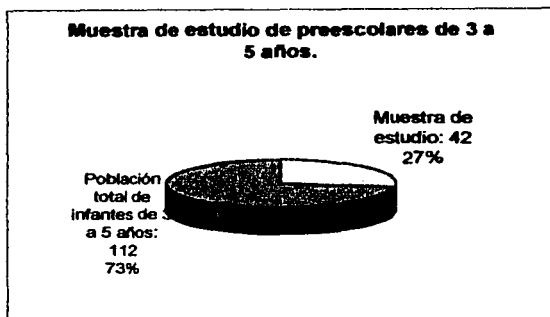
La primera variable de estudio que se analizó fue la edad, que se agrupó en un rango de edad de 3 a 5 años, cuyo total de población es 112 niños inscritos en el Jardín de Niños "Carlos Pellicer".



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C. Muestra de estudio

La muestra de estudio es de 42 preescolares de ambos géneros, la que se representa en la siguiente gráfica



D. Sexo

La siguiente variable de estudio es el sexo, de la cual podemos mencionar que los datos obtenidos fueron: 21 niñas y 21 niños distribuidos de la siguiente manera según su edad: 5 niñas de 3 años, 6 niñas de 4 años, 10 niñas de 5 años, 9 niños de 3 años, 6 niños de 4 años y niños de 5 años.

DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA SEGÚN SEXO					
3 AÑOS		4 AÑOS		5 AÑOS	
Niña	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño
5	9	6	6	10	6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alteraciones del aparato bucofonatorio (variables)

Una vez recolectada la información a través de cuestionarios se analizaron, organizaron, cuantificaron y tabularon los datos que arrojaron información sobre las diferentes variables de estudio. A continuación se analizarán más detalladamente, las variables que se incluyeron en el cuestionario y las gráficas con los datos obtenidos por medio de los resultados especificados para cada una de ellas, con la finalidad de comprobar si la hipótesis planteada en un principio es válida o no.

Alteraciones del habla en preescolares de 3 a 5 años.

De los 25 casos de Rotacismos: 3 están relacionados a frenillo labial hipertrófico y labio hipotónico, 1 a macroglosia, 1 a frenillo lingual corto, 3 con planos terminales mesiales, 10 presentan planos terminales distales, 2 plano terminal recto, 1 con mordida cruzada anterior, 1 con mordida abierta anterior, 2 con respiración bucal, 5 con succión digital, 4 con el hábito de morderse los labios, 1 presenta ausencia dental, 1 malposición dental y 6 presentan espacios fisiológicos.

La alteración Sigmatiza afecta a 8 casos de los cuales 2 se relacionan con frenillo labial hipertrófico, 1 con labio hipotónico, 1 a frenillo lingual corto, 2 con paladar profundo, 1 a plano terminal mesial, 5 a plano terminal distal, 1 a plano terminal recto, 2 con mordida cruzada anterior, 3 con succión digital, 1 con morderse los labios, 1 a ausencia dental y 4 presentan espacios fisiológicos.

De los 12 casos de Lambdacismos 1 se vincula con frenillo labial hipertrófico, 1 con paladar profundo, 1 con plano terminal mesial, 5 con plano terminal distal, 1 con mordida abierta anterior, 1 es respirador bucal, 1 se muerde los labios, 1 presenta ausencia dental, 1 espacios fisiológicos y malposición dental.

El Betacismo presentó 6 casos de los cuales 1 presenta labio hipotónico, 1 frenillo lingual corto, 1 paladar profundo, 3 plano terminal mesial, 1 plano terminal distal, 1 plano terminal recto, 1 mordida cruzada anterior, 1 es respirador bucal, 3 tienen hábito de succión digital, 2 se muerden los labios, 1 tiene ausencia dental y 2 espacios fisiológicos.

Del Gammacismo solo destaca 1 caso, el cual se relaciona a frenillo labial hipertrófico, plano terminal distal y espacios fisiológicos. En el jotacismo también se presentó un caso asociado a frenillo labial hipertrófico, plano terminal distal y espacios fisiológicos.

Por su parte el Deltacismo presenta 1 caso, el cual, se relaciona con frenillo lingual corto, plano terminal distal, succión digital y se muerde los labios.

En el grupo de otros se encuentran las alteraciones en los fonemas Y, Z y CH.

