

01421
77



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DEL
LENGUAJE EN EL CONSULTORIO DENTAL**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

MAGDALI CRUZ RENDÓN

DIRECTORA: MTRA. VIOLETA ZURITA MURILLO

H. B.

México, D.F.

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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

Por darme la vida y entendimiento.
Gracias por colmarme de bendiciones y
dirigir mi vida.

A MI ESPOSO

Rafael Guerrero: Por la familia increíble que
has formado, por tu amor y apoyo incondicional,
porque grandes sacrificios traerán ricas
bendiciones. Te amo.

A MI HIJA

Vania: Eres una rica bendición y una de
mis grandes inspiraciones, gracias por tu
amor y los sacrificios que has tenido que
pasar para lograr este sueño, eres parte de
él. Te amo.

A MI PADRE

Por tu confianza, y apoyo durante toda mi
vida, sé que siempre podré contar contigo.

A MI MADRE

Por toda una vida de esfuerzo, por tu
amor para mí y mi familia. Gracias por tu
confianza.

A MI HERMANA

Por tu amor, apoyo, consejos durante toda
mi vida, doy gracias a Dios porque eres una
hermana increíble.

A LA UNIVERSIDAD Y MIS PROFESORES.

Por dirigir mis estudios y formarme como
profesionista.

A LA C.D. MA. TRINIDAD TORRES BENÍTEZ

Los hechos dicen más que cualquier
palabra, gracias por tu apoyo y tu amistad
incondicional.

A MIS AMIGOS

Por su confianza y sus consejos, gracias
por compartirme parte de su tiempo.

A MIS PACIENTES

Por su comprensión, ustedes son parte
fundamental de este logro.

A LA MTRA. VIOLETA ZURITA MURILLO

Por su enseñanza y apoyo para la
realización de esta tesina.

Y FINALMENTE

A todos los que han confiado y formado
parte de este logro.

d



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. GENERALIDADES DEL LENGUAJE.....	1
1.1 Lenguaje	1
1.2 Desarrollo y adquisición del lenguaje.....	3
1.2.1 Fase del pre-lenguaje	6
1.2.2 Fase de las primeras palabras.....	7
1.2.3 Fase del pequeño lenguaje.....	9
1.3 Órganos que intervienen en el lenguaje.....	11
2. TRASTORNOS DEL LENGUAJE.....	17
2.1 Trastornos del lenguaje.....	17
2.2 Clasificación de los trastornos del lenguaje	19
3. DIAGNÓSTICO	27
3.1 Anamnesis	27
3.2 Exploración Clínica.....	31
3.2.1 Anomalías dentales.....	31
3.2.2 Anomalías palatinas.....	34
3.2.3 Anomalías linguales.....	35
3.2.4 Anomalías labiales	37
3.2.5 Respiración	38
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41



INTRODUCCIÓN

El propósito de esta tesina es poder servir de guía al odontopediatra para realizar un diagnóstico certero de los trastornos del lenguaje, ya que en algunas ocasiones es el primer profesional que consultan los padres, después del pediatra, de ahí la importancia de conocer el desarrollo del habla para poderlos diagnosticar y poder trabajar de manera interdisciplinaria con profesionistas dedicados a la rehabilitación de los trastornos del lenguaje.

El Cirujano dentista debe saber reconocer cuando existe un trastorno en el lenguaje, y saber en que momento remitirlo con el logopeda o trabajar en conjunto con él. Las alteraciones en la voz constituyen el primer síntoma de un proceso patológico. Los niños que presentan un trastorno claro en la voz deben ser remitidos al otorrinolaringólogo para que efectúe la exploración correspondiente.

El objetivo de la exploración del lenguaje es conocer el sistema lingüístico del niño para derivar de este conocimiento acciones futuras que le permitan tener un medio de comunicación adecuado, de acuerdo a sus posibilidades, pues sin duda el lenguaje determinará la diferencia en su medio social en el que se desenvuelva de ahí la importancia de prevenir cualquier anomalía.

Desde que el niño nace, está expuesto al habla de los demás, es decir, se encuentra en un medio lingüístico; escucha emisiones perfectamente construidas, y es el adulto quien le facilita la tarea de realizar una construcción propia. El habla no es hereditaria, se adquiere y es conociendo en el proceso de la adquisición del lenguaje que podemos determinar si se encuentra en los parámetros correctos.



1. GENERALIDADES DEL LENGUAJE

Por el lenguaje humano los hombres se comunican por señas, por dibujos, por ruidos, etc. Sin embargo, generalmente los hombres para comunicarse hablan. El que habla produce con la boca (pronuncia) ciertos sonidos simbólicos "palabras" que representan conceptos y generan conceptos en la mente del oyente. El lenguaje humano se manifiesta esencialmente en forma oral, esta forma se conoce como habla, que se "define como el acto de pronunciación articulada de las palabras de un lenguaje".¹

1.1 LENGUAJE

El lenguaje es cualquier medio que se emplea para expresar las ideas. Los seres humanos viven en contacto unos con otros, en sociedad. Para poder vivir así necesitan comunicarse. Esta comunicación se lleva a la práctica de diferentes maneras.

Para que se dé el mecanismo del habla son necesarios procesos básicos como: respiración, fonación, resonancia y articulación, dichos procesos intervienen en forma conjunta para dar como resultante el habla.

Respiración

El habla normal requiere la existencia de un flujo de aire adecuado, bien controlado y que se dirija de forma sistemática. Al hablar inhalamos con rapidez y el habla se produce durante el período más prolongado de la espiración.

¹ Ralph, McDonald, David R. Avery, Odontología Pediátrica y del adolescente, Ed. Panamericana, 5a. Edición Buenos Aires, 1990, p.789



Fonación

"Es el proceso de generación de sonidos y se debe a la actividad vibratoria de las cuerdas vocales"². En la producción de la voz, las cuerdas vocales vibran a medida que el aire es exhalado entre ellas. El flujo de aire exhalado al ser interrumpido por el patrón vibratorio de las cuerdas vocales sale de forma forzada y emite los sonidos. Los sonidos que genera el proceso fonatorio no son todavía el habla. Los procesos relativos a la modificación y configuración de los sonidos originales en sonidos identificables como habla son la resonancia y la articulación.

Resonancia

Es una función propia de las cavidades esencial en el habla. Según la configuración del sistema vocal (está localizado en las cavidades y estructuras por encima de la glotis –apertura entre las cuerdas vocales-), se seleccionan ciertas frecuencias, así algunas se amplifican mientras otras se atenúan.

Articulación

"Consiste en la producción de sonidos hablados, mediante la modificación de flujo respiratorio con las diferentes válvulas de las vías bucales: labios, dientes, lengua, mandíbula, paladar y otras estructuras asociadas durante el habla"³.

Estas acciones conforman las bien definidas y sistemáticas construcciones orales y faríngeas necesarias para pronunciar las consonantes.

Los procesos de respiración, fonación, resonancia y articulación se coordinan e integran por el sistema nervioso central hasta que por último resulta el proceso complejo y dinámico que se conoce como habla.

² Ibidem. p.789

³ Cameron, Angus, P.Widmer Richard, Manual de Odontología Pediátrica, Ed- Harcourt, Madrid, 1997, p. 308



1.2 DESARROLLO Y ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE

El desarrollo del lenguaje está estrechamente ligado al desarrollo psicológico general. Su adquisición es inseparable de las interacciones del sujeto con su universo psíquico. No obstante, el desarrollo del lenguaje también se liga a la evolución neuropsicológica y su elaboración es progresiva, siguiendo procesos complejos que dependen del grado de maduración y de la fisiología del organismo por una parte, y del ambiente sociocultural por otra.