Los datos antes mencionados se representan en la tabla siguiente

Anomalia	Rotacismos	Sigmatismo	Lambdanismo	Betacismo	Gammanismo	Jotacismo
Labio fisurado	0	0	0	0	0	0
Frenillo labial hipertrófico	3	2	1	0	1	1
Labio hipotónico	3	1	0	1	0	1
Labio hipertónico	0	0	0	0	0	0
Macroglosia lingual	1	0	0	0	0	0
Microglosia lingual	0	0	0	0	0	0

Frenillo lingual corto	1	1	0	1	0	0
Tono lingual anormal (hipo e hipertónico).	0	0	0	0	0	0
Paladar profundo	0	2	1	1	0	1
Fisura palatina	0	0	0	0	0	0
Plano de oclusión mesial	3	1	1	3	0	3
Plano de oclusión distal	10	5	6	1	1	2
Plano de oclusión recto	2	1	0	1	0	1
Mordida cruzada anterior	1	2	0	1	3	0
Mordida cruzada post.	0	0	0	0	1	0
Mordida abierta ant.	1	0	1	0	0	1

Respiración bucal	2	0	1	1	1	2
Succión digital	5	3	0	3	4	1
Morderse los labios	4	1	1	2	4	2
Deglución atípica	0	0	0	0	0	0
Ausencia dental	1	1	1	1	6	2
Espacios fisiológicos	6	4	1	2	5	2
Malposición dental	1	0	1	0	3	1

...Continuación

Anomalia	Deltacismo	Metacismo	Otros	
Labio fisurado	0	0	0	
Frenillo labial hipertrófico	0	0	2	
Labio hipotónico	0	0	1	
Labio hipertónico	0	0	0	
Macroglosia lingual	0	0	0	
Microglosia lingual	0	0	0	
Frenillo lingual corto	1	0	1	
Tono lingual anormal (hipo e hipertónico).	0	0	0	
Paladar profundo	0	0	0	

Fisura palatina	0	0	0	
Plano de oclusión mesial	0	0	0	
Plano de oclusión distal	1	1	3	
Plano de oclusión recto	0	0	1	
Mordida cruzada anterior	0	0	0	
Mordida cruzada post.	0	0	0	
Mordida abierta ant.	0	0	0	
Respiración bucal	0	0	0	
Succión digital	1	0	4	
Morderse los labios	1	0	2	
Deglución	0	0	0	

atípica				
Ausencia dental	0	0	0	
Espacios fisiológicos	0	0	3	
Malposición dental	0	0	0	

Resultados de los problemas bucodentales y fonéticos en preescolares de 3 a 5 años.

Las anomalías del aparato bucal o estomatognático dieron como resultado 24 variables de estudio y el aparato fonatorio 17 variables, cuyos resultados fueron ordenados según las variables de edad y sexo.

En la tabla siguiente se muestran los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos de dichas variables.

Tabla de variables del aparato bucofonatorio.

	3		4		5	
Anomalla	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño
Labio fisurado	0	0	0	0	1	0
Frenillo labial hipertrófico	2	1	1	1	3	1
Labio hipotónico	1	0	2	2	2	1
Labio hipertónico	0	0	0	0	0	0
Macroglosia lingual	0	0	0	1	0	0
Microglosia lingual	0	0	0	0	0	0
Frenillo lingual corto	0	1	1	1	0	0

Tono lingual anormal (hipo e hipertónico).	0	0	0	0	0	0
Paladar profundo	0	2	0	1	4	1
Fisura palatina	0	0	0	0	0	0
Plano de oclusión mesial	0	4	0	3	3	3
Plano de oclusión distal	2	3	3	3	4	2
Plano de oclusión recto	1	2	3	0	3	1
Mordida cruzada anterior	0	2	0	0	3	0
Mordida cruzada post.	0	0	0	0	1	0
Mordida abierta ant.	0	0	0	0	0	1
Respiración bucal	0	0	1	2	1	2
Succión digital	0	5	2	2	4	1
Morderse los labios	1	3	0	0	4	2
Deglución atípica	0	0	0	0	0	0

Ausencia dental	0	1	0	0	6	2
Espacios fisiológicos	3	3	1	4	5	2
Malposición dental	0	2	2	1	3	1

Tabla de alteraciones fonéticas

Fonema	3		4		5	
	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño
P	0	1	0	1	1	0
B	0	1	1	0	0	1
M	0	0	1	0	0	0
F	0	0	0	0	0	0
T	0	0	0	0	0	0
D	0	1	0	0	0	0
Z	0	2	1	0	0	0
S	1	3	1	2	1	0
L	2	1	2	2	1	2
R	3	4	3	1	0	2
RR	2	4	3	2	0	2
CH	0	1	0	0	0	0
Y	1	0	0	0	0	0
LL	1	0	1	0	0	0
K	0	0	0	0	0	0
G	1	0	0	0	0	0
J	1	0	0	0	0	0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

HOJA DE REGISTRO

ÓRGANOS BUCOFONATORIOS ²¹

NOMBRE: CRISTINA EMILIANO RIVERA FECHA 18/03/03

SEXO: F EDAD: 1 GPO. I A

LABIOS:

Labio fisurado SI No
 Frenillo labial Normal Hipertrófico
 Tono labial Hipotonía normal Hipertonía

LENGUA

- Tamaño lingual Normal Macroglusia Microglusia
- Frenillo lingual Normal Corto
- Tono lingual Hipotonía Normal Hipertonía

PALADAR

- Paladar Normal Profundo Corto
- Fisura palatina SI No

OCLUSION

Planos de oclusión: Mesial Distal Recto

Mordida cruzada anterior: SI No

Mordida cruzada posterior: SI No

Mordida abierta anterior: SI No

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HÁBITOS PERNICIOSOS

Respiración bucal: Sí No
 Succión digital: Sí No
 Morder los labios Sí No
 Deglución atípica Sí No

DIENTES

Ausencia dental Sí Ant. Post. No
 Espacios fisiológicos Sí No
 Malposiciones dentales Sí No

OBSERVACIONES _____

INSPECCIÓN FONÉTICA

CONSONANTES				
PUNT. ARTIC.	FONEMAS	PRONUNCIACIÓN NORMAL	FON. EXCLUIDO	FON. SUSTITUIDO
BILABIAL	/P/			
	/B/			
LABIODENTAL	/F/			
LINGUODENTAL	/T/			
	/D/			
LINGUOINDENTAL	/Z/			
LINGUOALVEOLAR	/S/			
	/L/			
	/R/			
	/RR/			
LINGUOPALATAL	/LL/			
LINGUOVELAR	/G/			
	/J/			

OBSERVACIONES

Cecceo en la letra S

7.9 CONCLUSIONES

El habla o lenguaje oral en niños de edad preescolar de 3 a 5 años puede verse afectado por problemas bucodentales que alteran la correcta emisión del lenguaje: el frenillo corto, hábitos bucales, paladar profundo, frenillo labial hipertrófico, fueron las alteraciones más frecuentes en el sistema articulador. Los sigmatismos y rotacismos son por su parte las alteraciones más comunes en el aparato fonético, siguiéndole en orden de importancia los betacismos y lambdanismo.

Se encontraron además, una gran variedad de anomalías, de origen ajeno al bucodental, que afecta a la emisión correcta de los fonemas. Por lo que la hipótesis es comprobada.

7.9.1 DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios que se han realizado sobre alteraciones del lenguaje oral relacionadas con problemas bucodentales, concluyen que la anomalía principal que afecta a la emisión apropiada de los fonemas, es la maloclusión dental.

La presencia de sigmatismos, rotacismos y lambdanismos en este trabajo demuestra que a parte de las maloclusiones dentales, también los hábitos perniciosos, la profundidad del paladar y la alteración de los frenillos, afecta la emisión correcta de los fonemas.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ DE FAIRMAN Silvia C. Trastornos de la comunicación oral. 2ª edición. Argentina. Ed. Magisterial del Río de la Plata. 1998
- ² GARTON Alison. F. Interacción social y desarrollo del lenguaje y la cognición. España. Ediciones Paidós. 1994.
- ³ PIAGET VS BRUNER WWW.lafacu.com.apuntes.biologia/default.htm.
- ⁴ SANTANA Lario. Panorama de la lingüística actual. Granada. Editores Luque Durán & A. Pamies Beltrán. 1997
- ⁵ BOOTON Charles. El desarrollo del lenguaje. Argentina Ed. UNESCO 1976.
- ⁶ NIETO HERRERA Margarita. Evolución del lenguaje. 2ª edición. México Ed. Porrúa. 1984.
- ⁷ MOORE. Anatomía con orientación. 4ª edición España Ed. Medica Panamericana. 2002.
- ⁸ LATARJET. RUIZ. Anatomía humana Tomo I-II. México. Ed. Medica Panamericana. 1992
- ⁹ SANTIUSTE BERMEJO Victor. Hijos con problemas de lenguaje. España. Ediciones CEAC. 1991.
- ¹⁰ FINN. Odontología Pediátrica. 4ª. edición. México. Ed. Interamericana. 1994.