La adquisición del habla y el lenguaje representa una faceta única del crecimiento y desarrollo del hombre es un proceso que abarca especialmente los primeros años de vida, pero que continúa a lo largo de la vida del individuo. Las niñas, hablan antes y mejor que los niños, al menos en la más tierna infancia (que va de los 0 a los 3 años de edad).⁴

El niño se comunica antes de saber hablar (mímica, sonrisas, voz, lloros). Esta aptitud es particularmente importante en la medida en que prefigura la función social del lenguaje. "La primera emisión de sonido del hombre es el llanto al nacer"⁵, así pues, el recién nacido ya desde sus primeras manifestaciones modula el llanto con un objeto de cubrir sus demandas fundamentales de comunicación. "Existen variaciones básicas que le permiten a los padres saber si el niño llora de hambre, dolor o sueño y que son interpretados de acuerdo al contexto en el que se dan, después del primer mes existen variaciones del llanto debido al uso de los órganos de articulación."⁶

⁴ Rondal, J. Seron, Trastornos del Lenguaje I, lenguaje oral, lenguaje escrito, neurolingüístico, Ed. Paidós, (2ª reimpresión), Buenos Aires, 1998, p. 83

⁵ Ralph, Op. cit. p 789

⁶ La adquisición del lenguaje, Dirección General de Educación Especial, S.E.P, México, 1985, p. 17



Desde las primeras semanas de vida, la madre considera a su bebé como un verdadero interlocutor al que atribuye intenciones de comunicación. Los gritos, la vocalización, la mímica y los movimientos no verbales son interpretados por la madre como que tienen sentido. La madre es muy receptiva a todos estos comportamientos y responde de manera verbal y/o mimo-gestual. Esto tiene por efecto reforzar algunas actitudes del bebé, actitudes que, retomadas por la madre, son insertadas en una "conversación" donde el bebé experimenta alternativamente los tiempos de palabra y de escucha.

Desde los primeros meses, el niño multiplica experiencias perceptivas a través de lo que ve, entiende, toca, huele y prueba. Sus padres, al comentar sus experiencias, le ayudan a organizar su entorno, su relación con las personas, los objetos y las acciones. A medida que el niño se vuelve más hábil en el plano motor, van surgiendo los nuevos comportamientos interactivos y mentales (fig. 1).



Fig. 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Los padres, al otorgar un contenido afectivo a las sílabas balbuceadas e incoherentes del niño, ayudarán a éste a relacionar su expresión fónica con el contenido afectivo que el ambiente le otorga.

El aprendizaje del lenguaje sigue una secuencia predecible, pero la adquisición de estas capacidades es mucho más variable que la adquisición de los sonidos hablados. El vocabulario va aumentando al mismo tiempo que la capacidad del niño para comprender un lenguaje cada vez más complejo. Con el tiempo empieza a combinar las palabras formando frases cortas y posteriormente más complicadas, y su capacidad de comprensión se va acercando a la del adulto. Finalmente, el lenguaje que oye y expresa se convierte en el lenguaje leído y escrito. El rendimiento escolar depende en gran medida del aprendizaje del lenguaje, especialmente durante los primeros años.¹¹

1.2.1. Fase del pre-lenguaje

0-6 meses: Lo primero que aparece es el grito al nacer; en las primeras semanas de su vida el pequeño sólo tiene la posibilidad de expresarse con gritos.¹²

Durante el primer mes, dicho grito se transforma en un grito emocional. Esto ya se considera una forma de lenguaje pues hace que los demás intervengan. Desde el primer momento se debe hablar a los bebés, hacernos entender, debemos interactuar con el lactante puesto que la interacción madre-bebé es primordial para su desarrollo normal.

¹¹ Cameron, Op. Cit. p. 309

¹² Stengel, Ingeborg, Los problemas del lenguaje en el niño, reconocimiento precoz y corrección, Ed. Roca, México, 1985, p. 17



A partir del segundo mes, el niño comienza a balbucear.¹³ El bebé aprende los primeros sonidos vocalizados. Hacia los tres meses se crea el balbuceo, rico y melódico.¹⁴

Aproximadamente a los cuatro y cinco meses el niño empieza a presentar respuestas de orientación, como por ejemplo volver la cabeza hacia la voz de la madre o hacia un estímulo acústico.

Entre estos meses la mayoría de los niños empieza a balbucear (emisión de sonidos que se parecen al habla), presenta aparentemente variaciones de énfasis, entonación y tono, por lo general los sonidos del balbuceo son incomprensibles y no pueden interpretarse.¹⁵

1.2.2. Fase de las primeras palabras

7-11 meses: El niño escucha mucho y repite, es lo que denominamos "ecolalia". Stengel nos dice que durante la ecolalia el niño repite palabras que oye a los que le rodean sin entender lo que significan.¹⁶

Durante esta fase el niño (a) juega con los sonidos, disfruta produciéndolos. Responde al oír su nombre. A partir de los siete meses inhibe más el balbuceo, habla menos y por eso le llamamos a esta etapa "Mutismo". La primera palabra puede darse a los 8 meses aunque lo más normal es que sea a los 12 meses.¹⁷

Es imprescindible que durante estos meses aproximadamente, el niño esté expuesto y estimulado por el lenguaje ya que debe de imitar lo que oye y aprender

¹³ Stengel, Ibidem, p. 17

¹⁴ Psic. Marcellach Wimbert Gloria dice: "Trastornos del lenguaje en el niño". www.psicolojainfantil.com/WEB%20PSICO.

¹⁵ Ralph, Op. cit. p.791

¹⁶ Stengel, Ibidem, p. 18



los movimientos musculares para su producción y acumula datos en su cerebro, que utilizará mas adelante.

Existen diversos comportamientos no verbales manifestados por los bebés, como es el apuntar con el dedo, esto aparece a la edad de los 9 meses. Hacia los 12 meses, este comportamiento ha adquirido una función social de comunicación. A esta edad, el niño apunta con el dedo con la intención de atraer la atención de la madre sobre ciertos elementos del entorno.

Este procedimiento permitirá adquirir la base de todo diálogo futuro ya que, para que este se desarrolle eficazmente, ambos interlocutores deben atraer su atención en un objeto o un acontecimiento común para poder "hablar" sobre ello juntos, es lo que denominamos atención conjunta.¹⁸

Siguiendo el desarrollo, el niño está en disposición de experimentar comportamientos sociales cada vez más amplios o sofisticados sobre los planos motores, de relación y cognoscitivos; los procesos de adaptación de la madre a los comportamientos del bebé, que son totalmente inconscientes, permiten de esta forma, en todas las etapas del desarrollo, un ajuste progresivo.

El papel de la madre, en esta fase, es esencial. Es precisamente en su capacidad de dejarse guiar por el bebé donde reside la comunicación prelingüística. Esta constituye un marco propicio para el desarrollo del lenguaje ya que es en este contexto privilegiado de diálogo y de placer compartido que las primeras vocalizaciones serán interpretadas por la madre y adquirirán sentido.¹⁹

¹⁷ Ibidem, p. 18

¹⁸ Ibidem, p. 18

¹⁹ Artículo: "[Detección precoz de los trastornos del lenguaje](http://members.fortonecity.com/camino2001/index.html)",
<http://members.fortonecity.com/camino2001/index.html>



El desarrollo del lenguaje supone la integridad de las capacidades sensoriales y cognoscitivas del lactante. Las primeras palabras aparecen entre los 10 y 15 meses. La frecuencia de balbuceo disminuye a medida que se pronuncian palabras comprensibles. La mayoría de los niños cuando empiezan a hablar pronuncian palabras sueltas pero hacia los 24 meses, empiezan a combinar dos palabras para formar sus primeras frases²⁰

Las primeras palabras "aparecen", porque el pequeño ha desarrollado su capacidad para controlar los sonidos e identificar a algunos de ellos como relacionados con ciertas experiencias de su ambiente interno o externo, y porque se halla rodeado por una atmósfera de lenguaje.²¹

El promedio de palabras utilizadas a diferentes edades, es:

12 meses	2 a 3 palabras
18 meses	10 a 20 palabras
24 meses	50 a 250 palabras
30 meses	400 a 500 palabras
36 meses	800 a 900 palabras ²²

1.2.3. Fase del pequeño lenguaje

Durante los primeros 5 años de vida, el niño se limita a reproducir lo que oye; he ahí la importancia de proveerlo de un modelo correcto, cuando una criatura está adquiriendo el lenguaje, puede suceder que la familia se preocupe en exceso, o por el contrario, no se preocupe por la manera de hablar del pequeño.

²⁰ Ralph, Op. cit. p. 791

²¹ Wendell, Jonson, Problemas del habla infantil, Ed. Kapelusz, 1ª. edición (5ª reimpresión), Buenos Aires, 1973, p.45

²² Ibidem, p. 46



Aún cuando el infante no padezca ningún trastorno del lenguaje, no es conveniente pretender que la criatura hable correctamente desde el principio, pues fisiológicamente es imposible no pasar por las etapas de adquisición del lenguaje. Al niño que se le fuerza a hablar, más tarde será un individuo inhibido o combativo, con trastornos de la personalidad y de la conducta.

Hacia los 3 años: Es capaz de decir "Yo". Su lenguaje hablado es bastante correcto. Muchos niños en esta edad tartamudean, esto es normal. Ésta es la época en la que se lanzan a hablar y por este motivo tienden a tartamudear. Debemos hacer que hablen poco a poco.

3-5 años y medio: Progresan las construcciones gramaticales. Es la época de la verdadera comunicación.

5 años y medio: A partir de esta edad el niño asume ya un lenguaje correcto.

"Los niños aprenden a producir sonidos de forma secuencial, y cabe esperar que alcancen el mismo nivel de los adultos hacia los 8 años de edad"²³

La secuencia normal para adquirir el lenguaje es necesaria para comprender la conducta humana y distinguir entre el lenguaje normal y el patológico.

²³ Cameron, Op. Cit p. 311



1.3 ÓRGANOS PROPIOS DEL LENGUAJE

Para poder entender el proceso por el que pasa el lenguaje es importante saber que aparatos intervienen en este procedimiento. Los aparatos propios del lenguaje son: respiratorio, fonatorio y auditivo.

El siguiente esquema nos muestra los sistemas respiratorio, fonatorio, y de resonancia (fig. 2).²⁴

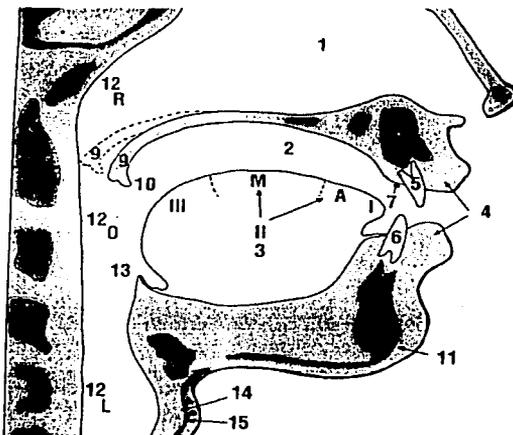


Fig. 2

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------|-------------------|
| 1. Cavidad nasal | 6. Dientes inferiores | 12. Faringe |
| 2. Cavidad bucal | 7. Alvéolos | R. rinofaringe |
| 3. Lengua: I. Punta, II. Dorso, | 8. Paladar duro | O. orofaringe |
| III. Base. | 9. Paladar blando | L. laringofaringe |
| 4. Labios | 10. Úvula | 13. Epiglotis |
| 5. Dientes superiores | 11. Mandíbula | 14. Glotis |
| | | 15. Laringe |

²⁴ Fairmant, Silvia, *Trastornos a la Comunicación Oral, fonología para docentes, estudiantes y padres*, Ed. Viamonte, 2ª edición, Buenos Aires, p. 29



Aparato fonatorio

El aparato fonatorio consta esencialmente de cuatro partes (fig. 3):

- El aparato respiratorio, que provee la corriente de aire necesaria para la producción de la mayor parte de los sonidos de lenguaje.
- La laringe que crea la energía sonora utilizada en el habla.
- Las cavidades supraglóticas, que actúan como resonadores y en donde se produce la mayor parte de los sonidos (vocales) o de los ruidos (consonantes) utilizados en el habla.
- Los articuladores, que modifican el sonido según el punto de contacto o de aproximación de los órganos que lo constituyen.²⁵

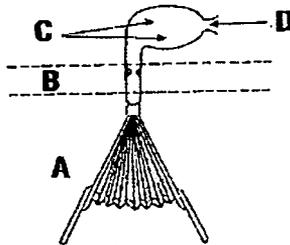


Fig. 3

- A. Fuente: Aparato respiratorio
- B. Vibrador: Laringe
- C. Sistemas de resonancia: Cavidades supraglóticas
- D. Articuladores

²⁵ Fairmant, *Ibidem*, p. 15

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Aparato respiratorio

La espiración consiste en la expulsión del aire, que puede ser utilizado también para la emisión de la voz. Este aire que se expulsa es el elemento indispensable para que haya sonido laríngeo. Se produce la relajación lenta e interrumpida del diafragma, lo que permite el retroceso elástico de los pulmones con la consecuente expulsión del aire.

Las vías normales por las cuales el acto respiratorio produce el pasaje del aire para llegar a los pulmones y luego ser expulsado al exterior son: fosas nasales, faríngeo, laríngeo, tráquea, bronquios y pulmones cuando se utiliza la corriente aérea para articular los fonemas es decir para hablar, las vías son pulmones, bronquios, tráquea, laríngeo, faríngeo y boca.²⁶

Al hablar, la respiración se hace arrítmica, la inspiración se acorta y se realiza por la boca. La espiración se alarga. Cuando hay alguna alteración en la respiración habrá defectos del lenguaje.²⁷

Laríngeo

Es en la laríngeo donde se produce el sonido. La laríngeo es un tubo con armazón cartilaginoso que se continúa hacia arriba en la faríngeo y hacia abajo en la tráquea por su parte interna la laríngeo presenta 3 zonas: la de las cuerdas vocales llamadas glóticas, la superior a ella o supraglótica y la inferior infraglótica (fig. 4).²⁸

²⁶ Fairmant, *Ibidem* p. 23

²⁷ *Ibidem* p. 23

²⁸ *Ibidem* p. 23



En la zona glótica encontramos las cuatro cuerdas vocales, las falsas se encuentran encima de las verdaderas. Las verdaderas son el elemento esencial para el aparato fonatorio pues su vibración origina el tono fundamental laríngeo.

La glotis es el espacio triangular circunscripto por las dos cuerdas vocales verdaderas. Esta se abre durante la inspiración y se cierra durante la fonación (fig. 5).

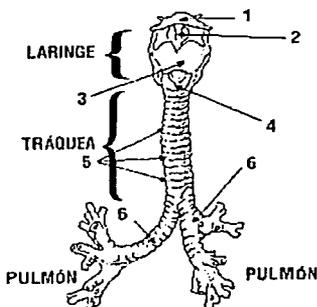


Fig. 4

1. Hueso hioides
2. Epiglotis
3. Cartilago tiroideo
4. Cartilago cricoideo
5. Anillos
6. Bronquios

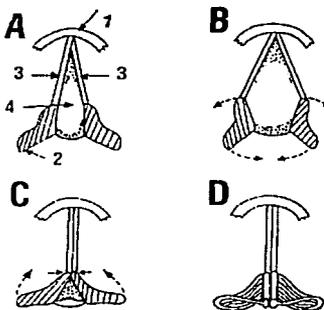


Fig. 5

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| A. Respiración normal | 1. Tiroides |
| B. Respiración profunda | 2. Aritenoides |
| C. Susurro o soplo | 3. Cuerdas vocales |
| D. Fonación normal | 4. Glotis |
- Dirección del movimiento

Cajas de resonancia

Son cavidades que contienen aire en las que se agregan armónicas al tono fundamental laríngeo. Las tres principales áreas de resonancia se encuentran

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



ubicadas en la faringe: nasofaringe, orofaringe y laringofaringe.²⁹ Estas mismas áreas actúan en el sistema de articulación.

Sistema articulatorio

Los elementos del aparato resonador articulador, al entrar en movimiento, modifican su propia forma de estado de reposo con lo que modifican también la cavidad bucal. A esta posición que toman dichos órganos se le denomina articulación.

En la articulación de cualquier fonema hay órganos que entran en actividad acercándose o tocando a otros. Son los articuladores móviles, como los labios, el velo del paladar y la lengua, siendo ésta el articulador más activo. También están los articuladores pasivos como los dientes, protuberancia alveolar y paladar duro que permanecen fijos mientras los móviles se les aproximan o establecen contacto con ellos.³⁰

La lengua abarca tres áreas desde el punto de vista funcional:

1. La base que es fija, se pone en contacto con la pared posterior faríngea y la úvula.
2. El dorso, que es móvil y toca el paladar duro.
3. La punta, que es sumamente móvil y puede desplazarse prácticamente en todas direcciones.³¹

²⁹ Ibidem p. 29

³⁰ Corredera, Sánchez Tobías, Defectos en la dicción infantil, procedimientos para su corrección, Ed. Kapelusz, 2ª. edición, Buenos Aires, 1989. p. 75

³¹ Fairmant, Op. cit. 31-32 p.p.



La actividad que desarrollan estos órganos al colaborar en la emisión de los sonidos es compleja, pero puede resumirse del modo siguiente:

- a) La fuente de energía para el habla es el aire que procede a los pulmones.
- b) Al pasar el aire por la laringe (verdadera caja de resonancia de la voz) las cuerdas vocales le imprimen una vibración y se produce lo que percibimos como sonido.
- c) A medida que el aire en vibración o sonido asciende de las cuerdas vocales, es amplificado por las cavidades de resonancia de la garganta, boca o nariz o ambas a la vez, originándose lo que denominamos voz o cualidad vocal.
- d) El sonido sufre modificaciones por acción del velo del paladar, maxilar, mandíbula, lengua y labios, produciéndose diversos sonidos del habla que se combinan para constituir estructuras significativas.³²

³² Wendell, Op. cit. 124-125 p.p.



2. TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Antes de que el niño adquiera el lenguaje como tal, tiene que hacer un recorrido a través de aprender sonidos, a formar palabras, a combinarlas en frases, a construir significados, a adquirir un conocimiento sobre su propio lenguaje, hasta llegar a la meta: la adquisición del lenguaje; pero, en ocasiones, el recorrido de este camino se ve truncado por diversos factores, dando origen a trastornos del lenguaje.

2.1 TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Las anomalías del lenguaje son los defectos o alteraciones patológicas del habla; se conocen también como *Dislalias* y el vocablo deriva del griego "dis", defecto y "lalos" lenguaje. La ausencia de este se denomina *Alalia*.³³ Además, las raíces etimológicas del vocablo *Dislalia* indican de una manera mas precisa cualquier anomalía del lenguaje en general.

Pascual nos dice que el término de *Dislalia* corresponde a la dificultad que tienen algunos niños para lograr una articulación correcta, siendo esta una de las anomalías que con mayor frecuencia se presenta dentro del campo de la expresión hablada.³⁴

El origen de una dislalia es muy variado, puede ser incluso la disciplina demasiado rígida en el hogar en el que se le exige al niño más de lo que puede dar, comparándolo con los adultos (el padre o la madre), o por el contrario cuando

³³ Nieto, Margarita, Anomalías del lenguaje y su corrección, México, Ed. Francisco Méndez Oteo, 1983 p. 170

³⁴ Pascual, García Pilar, Tratamiento de los defectos de articulación en el lenguaje del niño, Ed. Escuela Española, Madrid, 1999 p. 11



existe sobreprotección; o en el caso de ambos alternativamente, puede también ser por alguna experiencia traumática, física o emocional.³⁵

Existe un problema de aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, escritura es sustancialmente inferior al esperado para su edad cronológica, escolarización y nivel de inteligencia, estos trastornos pueden reflejarse en los logros académicos del niño. El tratamiento para los trastornos del lenguaje debe basarse en una evaluación a fondo donde se analicen las áreas específicas de deficiencia (fig. 6).



Fig. 6

³⁵ Fairmant, Op. Cit. p. 94

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



2.2 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Para fines didácticos y por la gran variedad de trastornos del lenguaje que hay es importante clasificarlos partiendo de sus características particulares, siendo los del habla los que el odontólogo detectará con mayor facilidad en el consultorio ya que para su evaluación necesita conocer acertadamente las estructuras orales.

El habla del hombre se clasifica y analiza en términos de unidades fonéticas, de características rítmicas del habla. El habla puede estar alterada o deficiente cuando alguna característica difiere significativamente de lo normal en relación con la edad, el sexo y el entorno psico-social del paciente.³⁶

Retraso simple del lenguaje (R.S.L.).

Es una disfunción del lenguaje de tipo evolutivo con desfase cronológico. Son niños que no presentan alteraciones evidentes, intelectuales, relacionales, motrices o sensoriales. Afecta a más de un módulo del lenguaje, siendo la fonología y la sintaxis los más afectados. La capacidad de comprensión es mejor que la expresión.

Realizan muchas simplificaciones fonológicas. Presentan una gramática primitiva con muchas hiperregulaciones, suelen utilizar una jerga (lenguaje especial de ciertas profesiones o círculos), hay un escaso uso de formas verbales, reducción de las preposiciones, reducción de nexos.

En la semántica hay un retraso léxico y en algunos casos un retardo cognitivo leve.

³⁶ Ralph, Op. Cit., p. 794



La pragmática en general no está afectada de forma primaria, pero sí hay una presencia de una expresión gestual aumentada. Las funciones lingüísticas suelen ser pobres o primarias.

Su pronóstico suele ser bueno y de respuesta más favorable a la intervención logopédica.

Quedan excluidos los siguientes cuadros: deficiencia mental profunda, sordera profunda, lesiones cerebrales.

Retraso específico severo del lenguaje (R.E.S.L.):

Este grupo estaría en una posición intermedia entre el RSL y la disfasia.

Son niños que suelen iniciar el lenguaje a una edad tardía, hacia los tres años. Habría un retraso en la consolidación de las clases fonológicas. Déficit marcado en las secuencias, y unos procesos de simplificación muy tardíos. El área perceptivo-auditiva estaría muy baja, presentándose mejor el área motor-articulatoria.

El pronóstico es más severo y tardío que el RSL pero más leve que las disfasias. Logran evolucionar pero de forma lenta, siempre suele quedar cierta "fragilidad lingüística", le suele quedar un desfase cronológico de uno o dos años.

El diagnóstico diferencial excluiría: nivel intelectual, disfunción cerebral mínima, lesiones neurológicas varias, trastornos primarios de la personalidad e hipoacusias profundas.

Disfasia

Es un trastorno específico del lenguaje. Es una disfunción del desarrollo del lenguaje, un fracaso del desarrollo del lenguaje que no puede explicarse en términos de: Deficientes mentales, trastornos emocionales y privación ambiental.



Es el niño que se desvía de los procesos normales de adquisición del lenguaje, sus primeras palabras aparecen a los 3 ó 4 años y presenta un lenguaje esquemático más allá de los 6 años.

Las diferencias esenciales entre RSL y la Disfasia son:

En el RSL hay un desfase cronológico en la conducta lingüística, en la disfasia no se siguen las pautas normales de la adquisición.

En el RSL está más afectada la expresión y en la disfasia la comprensión.

Afasia

Trastorno del lenguaje caracterizado por el deterioro parcial o completo de su comprensión y/o producción como consecuencia de una lesión cerebral. Pérdida del lenguaje después de haberlo adquirido por una lesión en el cerebro. "Se llama afasia a una pérdida del lenguaje que limita, o impide, la posibilidad de una persona para comunicarse con sus semejantes, como consecuencia de un daño en el tejido cerebral. Puede presentarse como una dificultad para expresar sus sentimientos, ideas y deseos. Esta dificultad va acompañada de fallas en la lectura y la escritura."³⁷

Dislexia

Trastorno del lenguaje que se manifiesta en la aparición de dificultades especiales en el aprendizaje de la lectura en un niño con edad suficiente, sin haber deficiencias intelectuales ni trastornos sensoriales o neurológicas que lo justifiquen.

Hipoacusias

Se debe a una pérdida auditiva (total o parcial), la cual produce que haya una alteración del lenguaje más o menos grave.

³⁷ López, Barrera Ma. Victoria, Como ayudar a quienes han perdido la capacidad de hablar, Guías para la atención de la salud en el hogar, Ed. Ediciones Científicas, La Prensa Médica Mexicana, S. A., México, p. 1



Parálisis Cerebral

La afectación producida por una lesión cerebral no evolutiva, de aparición precoz y con trastornos motores, suele afectar al componente lingüístico.

Mutismo

En los trastornos generalizados del desarrollo: aislamiento social, pérdida de contacto con el mundo exterior, el lenguaje está sensiblemente alterado

Disglosia

Trastorno de la articulación debido a causas orgánicas, no neurológicas, malformaciones. Considerando el órgano donde se produce la alteración, se distinguen los diferentes tipos de disglosias: labiales, mandibulares, dentales, linguales, palatales y nasales.³⁸

Disartria

Anomalia de la articulación, de naturaleza motriz, producida como consecuencia de lesiones del Sistema Nervioso, que provoca trastornos de tono y movimiento de los músculos fonatorios, alterando el habla. En esta anomalía se incluyen los sistemas respiratorios, laríngeos, mandibulares, y labiales.³⁹

Desde el punto de vista de los fonemas alterados, las disartrias se clasifican en:

- Rotacismo. Emisión incorrecta del sonido cuyo símbolo es la letra r.⁴⁰

³⁸ Gallego, Dificultades de la articulación en el lenguaje. p. 29

³⁹ Journal of speech and hearing research, Vocal Tract Steadiness: A Measure of Phonatory and Upper Airway Motor Control During Phonation in Dysarthria. Volumen 35, August 1992. p.p. 761-768.

⁴⁰ Fairman, Op. cit. p. 92



- Sigmatismo. Emisión incorrecta del sonido cuyo símbolo es la letra s, conocido comúnmente como ceceo.⁴¹
- Lambdacismo. Emisión incorrecta del sonido de la letra l.⁴²
- Gamacismo. Emisión incorrecta de los sonidos de las letras q, k , c y g.⁴³
- Deltacismo. Emisión incorrecta de los sonidos de las letras t y d.⁴⁴
- Rinoartria. Fonemas nasales /m, n, ñ/.⁴⁵

Disfemia o Tartamudez

Defecto del habla debido a la repetición de sílabas/palabras, o paños espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal.

Farfulleo

Alteración en el ritmo de la fonación. Constantemente pasa desapercibido o confundido con la tartamudez.⁴⁶

Disfonía

Alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades: tono, intensidad y/o timbre. Los trastornos de la voz asociados a trastornos orofaciales comprometen la resonancia vocal.

⁴¹ Ibidem p. 92

⁴² Nieto, Op. cit. p. 178

⁴³ Fairmant, Op. cit. p. 92

⁴⁴ Ibidem. p. 92

⁴⁵ Nieto, Op. cit. p. 178

⁴⁶ Rondal, J. Serón, Trastornos del Lenguaje II, tartamudez, sordera, retraso mental, autismo, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1998, p. 313



Las alteraciones de la resonancia vocal producen los siguientes tipos vocales: hiponasalidad e hipernasalidad.⁴⁷

“Los trastornos de la voz en los niños en edad escolar pueden ser importantes. Para diagnosticar estos trastornos, el dentista debe conocer los mecanismos laríngeos y respiratorios y su relación con la frecuencia, intensidad y calidad de voz. La frecuencia del sonido se relaciona con una singular característica perceptiva del sonido denominado tono.”⁴⁸

Calidad de voz anormal: Presenta voz áspera, jadeante o ronca sin que exista ninguna infección respiratoria.

Las alteraciones en el habla son síntomas de trastornos físicos o psicosociales que pueden afectar al desarrollo, al crecimiento y al aprendizaje general del niño. Dado que el habla constituye una medida importante del grado de adaptación del hombre, los trastornos dificultan el desarrollo personal, social y educacional, incluso aunque el resto de los factores sean normales.⁴⁹

Trastornos de la resonancia vocal

Hipernasal

Cuando existe una excesiva resonancia nasal, el exceso de resonancia nasal suele ser debido a incompetencia o insuficiencia velofaríngea. Competencia

⁴⁷ Toledo, González Nidia, Logopedia y Ortopedia Maxilar en la Rehabilitación Orofacial, Ed. Masson, Colombia, 2000, p. 27.

⁴⁸ Ralph, Op. Cit. p. 799

⁴⁹ Ralph, Ib. p. 801



se refiere a la movilidad del esfínter: este se considera competente si tiene movilidad suficiente para conseguir el cierre, e incompetente si no lo logra.⁵⁰

Hiponasal

Falta de resonancia nasal, generada por algún tipo de obstrucción nasofaríngea. Es la disminución de la resonancia nasal, en general a consecuencia de desviación del tabique nasal, alergias, pólipos nasales, malformaciones en los huesos de la nariz, hipertrofia de adenoides, faringoplastias con el colgajo demasiado ancho, etcétera. Este tipo vocal se denomina rinolalia cerrada anterior cuando la obstrucción al paso del aire se localiza en la parte nasal anterior, y rinolalia cerrada posterior cuando la obstrucción cae más atrás.⁵¹

Nivel de intensidad inadecuado: La voz es demasiado débil y no se oye, o tan fuerte que impide concentrarse en el mensaje del locutor.

Problemas de tono

- Tono demasiado alto o bajo para la edad o el sexo del niño. Los problemas de voz se pueden deber a:
- Abuso o uso incorrecto de las cuerdas vocales (en algunos casos llega a producir nódulos vocales).
- Problemas neurológicos.
- Pólipos en las cuerdas vocales.
- Patología muscular.
- Parálisis de cuerdas vocales.
- Irritantes por exposición al humo de tabaco o a aerosoles.
- Anomalías físicas como paladar hendido, laringuectomía y sordera.⁵²

⁵⁰ Toledo, Op. cit. p. 27

⁵¹ Toledo, *Ibidem*, p. 27

⁵² Cameron, Op. Cit. p. 30



Afonías Históricas

Pérdida de la voz por choque afectivo, miedo a hablar o cantar, trauma psíquico por persistencia de alteración vocal, bloqueos por condiciones de stress, o por llamar la atención, sin que exista ninguna alteración anatómica ni funcional en la laringe.

El comienzo es brusco, la voz está apagada y el paciente habla susurrando.

Afonía

Pérdida total de la voz.

La importancia de conocer como se clasifican los trastornos del lenguaje, nos permite intervenirlos de manera precoz. El odontólogo al identificar los trastornos específicos del habla, podrá trabajar de manera multidisciplinaria con profesionistas que participan en el tratamiento de éstos. Contribuyendo a que el paciente pueda ser un individuo con un desarrollo social óptimo.



3. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es el reconocimiento de un problema y el tratamiento es su solución. Puede así también definirse como la identificación de lo que se aparta de lo normal y es por lo tanto esencial tener una idea muy clara de lo que es normal antes de intentar reconocer lo que se aparta de esta definición. Sólo con esta base puede el odontólogo dar un correcto diagnóstico sobre el cual se basa un adecuado tratamiento.⁵³

Como pudimos ver en el tema anterior la variedad de trastornos es muy amplia, podemos referirnos a trastornos de voz, articulación o fonación; para ello es importante que el odontólogo haga una valoración minuciosa de cualquier anomalía que pudiera relacionarse con los trastornos del lenguaje.

3.1 ANAMNESIS

En todo diagnóstico es importante el interrogatorio o anamnesis.

La entrevista con los padres es de suma importancia ya que se recogerán datos que puedan orientarnos sobre el problema, las preguntas que podemos realizar son:

- ¿Cuándo comenzó a hablar?
- ¿Actitud del niño en la escuela?
- ¿Cómo es su expresividad?

Es importante descartar cualquiera de los siguientes síntomas, si al interrogatorio la madre nos indica alguna de las dificultades siguientes el odontólogo debe remitirlo al especialista correspondiente.⁵⁴

⁵³ Corredera, Op. cit. p. 3

⁵⁴ Pascual, García Pilar, Tratamiento de los defectos de articulación en el lenguaje del niño. Ed. Escuela Española, 1ª edición, Madrid España, 1999. p.35



Anomalías en la articulación.

- No balbucea una gran variedad de sonidos a los 8-10 meses de edad.
- No es bien entendido por sus cuidadores a los 2 años.
- No es bien entendido por los familiares adultos a los 3 años.
- Tiene problemas para producir sonidos con exactitud a los 5 años.⁵⁵

Anomalías en el lenguaje

- No comprende una serie de preguntas/instrucciones a los 18 meses.
- No usa palabras aisladas a los 18 meses.
- No combina palabras de dos en dos a los 2 años.
- Tiene problemas para seguir instrucciones o responder a preguntas.
- Da respuestas incorrectas o ignora frecuentemente lo que se dice.
- Construye frases incorrectas o inmaduras a los 3-4 años.
- No puede mantener una conversación sobre un tema a los 4 años.⁵⁶

Anomalías en la voz

- Tiene una voz ronca o pierde a menudo la voz.
- Tiene una voz nasal.
- Con frecuencia suena como si estuviera resfriado.
- Tiene una voz que parece demasiado aguada o grave para su sexo y su edad.
- Habla continuamente con una voz anormalmente alta o grave.
- Empieza a presentar alguno de estos problemas de forma repentina.⁵⁷

Fluidez

- Tartamudea a cualquier edad.

⁵⁵ Cameron, Angus, Manual de Odontología Pediátrica, Ed. Harcout, España, 1998, p. 310

⁵⁶ Cameron, p. 310

⁵⁷ Cameron, ibidem p. 310



Para definir el diagnóstico debemos comparar las conductas verbales de un niño con las que debería normalmente presentarse dada su edad,⁵⁸ para ello es importante conocer la secuencia de los fonemas que debe pronunciar según su edad (tabla 1).

Desarrollo de los sonidos con la edad		
Edad	Sonidos pronunciados correctamente	Comentarios
2	m, n, h	A veces cuesta entender lo que dice el niño, especialmente para las personas que no están familiarizadas.
2 ½	p, b, ing, w, d, g.	
3	y, k, f, sh	Hacia los 3 años de edad se debe entender fácilmente un 80-90% de lo que dice el niño.
3 ½	t, ch, dge	
4	l, s, zh	La fusión de sonidos (p. ej., st. cl. dr) se adquiere después de los sonidos individuales, pero normalmente se debe dominar hacia los 5 años de edad.
5	r	
5 ½	z	Las edades citadas en esta tabla representan solo una referencia orientativa sobre el momento en que el niño medio adquiere el sonido, pero a los 8 años de edad se deberían dominar todos los sonidos.
7 ½	th	
8	Todos	

Tabla 1

Una vez que hemos realizado el interrogatorio valoraremos las estructuras que pudieran interferir en los trastornos como son los factores auditivos, morfológicos, visuales y valoración de la respiración funciones que intervienen en el habla.

⁵⁸ Rondal, J. Seron. Trastornos del lenguaje I. Lenguaje oral, lenguaje escrito, neurolingüística. Ed. Paidós, la edición, Buenos Aires, 1998, p. 247



Factores auditivos

Es indispensable una buena audición para una buena recepción del mensaje hablado. Cualquier defecto de la audición repercute en el desarrollo de lenguaje, es importante la exploración auditiva.

La audición es la vía privilegiada y natural de acceso al lenguaje oral; cuanto más importante sea la pérdida de la audición y más precoz, mayor será la interferencia en la adquisición del lenguaje oral.⁵⁹

Los ruidos que podemos hacer para la valoración de la audición en el consultorio son con un llavero, caja de música y si no existen alteraciones moverá la cabeza en dirección a la fuente de sonido, en pacientes en fase prelingüística.⁶⁰

Factores morfológicos

La integridad morfológica y funcional orofacial es indispensable para un buen desarrollo de la palabra y del lenguaje. Una insuficiencia velar con o sin división palatina, un velo corto, una campanilla bífida, una faringe profunda, una hipotonía buco-linguo-facial, pueden retrasar o perturbar la elaboración de los movimientos de articulación y alterar la calidad de la voz.

Factores visuales

Ver bien es fundamental para la organización del lenguaje. Las miradas recíprocas desencadenan y mantienen la comunicación. Las expresiones del rostro y los gestos acompañan naturalmente el lenguaje. La imitación es primordial en el proceso de la adquisición del lenguaje por ello, entre las primeras palabras del niño se encuentran papá y mamá, debido a la mímica y los gestos que forman parte del lenguaje.⁶¹

⁵⁹ Rondal, J. Scron, Trastornos del Lenguaje II. Tartamudez, sordera, retraso mental, autismo. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1998, p. 359

⁶⁰ Stengel, Op. cit. p. 23

⁶¹ Ibidem p. 37



3.2 EXPLORACIÓN CLÍNICA

El diagnóstico para la valoración del lenguaje comprende la observación de la cavidad bucal en los siguientes aspectos:

- a) Oclusión intermaxilar
- b) Paladar
- c) Lengua
- d) Labios⁶²

Para que el niño desarrolle el lenguaje debe tener desde su nacimiento estructuras neuromotrices sensoriales y mentales normales y conservarlas a lo largo de su desarrollo.

3.2.1 Anomalías dentales

Maloclusión de clase III severa: puede estar limitada la elevación de la punta de la lengua hasta el reborde alveolar, lo que provoca distorsiones en el sonido hablado y hace que la lengua adopte una posición interdental para sonidos como *s, z, t, d, l, y n* (fig. 7).⁶³

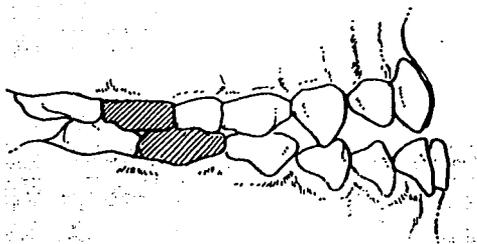


Fig. 7

⁶² Bustos; Sánchez Inés, Tratamiento de los problemas de la voz, Ed. General Padriñas, Madrid, 1995, p. 160

⁶³ Cameron, Op. cit. p.311



En los pacientes portadores de Clase III esquelética, las distorsiones más frecuentes se relacionan con los fonemas bilabiales *p*, *b*, *m* con los fonemas labiodentales *f* y *v*, que pueden ser emitidos, frecuentemente, con el labio superior en contacto con el borde incisal de los incisivos inferiores. Los movimientos de la punta de la lengua, a su vez, pueden ser sustituidos por el medio o dorso en la emisión de los fonemas *t*, *d*, *n* y *l*.⁶⁴

Maloclusión de clase II severa: Los labios pueden cerrarse mal al comer y al beber. Se puede producir una distorsión o una sustitución de los sonidos labiales *p*, *b*, y *m* que el niño compensa juntando el labio inferior y los dientes superiores (fig. 8 y 9).⁶⁵

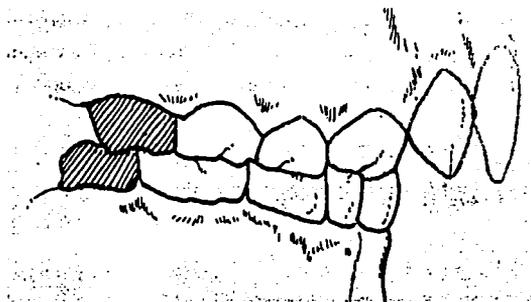


Fig. 8

⁶⁴ Vellini, Ferreira, Flavio, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica, Ed. Latinoamérica, Artes Médicas, Brasil, 2002, p.301

⁶⁵ Cameron, Op. cit. p.311

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

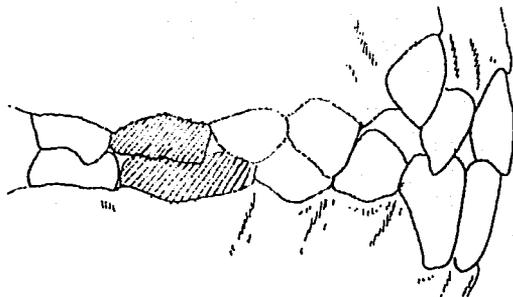


Fig. 9

En esta maloclusión existen distorsiones principales en los fonemas bilabiales como p, b y m, ya que el contacto labial se hace difícil.⁶⁶

La ausencia de dientes: puede provocar problemas para masticar. Puede producirse un desplazamiento lateral o anterior de la lengua al hablar, como consecuencia distorsiona los sonidos (fig. 10).⁶⁷



Fig.10

⁶⁶ Vellini, Op. cit. 301

⁶⁷ Cameron, Op. cit. p. 311

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



En las mordidas abiertas anteriores es común observar la proyección anterior de la lengua en la emisión de los fonemas t, d, n y l (que normalmente se producirán con el tercio anterior de la lengua tocando el paladar) y ceceo anterior o sigmatismo (proyección anterior de la lengua en la emisión de los fonemas s y z (fig. 11)).⁶⁸



Fig. 11

3.2.2 Anomalías palatinas

El paladar blando y las paredes de la faringe actúan simultáneamente para cerrar la nasofaringe. Durante la producción del habla y la deglución. Este procedimiento impide que llegue un flujo de aire excesivo a la cavidad nasal durante el habla.

Entre las anomalías palatinas encontramos:

- Paladar hendido (con o sin labio fisurado)

⁶⁸ Vellini, Op. cit. p. 301





- Hendidura palatina submucosa, caracterizada por úvula bífida, separación de los músculos faríngeos y formación de un surco en la línea media del paladar blando y una escotadura en el borde posterior del paladar duro (fig. 12).



Fig. 12

Colapso del maxilar superior: Este tipo de anomalía puede producirse tras el tratamiento quirúrgico del paladar hendido. Puede producirse una distorsión de los sonidos que requiere el contacto de la lengua con el paladar *s, z, sh, ch* y *dge*.

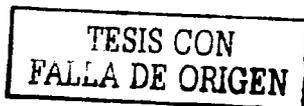
- Anomalías palatinas congénitas: Paladar corto, nasofaringe profunda, movimiento velofaríngeo ineficaz.
- Anomalías palatinas adquiridas secundarias a lesiones neurológicas, cirugía o neoplasias.⁶⁹

3.2.3 Anomalías linguales

Las anomalías de la lengua pueden mermar la precisión, de margen y la velocidad de los movimientos linguales provocando alteraciones al hablar.⁷⁰

⁶⁹ Cameron, Op. cit. p. 311

⁷⁰ Cameron, Ibidem. p. 312





En reposo, la lengua abarca casi toda la cavidad de la boca y está en contacto con el paladar duro.⁷¹

La motilidad lingual puede verse dificultada por las siguientes causas: Anquiloglosia o frenillo corto, glosectomía macroglosia (esta anomalía es característica de pacientes con trisomía 21).⁷²

La expresión más frecuente de una anomalía lingual es el frenillo (fig.13).



Fig. 13

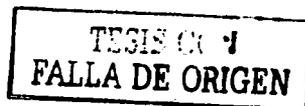
Anquiloglosia (Frenillo): Su intensidad puede variar por lo que no en todos los casos trae problemas funcionales.

Entre los problemas que pueden producir en el habla son:

- Sustituciones y distorsión de los sonidos linguales debido a una restricción de la elevación de la punta de la lengua *l, t, d, n, s, z*.
- Velocidad de locución más lenta de lo normal.

⁷¹ Fairmant, Op. cit. p. 32

⁷² Gallego, Op. cit. p. 37





- Disminución de la precisión del habla cuando se grita, ya que es necesario abrir más la boca y el frenillo tienen una influencia negativa sobre la precisión del habla.

3.2.4 Anomalías labiales

La dificultad en la articulación puede ser producida como consecuencia de una alteración en la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios. Entre las causas más frecuentes de las disglосias labiales se encuentran:

- Labio fisurado: Esta malformación puede ser unilateral o bilateral, el habla se verá afectada en la articulación de los fonemas velares (u, o) y en los fonemas bilabiales (p, b, m). El tratamiento es quirúrgico, señalado como edad ideal a los seis meses de edad.
- Frenillo labial superior hipertrófico ya que hay una aparición en la articulación de los fonemas p, b, m, u.
- Fisura del labio inferior: Por lo general acompañada de labio fisurado superior.⁷³
- Parálisis facial: Pudiendo ser unilateral o bilateral; suele producirse con cierta frecuencia en la población infantil, provocando la distorsión de los sonidos bilabiales por el fonema f.
- Heridas labiales: Las heridas labiales bien tratadas no afectan el habla. Como tratamiento se practican masajes y actividades con los labios, procurando buscar el efecto compensador de las partes sanas.⁷⁴

⁷³ Gallego, Op. cit. p. 32

⁷⁴ Gallego, *Ibidem*. p. 32



3.2.5 Respiración

Siendo la respiración un proceso que interviene en la emisión del habla, debemos hacer una valoración. La valoración puede hacerse utilizando un espejo para la observación de la respiración nasal. Con el espejo situado debajo de la nariz solicitamos al paciente que respire. El espejo se empañará con el aire espirado. De esta manera verificamos si el aire pasa mejor por una de las narinas o si existe obstrucción severa (fig. 14).⁷⁵



Fig. 14

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁷⁵ Toledo, Op. cit. p. 35



Una vez que se han valorado cada uno de los integrantes del complejo estomatognático que intervienen en el habla, y se han encontrado trastornos en el lenguaje debe ser remitido al profesional correspondiente.⁷⁶

Las características generales a que lleva el lenguaje anormal son:⁷⁷

Pérdida de:

1. Confianza en sí mismo.
2. Amor propio.
3. Entusiasmo.
4. Curiosidad.
5. Alegría.
6. Aceptación y comprensión hacia los demás.
7. Compañerismo.
8. Cooperatividad.
9. Sentimiento de pertenecer a un determinado grupo o lugar.

Aumento de:

1. Sentimiento de inferioridad.
2. Apatía.
3. Desilusión.
4. Tristeza.
5. Antagonismo hacia los demás.
6. Combatividad para la cooperación.
7. Soledad y tendencia al aislamiento.

⁷⁶ Cameron, Op. cit. p. 313

⁷⁷ Fairman, Op. cit. p. 99



CONCLUSIONES

El lenguaje hablado es el medio de comunicación que más utilizamos los seres humanos, por lo tanto es sin lugar a dudas una de las funciones más importantes del sistema estomatognático. Para poder comprender su adquisición es importante conocer cada una de sus etapas: pre-lingüística, de las primeras palabras y el pequeño lenguaje, para poder identificar de manera precoz cuando exista algún trastorno en estas etapas y no propiamente cuando ya se ha establecido un lenguaje con algún trastorno.

Es importante conocer como se clasifican los trastornos del lenguaje, para intervenirlos de manera precoz, contribuyendo a que el paciente pueda ser un individuo con un desarrollo social óptimo.

El Cirujano Dentista no sólo debe evocarse a la valoración de los "dientes", es importante crear una conciencia de el trabajo multidisciplinario con otras áreas que conlleven a la integración completa del paciente a la sociedad.

La observación minuciosa de las estructuras que competen al Cirujano Dentista durante la valoración será coadyuvante para un buen diagnóstico y por lo tanto un tratamiento favorable.



BIBLIOGRAFÍA

Azcoaga, Juan E., Trastornos del lenguaje, Ed. Cuenca, 1ª. Edición, Buenos Aires, Argentina, , 1974.

Bustos, Sánchez, Inés, Tratamiento de los problemas de la voz, Ed. General Padriñas, Madrid, 1995.

Cameron, Angus, Manual de Odontología Pediátrica, Ed, Harcout, España, 1998

Corredera, Sánchez Tobías, Defectos en la dicción infantil, Procedimientos para su corrección, Editorial Kapelusz, Buenos Aires, 2ª. Edición, 1989

Crystal, David, Patología del lenguaje, 3ª. Edición, Madrid, 1993

Fairman, Silvia C., Trastornos en la comunicación oral, fonología para docentes, estudiantes y padres, Ed. Viamonte, Buenos Aires, Argentina, 2ª. Edición, 1998.

Guía para la exploración del lenguaje, Serie Cuadernos Didácticos SEP/ Dirección General de Educación Especial, México, 1984.

Johnson, Wendell, Problemas del habla infantil, Editorial Kapelusz, Buenos Aires, 1ª. Edición, 5ª impresión 1973.

La adquisición del lenguaje, Serie Cuadernos Didácticos SEP/ Dirección General de Educación Especial, México, 1985.



López, Barrera Ma. Victoria, Cómo ayudar a quienes han perdido la capacidad de hablar, Guías para la atención de la salud en el hogar, Ediciones científicas, La Prensa Medica Mexicana, S.A., 1986

Nieto, T. Margarita, Anomalías del lenguaje y su corrección, México, Ed. Fco. Méndez Oteo, 1983

Pascual, García Pilar, Tratamiento de los defectos de articulación en el lenguaje del niño, Editorial, Escuela española, 1999

Ralph, Mcdonald, David R. Avery, Odontología Pediátrica y del Adolescente, 5a. Edición, Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1990.

Rondal, J. Seron, Trastornos del Lenguaje I. Lenguaje oral, lenguaje escrito, neurolingüístico, Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1998, 1ª. Edición, 2ª reimpresión 1995.

Rondal, J. Seron, X Trastornos del Lenguaje II. Tartamudez, sordera, retraso mental, autismo, Ed. Paidós. Aires, Argentina, 1998, 1ª. Edición

Rondal, J. Seron, . Trastornos del Lenguaje III. Afasias, retrasos del lenguaje, dislexia. España, Ed. Paidós, 1998

Stengel, Ingeburg, Los problemas de lenguaje en el niño, reconocimiento precoz y corrección, Editorial Roca, México, 1985

Schwartz, Martín F., Solución al tartamudeo, Ed. Diana, 1ª. Edición, Madrid, 1983.



Toledo, González Nidia Zambrana, Lucy Dalva López, Logopedia y Ortopedia Maxilar en la Rehabilitación Orofacial, Tratamiento precoz y preventivo. terapia miofuncional, Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A., 2000.

Vellini, Ferreira, Flavio, Ortodoncia, Diagnóstico y planificación clínica, Ed. Artes Médicas, 1ª edición Brasil, 2002.

Zwirner, Petra, Vocal Tract Steadiness: A Measure of Phonatory and Upper Airway Motor Control During Phonation in Dysarthria. Journal of speech and hearing research, Volúmen 35, p.p. 761-768, August 1992.

INTERNET

Artículo: "Detección precoz de los trastornos del lenguaje",
<http://members.fortonecity.com/camino2001/index.html>

Psic. Marcellach Wimbert Gloria, "Trastornos del lenguaje en el niño",
<http://www.psicoloinfantil.com/WEB%20PSICO.html>