- ¹¹ JIMENEZ Ariosa Aurea. Alteraciones del habla en niños con anomalías dentomaxilofaciales. Rev. Cub. de Ort. 1997 13(1).
- ¹² PASCUAL CARRERA Pilar. La dislalia. España. Ed. Ciencias de la educación preescolar. 1988.
- ¹³ HIRSCHFELD. Pequeños movimientos dentarios en odontología general. Argentina. Ed. Mundi. 1969.
- ¹⁴ BARNET. Terapia oclusal en odontopediatría. Argentina. Ed. Panamericana 1978.
- ¹⁵ RODRIGUEZ Daniel. La disglosia lingual: alteraciones orgánicas. http://www.espaciologopedico.com/articulos2.asp?id_articulo=229.
- ¹⁶ FLORENTINO Jorge. Frenillo lingual y del labio superior. http://www.espaciologopedico.com/articulos2.asp?id_articulo=282
- ¹⁷ KABAN Edward. Cirugía bucal y maxilofacial en niños. México. Ed. Interamericana 1992.
- ¹⁸ ESPACIO LOGOPEDICO
http://www.espaciologopedico.com/articulos2.asp?id_articulo=65
- ¹⁹ GACETA DENTAL. Hábitos relacionados con maloclusiones dentarias: aportaciones de los logopedas en corrección de los mismos. Http://www.gacetadental.com/foyci/foyci_texto.asp?d=3&d3=/octubre_2002/Ciencia/3.htm
- ²⁰ PEÑA-CASANOVA Jordi Manual de logopedia. 3ª edición. España Ed. Masson. 2001.

²¹ BUSTOS BARCOS María. Manual de logopedia escolar: niños con alteraciones del lenguaje oral en educación infantil y primaria. 2ª ed. España Ed. CEPE. 1998.

²² RIGAL N. Dislalias. Rev. Cub. Ort. 1999 14(2).



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE CULTURA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DEL SEMINARIO
DE TITULACIÓN

**MTRA. MARTHA CERVANTES
DIRECTORA DEL JARDÍN DE NIÑOS
"CARLOS PELLICER" T.M.**

Solicito muy atentamente su autorización para que el pasante **BONIFACIO LÓPEZ ERIKA IRMA** No. de cuenta 9219779-6, realice su investigación para elaborar la tesina: **Alteraciones del habla asociadas a problemas bucodentales en niños de edad preescolar**, en el departamento que usted tan dignamente dirige

Sin más por el momento y esperando contar con su apoyo, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo,

Atentamente,
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitaria, D. F., a 6 de febrero de 2003

LA COORDINADORA

DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER



S. E. P. 12-03-03/
COORDINACIÓN GENERAL DE
EDUCACIÓN PREESCOLAR
JARDÍN DE NIÑOS
M-812-049
CARLOS PELLICER CAMANA
C. C. T. 090JN003V
SECTOR II
DELEGACIÓN TLALPÁN

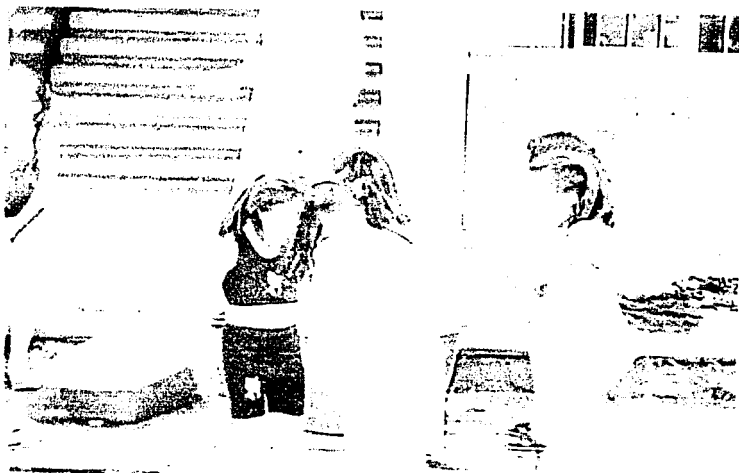
TRAMO CON
FALLA DE ORIGEN

79-1

ANEXOS



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN