

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA, MORDIDA ABIERTA, DICCIÓN Y RENDIMIENTO ESCOLAR POR SEXO Y EDAD, EN NIÑOS DE PREESCOLAR A SEXTO GRADO EN DOS COLEGIOS DE CATIA, PROPATRIA, EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2001

- Agustín E. Vera.
- Emilda R Chacón P.
- Raúl Ulloa, Sara Vera

INTRODUCCIÓN

La deglución atípica en los niños es un mal hábito, producto de muchos factores los cuales desencadenan un sin número de alteraciones a nivel de la cavidad bucal. Es la enfermedad de la lengua en la cual, la acción muscular es activada a un mal hábito.

La deglución atípica se detecta cuando los niños proyectan la lengua a la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua. Esto se traduce en problemas para pronunciar las palabras, algo más acentuado en niños de edad escolar.

En Pro-Patria existe el llamado Centro de Rehabilitación de Lenguaje Catia (C.R.L.C.), el cual tiene como función principal, tratar problemas en niños con trastornos en el lenguaje. Estos Centros son dirigidos por profesionales como son: médico foniatra, terapeuta de lenguaje y psicólogos, integrando un equipo de especialistas en el problema.

En los Colegios se detecta el problema de Bajo Rendimiento Escolar, en los niños que presentan la Deglución Atípica ya que se les abre la mordida en el segmento anterior, presentando problemas para pronunciar fonemas el cual se traduce en problemas de aprendizaje.

A través de la muestra estudiada, se detectó que la patología es mayor en niños, con edades comprendidas entre 7 y 8 años, lo cual hace reflexionar para incrementar a los educadores charlas dirigidas para solventar los problemas en estos niños y en su defecto remitirlos a los Institutos de Rehabilitación del Lenguaje correspondientes.

El motivo de la presente investigación nos conlleva a analizar la situación cada día mayor en la cantidad de niños que acuden a consulta odontológica por presentar hábitos orales, los cuales tienen componente psicológicos traducidos en ansiedad, timidez, falta de cariño, inseguridad entre otros, y que si no son atendidos a tiempo pueden traer como consecuencia, patologías y trastornos de la cavidad bucal.

Se analiza la relación existente entre la deglución atípica, la dicción y el rendimiento escolar a manera de integrar un equipo multidisciplinario entre el médico foniatra, terapeuta de lenguaje, odontólogos y maestros.

De igual manera se presentan las limitaciones que se presentaron en la investigación a la que se llegaron y las recomendaciones que se sugieren para llegar al objetivo propuesto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Antecedentes Históricos

El Centro de Rehabilitación del Lenguaje "Catia" (C.R.L.C.)

Es un servicio educativo adscrito a la modalidad de Educación Especial, en el cual se brinda atención diferenciada e integral a niños, jóvenes y adultos, que acusen problemas en el lenguaje y la comunicación.

Fue creado el 1° de Octubre de 1981, a objeto de atender a la población del Oeste de la ciudad de Caracas con edades comprendidas entre tres (3) y cuarenta y tres (43) años, con necesidades de educación especial o sin ella.

Los objetivos que se persiguen a través de este centro son:

1. Prestar atención integral a la población que presenta trastornos en la comunicación y que asiste regularmente al centro, como son: preescolares, de Escuela Básica, Media Diversificada, Superior o modalidad.
2. Realizar evaluación diagnóstica a fin de precisar y orientar los trastornos en la comunicación.
3. Orientar a padres y representantes acerca de la problemática de la comunicación y cual ha de ser su participación como terapeuta de sus hijos.

4. Orientar a padres, representantes y comunidad en general, acerca de la problemática de comunicación y la prevención de los trastornos.
5. Prestar asesoría técnica docente a profesionales de áreas afines, a fin de contribuir al desarrollo de las experiencias que el entorno debe proporcionar para favorecer el proceso comunicacional.
6. Contribuir a la formación de pasantes y coadyuvar al desarrollo de investigaciones de estudiantes y profesionales en el servicio a formación.

El Centro de Rehabilitación del lenguaje en Catia, presta servicios de Lenguaje, Audiología, Foniatría, Evaluación Integral a través de Psicología, Psicopedagogía y Trabajo Social.

Los pasos para ingresar a este centro, son los siguientes:

1. Solicitar cita para evaluación.
2. Llenar una entrevista, el cual se realiza entre el representante y los diversos especialistas, en el cual se analiza los aspectos prenatal y postnatal, vital de información en la ayuda diagnóstica. El representante debe llenar un informe escolar solicitado y mostrar el cuaderno de lenguajes y matemática, a su vez de la copia de la Boleta Escolar.
3. Al concluir la entrevista, el niño pasa al servicio de Audiología, donde se realiza el estudio audiológico y luego es referido al foniatra.
4. Luego el niño va a la Sala de Recreación donde el Terapeuta de Lengua evalúa las áreas del Lenguaje interno, comprensión, expresión, vocabulario, construcción gramatical, voz, oigan artículos, entre otros. En esta evaluación intervienen todos los especialistas de manera directa o viene observado a través de la Cámara de Gessell. Los profesionales harán un resumen de su impresión diagnóstica, concluida la evaluación, se realiza un Concejo de intervención en el equipo que participó en la misma, con el fin de llegar al diagnóstico y recomendación. Los resultados serán otorgados ese mismo día al representante, por la dirección y/o coordinación, dependiendo del diagnóstico que se obtenga, el niño ingresa al centro y requerirá terapia del lenguaje.
5. La terapia del lenguaje se realizará en forma individual o en grupo de dos o tres niño dependiendo del diagnóstico y la edad. El niño debe asistir una o dos veces a la semana con una duración de cuarenta y cinco minutos en cada sesión, cuando el niño haya superado el problema del lenguaje será dado de alta y luego se realizará una nueva evaluación.
6. Esta información fue suministrada por la Lic. Peña Flores, Directora del Centro de Rehabilitación del Lenguaje Catia, donde además nos informó que las características más comunes tomadas en los pacientes con deglución atípica son las siguientes:
 - Tendencia a la respiración Naso-Bucal (Respirador Bucal).
 - Tendencia a la succión digital queilofagia, onicofagia o succión de objetos.
 - Hipotomía del labio superior lo que facilita la respiración bucal.
 - Superdesarrollo del músculo de la barbilla.
 - Mala implantación dentaria.
 - Muecas excesivas al tragar.
 - Rugosidades palatinas muy marcadas.
 - Dificultad para pronunciar los fonemas D, T, S, GH, H, Y, etc.
 - Resequedad labial.

En la presente investigación se pretende integrar a los profesionales del Instituto Integral de Terapia de Lenguaje para conformar un equipo de trabajo en conjunto para la detección de los problemas producto de la deglución atípica como lo son las mordidas abiertas, la dicción y el rendimiento escolar en los niños que asisten a estas instituciones para elaborar un proyecto en forma dirigida en equipo y multidisciplinario, entre los profesionales del Instituto de Terapia del Lenguaje, odontólogos del curso de ortodoncia preventiva interceptiva y ortopedia dentofacial, así como los docentes de los diferentes institutos para lograr una atención integral del escolar a fin de conseguir el tratamiento más indicado para dichas alteraciones.

Nuestra investigación tiene por objeto el estudio de las maloclusiones en el sistema estomatognático, en especial, la relacionada con la fisiología y su patología. Una de las anomalías más frecuentes son las alteraciones dentro-faciales producidas por acción de la lengua (Deglución Atípica).

La lengua con sus músculos propios y esqueléticos forman un poderoso conjunto musculoso. Cualquier disfunción en ésta

origina alteraciones en el crecimiento y las funciones en el sistema estomatognático.

Igualmente como consecuencia de las malformaciones óseas, se producen anomalías alveolo-dentoreas. También queda influenciada por la herencia y ciertos hábitos (deglución atípica).

Debido a los numerosos pacientes atendidos en la consulta diaria en dos (2) Instituciones con problemas dento-faciales, nos ha motivado a elaborar esta investigación con el objeto de buscar soluciones a los problemas de salud bucal a estas alteraciones producidas por la acción de la lengua.

Entre los hábitos orales más comunes que presenta nuestra población infantil encontramos la deglución atípica, en el cual se pretende encontrar la correcta colocación de la lengua durante la deglución.

Este hábito además de producir problemas a nivel de los dientes como maloclusiones trae consigo problemas a nivel de los órganos del lenguaje y afectando la pronunciación de algunos fonemas de nuestros pacientes.

Lo ideal sería buscar una base teórica-científica del asunto (deglución atípica), capacitando a especialistas que sean instruidos sobre el tema para realizar diagnósticos tempranos del problema en niños portadores de patologías linguales (por psicomotricidad) de voz, de dicción y de aprendizaje.

El problema planteado se fundamenta en que los estudiantes del curso de ortodoncia primaria interceptiva y ortopedia dentofacial, han detectado la presencia de problemas de dicción o dislalias en niños con problemas de maloclusión y esto a su vez, tienen bajo rendimiento escolar, de manera que en el desarrollo del mismo estos problemas deberían ser considerados simultáneamente entre el médico foniatría, el odontólogo y el docente (maestro).

OBJETIVOS

General

Establecer la relación de la deglución atípica con maloclusiones, dicción, rendimiento escolar y mordida abierta, por sexo y edad.

Específicos

1. Identificar los niños que presentan deglución atípica.
2. Establecer la relación entre deglución atípica y dicción.
3. Establecer la relación entre deglución atípica y rendimiento escolar.
4. Establecer la relación entre deglución atípica con mordidas abiertas
5. Establecer la relación entre deglución atípica con mordidas abiertas que presentan los niños.
6. Identificar los niños que presentan deglución atípica por sexo.
7. Identificar los niños que presentan deglución atípica por edad.

PROPÓSITO

Aprobación de un Proyecto para la aplicación de un tratamiento ideal para evitar la influencia del hábito de deglución atípica, corrección de la dicción y como consecuencia, mejoramiento en el rendimiento escolar.

Es por ello, que la presente investigación se enfoca en Integrar a los Profesionales del Instituto de Terapia del Lenguaje y del Curso de Ortodoncia Preventiva, donde se conforma un equipo multidisciplinario para detectar problemas de Deglución Atípica, Dicción y Rendimiento Escolar, en los niños que asisten a las consultas, para elaborar un proyecto en forma dirigida y lograr una atención integral, con el fin de conseguir el tratamiento más aceptado para dichas alteraciones.

MARCO TEÓRICO

Antes de comenzar a enunciar la parte patológica de lo que sirve de marco referencial a nuestra investigación, que es el mal hábito de la Deglución Atípica, se comienza a describir a continuación, lo que significa la parte fisiológica.

DEGLUCIÓN



Etapas de la Lengua durante una deglución normal.

La lengua juega un papel muy importante en el establecimiento de la oclusión dentaria, oclusión que viene determinada por el equilibrio entre: lengua, dientes y labios. La posición defectuosa de la lengua trae consigo desequilibrio dentario y como consecuencia mal oclusión. La deglución es una función biológica, coordinada en el cual las sustancias pasan de la cavidad oral por la faringe para llegar al esófago.

Al deglutir hay una perfecta sincronización Etapas de la lengua durante una deglución normal entre la parte neurológica y los diferentes músculos de la región orofaringe como lo son: el músculo lingual, buccinador, suprahiodeo y faríngeos.

Normalmente un individuo deglute aproximadamente nueve veces en un minuto de alimentación en intervalos regulares. Existe un cálculo de frecuencia donde un individuo deglute 2.400 veces en un periodo de 24 horas. Existen evidencias de que la frecuencia del movimiento en el número de degluciones es mayor en niños que en adultos. Los individuos con clase II, División 1, y mordida abierta, degluten con más frecuencia, se ha comprobado que en los periodos de irritabilidad en los niños, la frecuencia de deglución es mayor.

Elementos que participan en la Deglución

Lengua

Es el órgano sensorial por excelencia, elemento esencial en las funciones de masticación, fonación y deglución. Está compuesta por fibras musculares orientadas en tres (3) diferentes direcciones, estructura móvil capaz de realizar diversos movimientos que incluyen diferencias en forma y posición. La lengua funciona bañada con saliva el bolo alimenticio, lo presiona contra los dientes facilitando el bolo alimenticio hacia atrás durante la deglución. Su importancia funcional se destaca desde el nacimiento del ser apenas nace el individuo esta presente una exquisita movilidad y capacidad para cumplir, complejas funciones de lo mas diferentes. La lengua y el cerebro, son los órganos más desarrollados que tiene el recién nacido. Además posee una potente musculatura, su especial esqueleto y sus 17 músculos, le confieren una movilidad extrema para el cumplimiento de sus funciones.

Los músculos que componen la lengua los podemos dividir en:

- Músculos Intrínsecos, los que controlan el tamaño y la forma de la lengua.
- Músculos Extrínsecos: los que relacionan la posición lingual.

La acción que la lengua desarrolla la podríamos considerar como:

1. La de toda la lengua que transcurre en el espacio interior o E2.
2. Es la que realiza por intermedio de la punta y la parte anterior libre.

La acción que desarrollan esa partes, se traducen, no solo por movimiento en el interior del espacio, sino que también rebasa con toda facilidad los límites de este espacio.

Su punta puede llegar al vestíbulo y ponerse en contacto con la piel que rodea el orificio bucal, esta versatilidad, ese traslado alterado o constantemente repetido a lugares diferentes y en cierta medida distante lo puede realizar por su gran movilidad.

El esqueleto está compuesto por Osteofibrosis, está compuesto por un hueso, el hioides y 2 láminas fibrosas: membrana hialina y el Septum medio, se inserta en el hueso medio.

Todos los músculos le dan una riqueza de movimiento pero como su esqueleto, también es móvil. Toda la masa de la lengua se mueve con facilidad, y puede acompañar a la, punta y la parte anterior libre; cuando ella entra en acción.

En el recién nacido durante los primeros meses, la actividad de la lengua es constante, pero esa acción se realiza en muchos movimientos fuera de la boca, la introduce y la saca, le confiere continuos y variadísimos movimientos.

Esta actividad lingual representa estímulos adecuados, para un crecimiento armónico de los maxilares, entre los 21 días a los 6 meses, fase de mayor crecimiento horizontal de los maxilares.

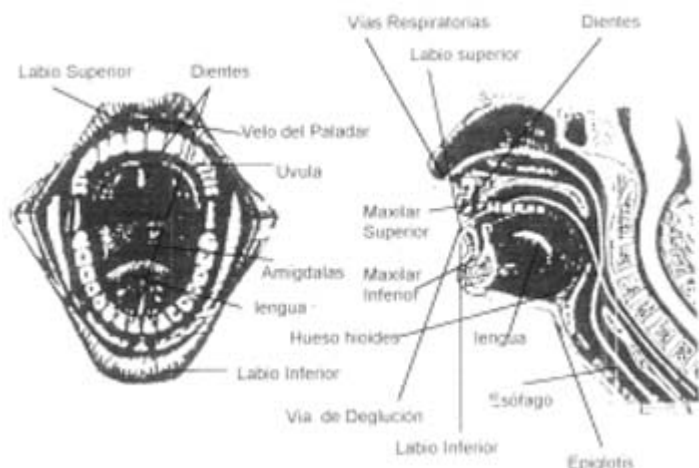
En el recién nacido y el lactante, la lengua ocupa toda la capacidad de la boca; esto es solo en una fase de la vida, el lactante mantiene los labios separados y la lengua interpuesta, esto se puede decir que no es anormal, la lengua ocupa la totalidad de la boca y la respiración la hace por intermedio de la nariz.

La faringe en posición alta y retrovelar de la epiglotis, la faringe baja y el mínimo esta capacitado para inspirar aire por la

boca.

Todo hace que la lengua en los períodos posteriores de la vida vaya adquiriendo una posición apta, para estimular el crecimiento de los maxilares.

KOUBITZ, fue el primero que llamó la atención saber la posición natural de la lengua, por el llamado triple cierre bucal.



Este Triple cierre asegura un adecuado crecimiento del macizo facial incluyendo los maxilares, pues la lengua toma apoyo en 3 partes: uno anterior en la parte palatina cercana al cuello de los incisivos, donde se apoya la punta de la lengua, el segundo corresponde a la parte media del paladar duro que soporta el dorso de la lengua y un tercero en el cual la base de la lengua toca el paladar blando.

Es precisamente ese triple adosamiento contra las paredes rígidas de los rebordes alveolares y los dientes, el encargado de estimular el crecimiento de los maxilares y a través de ellos el Macizo Facial.

En todo este proceso es necesario la ayuda de la presión atmosférica que al actuar sobre el piso de la boca levanta los tejidos blandos y los adosa contra el paladar, si los labios no pueden efectuar el cierre, la acción de la presión atmosférica no tendría efecto, si la boca permaneciera abierta, la presión atmosférica actuando sobre la lengua, a la que se le adicionaría, la

acción de la fuerza de gravedad, al separar la lengua de los tres puentes claves, le harían perder la acción morfogenética.

De todo esto podríamos decir que la acción de la lengua en su propia movilidad, con todas sus formas posibles forman diversas, que son múltiples y complejas por demás y que están incluidas en las diferentes funciones que la boca realiza.

Músculos Masticatorios

1.- Temporal: Aplanado triangular o en abanico ocupa la fosa temporal.

Iserciones: Por arriba en la línea curva temporal inferior, la Fosa Temporal, la aponeurosis temporal y el arco zigomático y el masetero. El borde superior con el ángulo de unión de la aponeurosis temporal. En la pared craneal, borde posterior canal labrado en la base de la apófisis zigomática borde anterior está en relación con el canal al viola.

Relaciones: La cara interna se relaciona con la fosa del temporal y por debajo de ella con los músculos pterigoideos y el buccinador. La cara externa con la aponeurosis del temporal, el arco zigomático y el masetero. El borde superior con el ángulo de unión de la aponeurosis Temporal. En la pared craneal, borde posterior canal labrado en la base de la apófisis zigomática borde anterior está en relación con el canal al viola.

Acción: Elevador del maxilar inferior y retractor del condilo (fascículo posterior). Cuando este ultimo ha sido conducido hacia delante por el Pterigoideo exterior.

2.- Masetero: Es un músculo corto, grueso, adosado a la cara externa de la rama del maxilar inferior.

Iserciones: Comprende 2 fascículos, el Superficial, se extiende del borde inferior del arco zigomático al ángulo de la mandíbula. El fascículo profundo, se extiende desde el arco zigomático a la cara externa de la rama ascendente entre 2 fascículos están separados entre si por un tejido conjuntivo.

Relaciones: 2 caras y 4 bordes

- Cara interna se relaciona con la rama del maxilar inferior con la escotadura sigmoidea (paquete vasculo nervioso maseterino. Apófisis coronoideo y el buccinador. (Bola de Bichai).
- Cara externa: cubierta por la aponeurosis maseterina. Los músculos cutáneos de la cara, la arteria transversal de la cara, el conducto de Sternon y ramificaciones del nervio facial.

Borde Superior: Corresponde el arco zigomático. El borde inferior con el ángulo maxilar.

Borde Anterior: Con el maxilar Superior con el buccinador y la arteria facial.

Borde Posterior: Situado por delante de la articulación Temporo Mandibular, esta en relación con la rama del maxilar.

Acción: Elevador del maxilar inferior.

3. Pterigoideo Interno: Situado por dentro del maxilar inferior tiene la misma disposición que el masetero.

Arriba: Se efectúan en la fosa Pterigoidea, desde este punto se dirige hacia abajo, atrás y afuera, en busca de la cara interna del ángulo del maxilar.

Acción: Elevador de la mandíbula.

4. Pterigoideo Externo: Tiene forma de cono cuya base comprende al cráneo y el vértice del cóndilo, ocupa la fosa zigomática.

Inserciones: 2 fascículos que parten de la base del cráneo. Fascículo Superior. Esfenoidal. Se inserta a la mayor del esfenoidal facial. Inferior cara externa del ala externa de la apófisis Pterigoides, desde este punto se dirigen hacia atrás en busca de la articulación Temporomandibular.

Labios

Se presenta en dos formas: labio superior y labio inferior, recubren la parte anterior de la cavidad oral, son de vital importancia en la aprehensión de los alimentos en la fase inicial de la masticación, participando en el proceso de deglución.

Faringe

Porción del tracto digestivo que sirve como vía de paso tanto para el sistema digestivo como para el sistema respiratorio, permite que el individuo respire a través de la boca cuando las vías nasales están obstruidas. La musculatura faríngea es la responsable de la segunda fase de la deglución (periodo faríngeo).

Esófago

Es un tubo largo y recto que se comunica directamente con el estómago, en esta región se da la tercera etapa de la deglución.

Músculos Suprahioideos

Están colocados encima del hueso hioides, cuando el hueso hioides se encuentra estabilizado entran en acción los músculos infrahioides, los cuales contribuyen al morder la elevación de la mandíbula durante el periodo de la masticación y la deglución en un individuo con la boca cerrada entran en acción los músculos masticadores quienes con los músculos suprahioides contribuyen a la elección de estos músculos. El más importante es el milohioideo el cual eleva y contrae la lengua.

Paladar Blando

Es la porción posterior del paladar de gran importancia en el acto de deglución.

Impide el paso de los alimentos a la cavidad nasal, permitiendo que este pase por la faringe, la musculatura del paladar blando que termina en una proyección libre llamada Úvula.

Epiglotis

Porción cartilaginosa en forma de hoja que está localizada en el borde superior del cartílago tiroideo. Actúa como bisagra de puerta durante la deglución, impidiendo la entrada de alimentos a la tráquea, pues bloquea su entrada.

Clasificación y Características de la Deglución Infantil dependiendo del periodo de vida del ser humano

1. Visceral o Infantil.
2. Somática o madura.

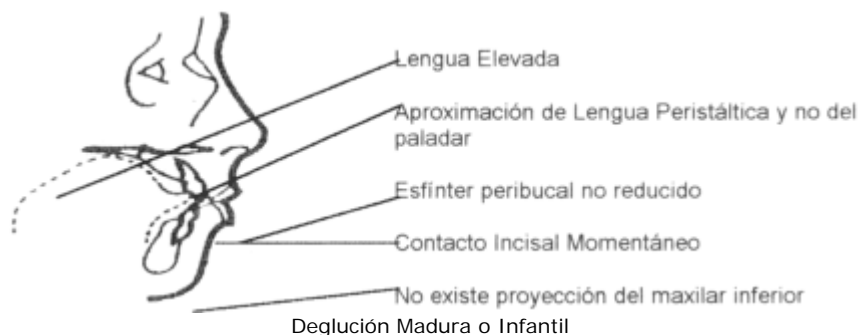
Características de la Deglución Visceral o Infantil



Deglución infantil (Visceral)

1. Separación de los maxilares y colocación de la lengua entre los rodetes alveolares.
2. Estabilización de la mandíbula por contracción muscular de interposición lingual del séptimo par craneal.
3. La deglución es controlada por intercambio sensorial entre los labios y la lengua.

Características de la Deglución Madura o Somática



1. Los Dientes permanecen juntos.
2. Estabilización de la mandíbula por contracción de los músculos elevadores principalmente los músculos inervados por el quinto par craneal.
3. La punta de la lengua se coloca por encima y por detrás de los incisivos.
4. Contracción mínima de los labios durante la deglución.

Fases de la Deglución

1.- Fase Bucal: es la fase donde las actividades son hechas de manera voluntaria o conciente, siendo por esta la única actividad controlada por el individuo. Esta fase a su vez puede ser dividida en cuatro fases distintas:

- Fase Preparatoria: comienza inmediatamente por a entrada de líquidos en la cavidad bucal en el proceso de alimentación del bolo alimenticio, el cual se coloca sobre el dorso de la lengua en preparatoria para la deglución. En esta fase la lengua se encuentra en reposo y está íntimamente relacionada con la musculatura perioral.
- Fase de Elevación de la Lengua: en esta fase la punta de la lengua se va a ubicar a nivel de la papila palatina del maxilar superior. En esta fase los maxilares se encuentran en oclusión céntrica, la parte posterior de la lengua es presionada contra la superficie lingual de los dientes y en la mucosa palatal adyacente. El dorso de la lengua se ondula, las laterales van a las caras linguales y palatinas de los dientes y la punta reposa sobre la cara palatina de los antero superiores.
- Fase de contacto lingual con el paladar duro y el blando: en esta fase el paladar blando reposa sobre el dorso de la lengua colocándose por encima de los músculos elevadores del velo del paladar que luego se empuja contra la pared posterior de la laringe. Al mismo tiempo el hueso hioides acompaña la elevación de la faringe. Estos movimientos combinados crean un camino de interferencia para el bolo alimenticio, quien es empujado por la cavidad bucal por un movimiento ondulatorio de la lengua. La cavidad bucal está estabilizada por los músculos masticatorios. Durante la fase de la deglución los molares están en contacto, lo que indica una actividad de los músculos elevadores de la mandíbula. Esta fase está enervada por el nervio trigémino.
- Fase de posición mas anterior del hueso hioides: en esta fase al ponerse en contacto la lengua con el paladar blando, el hueso hioides se eleva favoreciendo el paso del bolo alimenticio a la faringe.

2.- Fase Faríngea: esta fase está dividida en tres, nasofaríngea, orofaríngea y laringofaríngea, cuando el bolo alimenticio está en la cavidad bucal, pasa a la orofaringe comenzando el periodo faríngeal, es un periodo involuntario, inconsciente, caracterizado por dos cavidades divididas, por donde irá luego al esófago el bolo alimenticio. El paladar blando al entrar en contacto con la pared posterior laringofaríngea comienza la comunicación nasofaríngea evitando el reflujo alimentario por la nariz.; esto ocurre conjuntamente con la elevación del tubo farínge. Esta etapa está caracterizada por un orificio laringeo en la epiglotis. La lengua lleva el bolo alimenticio hacia atrás contra la epiglotis para pasar por el orificio laringeo. La enervación de este periodo está enervado por el nervio glossofaríngeo, el bolo alimenticio entra por los bordes laterales de la

epiglotis en dirección al esófago.

3.- Fase Esofágica: comienza cuando los músculos faríngeos se relajan permitiendo que el alimento entre en el esófago. Al entrar en el esófago este periodo es involuntario e inconsciente y se puede manifestar por contracciones reversas de flujo, vómitos.

A continuación, se define los hábitos para luego considerarlo en el concepto de hábito con deglución atípica.

Hábitos

El hábito se puede definir como la práctica de un mismo acto de manera inconsciente con variación en la intensidad y en la frecuencia. Cuando un hábito está presente se puede establecer: un patrón de conducta fijado por petición, una manera de actuar que se fija por entrenamiento por una actitud de ejecutar un acto sin control especial de la conciencia.

Los reflejos vienen acompañados durante el desarrollo de estímulos externos e internos que van relacionados con una actividad somática durante el desarrollo. En los niños con problemas emocionales, como no pueden calmar la ansiedad no saben como canalizar estas desviando sus angustias y generando hábitos o conductas repetitivas para liberar sus tensiones.

Los hábitos compulsivos es aquel que adquiere el niño por una fijación de tal manera, que acude a la práctica del hábito cuando siente su seguridad amenazada, dichos hábitos expresan necesidad emocional y cuando el niño lo realiza es para escudarse de la sociedad que lo rodea.

El recién nacido es capaz de realizar algunas funciones vitales como son: succión, deglución, respiración, que son acciones reflejas o acondicionadas, muchas de estas funciones se aprenden durante los primeros meses o años de vida, como son: la masticación, la fonación o la mímica. Estas son acciones reflejas acondicionadas que se desarrollan a partir de otra no condicionadas.

DEGLUCIÓN ATÍPICA



Deglución Atípica asociada a Maloclusión

El acto de la deglución repetido frecuentemente puede tener un efecto marcado sobre el maxilar superior e inferior. Según Mayers, la retención prolongada de la deglución infantil o visceral es una de las principales Deglución Atípica asociada a causas de las maloclusiones. La Maloclusión a deglución atípica ocurre cuando el mecanismo innato de la deglución es interrumpido.

También se reconoce como empuje lingual, en el cual la lengua juega un papel primordial tanto para la oclusión como para la correcta pronunciación de las letras, por tanto su tamaño y su posición en reposo y función son muy importantes. En cuanto al tamaño se relaciona con el tamaño de la mandíbula, pudiendo existir macroglosia que se evidencia cuando el paciente se toca el mentón con la punta de la lengua.

La macroglosia puede provocar biprotrusión de los maxilares, mordida abierta y mordida abierta tanto anterior como posterior. En cuanto a la posición, la lengua en condiciones normales debe estar ubicada entre la bóveda palatina, los arcos dentarios y el piso de la boca. Si ocupa una posición diferente ocasiona problemas de maloclusión. En cuanto a la importancia de la maloclusión se relaciona con la deglución cuando esta se coloca entre las rugosidades palatinas para ayudar al paso del bolo alimenticio a la faringe.

Para Strauss el empuje lingual es una mordida abierta donde la lengua se posiciona en los dientes anteriores para tragar. No se sabe a ciencia cierta si es un hábito o una posición adaptativa.

Características Clínicas de la Deglución Atípica

1. Presionamiento atípico de la lengua por interposición lingual: el cual puede ser anterior o lateral para algunos autores, puede ser producto de alteraciones neuromusculares (Strauss); para Moyer puede ser como consecuencia de una retención de la deglución infantil o visceral, todo esto trae como consecuencia mal oclusión presión labial y por ende problemas en la fonación.
2. Contracción de la musculatura perioral caracterizada por:
 - Rictus Laterales desde el ala de la nariz hasta la comisura labial
 - Presionamiento labial con interposición del labio inferior, se aprecia hipotonicidad de este labio provocando una maloclusión clase II.
 - Contracción de los maseteros y temporales, provocando hipertonia mentoniana e hipotonía del labio superior.
3. Movimiento de la Cabeza al deglutir como compensación de la elevación del hueso hioides.

4. Alteración de los fonemas siendo los más alterados los fonemas l, n, t, d, s, z.
5. Aumento del volumen de la lengua. Es de suma importancia observar la postura de reposo de la lengua en los pacientes con estas características.
6. Aumento de salivación y acumulación de saliva en los cantos de la boca.
7. El paciente escupe con mucha frecuencia.
8. Dificultad para deglutir con los labios separados.

Efectos colaterales de la Deglución Atípica

Para Segovia se puede esquematizar la deglución atípica de acuerdo a la clasificación de Angles de la siguiente manera:

1. Efectos Ocurredos por Deglución Atípica en Portadores Clase II:
 - Proyección paralabial de los incisivos superiores.
 - Proyección paralabial de los incisivos inferiores.
 - Labio Superior Hipotómico.
 - Interposición Labial.

2. Efectos Ocurredos por Deglución Atípica en Portadores Clase III:
 - Lengua rebasando la boca.
 - Labio inferior hipotómico y proyectado.
 - Labio superior hipertónico.

FONACIÓN

Es la función del órgano bucal menos tenida en cuenta en odontología, por este motivo probablemente, la menor conocida. Sin embargo, representa para el ser humano, una de las más trascendentes, no es como se ha señalado antes, sólo un mecanismo de puro registro pasivo, sino que representa un acto espontáneo con fundamental sentido creador de designación simbólica de los objetos. Sin embargo, quizá no es este el aspecto más importante, pues. el ser humano, fonación y lenguaje íntimamente ligados, le permite al individuo expresarse. La simple emisión vocal, que es en realidad la esencia de la fonación, no es bastante para que hombre se exprese convenientemente. Todo contacto lingüístico entre los hombres, supone la existencia de un sistema compuesto de elementos diferenciales, después de entender lo que es fonación se presenta a continuación lo que significa fonemas.

Fonemas

Según Segovia (1960), fonema no es más que: "la manera como se le denomina en fonética a todas las letras, ya sean sonoras o no. Estas letras pueden ser fricáticas, laterales, vibrantes, sordas, sonoras, etc y por sonidos que van acompañadas de vibraciones laringeas como la A, L y D, son sonidos, en cambio la P, y la T son ruidos". (p.40)

Para producir un fonema, los labios, la mandíbula, la lengua y el velo del paladar son elementos del aparato fonador que entran en movimiento, con lo cual varían los efectos acústicos del sonido laríngeo o corriente aérea a esa posición bien determinada que forman todos esos órganos en conjunto, se denomina articulación, la diferencia entre articulación y pronunciamiento es que esta última se realiza con una emisión de voz normal con limpia articulación de todos los fonemas y entonación apropiada.

Evaluación de la Función Foniática

Está dado en el momento de nacer, por el grito de una especie de A, posible con la primera entrada de aire en los pulmones. Se inicia así una específica función de la boca, emanada desde el principio con la respiración. En su progresivo evolucionar, la fonación aumenta gradualmente y aun cuando el niño al nacer no habla, su nexo con el midio, está dada exclusivamente por expresiones sonoras.

Su comienzo está en los gritos y el llanto que emite el niño en los primeros meses y el posterior balbuceo, expresión espontáneo de origen instintivo.

La protrusión lingual, movimiento habitual en el niño, permite con su ejercicio continuado, que sea otro factor indispensable en el desarrollo de la fonación y vuelve otra vez a hacer presente la coordinación de las funciones. Este adelanto lingual, factor importante en el acto alimentario del lactante, contribuye además al desarrollo de la fonación, pero también es cierta su coordinación en el tiempo, pues cuando dichas funciones han evolucionado convenientemente, ese adelantamiento innecesario ya debe desaparecer.

Todos estos mecanismos contribuyen a la impostación del tubo fonatorio para emitir los sonidos.

La gran movilidad de la lengua es esencial no solo para la articulación de los fonemas, sino también para la importación de la

voz. Es de suma importancia que dicha movilidad lingual, adquiera el máximo de posibilidades, sobre todo en algunos fonemas que como la "r en nuestro idioma, así lo exige.

También lo postural de la lengua, tiene suma importancia. De aquí la significación de la glosoptosis de Robin. El reflejo es capaz de mantenerla en su correcta postura, tanto en el hombre de pie como acostado.

DICCIÓN

Según señala Chauchard (1996), "el hombre desprovisto de lenguaje o con un lenguaje rudimentario, no sólo está reprimido y torturado en su relación con los demás, sino también limitado". (p.537)

Diversos órganos, constituyen el aparato fonador o vocal que está formado por la laringe con las llamadas cuerdas vocales, las cuales son puntas en vibración por el aire proveniente de los pulmones.

Las cavidades situadas por encima de las cuerdas vocales, tales como: la faringe, la bucal, a nasal, desempeñan el papel de resonadores que refuerzan algunas armónicas de los sonidos producidos. Es así como el timbre de la voz se diferencia en cada individuo.

Las cuerdas vocales vibran principalmente en dirección perpendicular a la corriente de aire. La altura del tono, depende por ello, de la longitud y de la tensión de las cuerdas, así como también de la fuerza del aire expirado.

El esqueleto de la laringe está formado por una serie de cartílagos que se unen por articulación y ligamentos y son: un tiroideo, un coicoides, dos artenoides, dos comiculados o de santorini, dos de Wrisberg y la epiglotis.

Si bien existen cuatro cuerdas vocales, solo las dos inferiores tienen función en la fonación. El espacio comprendido entre las cuerdas vocales inferiores, se denominan glotis. Los movimientos de estos cartílagos están relacionados con un conjunto de músculos, unos constructores (ericoaritenoides lateral y ariaritenoides) y otros dilatadores de la glotis (cricoaritenoideo posterior). Los músculos tiroaritenoides se encuentran en el espesor de las cuerdas vocales inferiores y provocan su tensión.

Pérez Ruiz (1990), con criterio integral, hace notar que:

Toda la musculatura del abdomen, del tórax, del cuello, de la boca con todas sus formaciones blandas, actúan y activan solidariamente para conseguir la impostación de la voz. La producción de la voz depende de tres factores principales, que son: presión neumática, la vibración de las cuerdas vocales y la capa de resonancia. (p. 539)

Función Morfogenética del Lenguaje

Se ha destacado el valor de la a, en la génesis de la fonación y en la función morfogenética también lo siguen manteniendo.

A es vértice principal de un triángulo que se completa con la pronunciación y corresponde a un lugar próximo del mecanismo oclusal posterior de la cavidad bucal. Los ángulos anteriores del triángulo, se dan en la parte anterior de la boca y con el llega la pronunciación de la il en el sector frontal superior y con el de la U, ' cuya pronunciación se realiza encima al sector frontal inferior. Las otras vocales ocupan lugares intermedio; la e, en el lado superior del triángulo y en lugar intermedio entre la a y la í la o, tiene su lugar de pronunciación en el lado inferior del citado triángulo entre la a y la u.

Los ruidos de las consonantes tienen origen en la fricción de la corriente de aire a través de diversas estrecheces que la boca adecua para ejecutar las mismas. Así de acuerdo con el sitio de su articulación se clasifican como sigue:

- Bilabiales: p, m, b; el órgano activo es el labio inferior y el pasivo el labio superior.
- Labiodentales: f, v: órgano activo, la punta de la lengua, órgano pasivo: borde incisales superiores.
- Dentales: s, t; órgano activo: la punta de la lengua, órgano pasivo: la cara palatina de los incisivos superiores para la t, la homóloga de los inferiores para a 5.
- Alveolares: n, l, t, ff; órgano activo: la punta de la lengua; órgano pasivo: el borde alveolar.
- Palatales: ñ, ch, y, j, u, g: órgano activo: la parte anterior y media del dorso de la lengua; órgano pasivo: el paladar duro.
- Velares: k, c, en, ca, co, z, x, g: órgano activo: la parte posterior del dorso de la lengua; órgano pasivo: el velo palatino en diferentes puntos.

De acuerdo con el modo como las consonantes se articulen, se distinguen en: oclusivas, nasales, fricativas, africadas, laterales y vibrantes.

Se advierte así como los mecanismos de apertura-cierre y sobre todo la lengua, interviene de manera decisiva en la articulación de las palabras. La columna de aire al vibrar, es un factor dinamogénico muy importante en la arquitectura bucal y facial. Sin embargo, se le ha asignado no sólo en odontología, sino también en foniatría.

De esa manera surge el conjunto de sonidos articulados, que constituyen el lenguaje.

Pero sin inteligencia, ningún lenguaje digno de ese nombre, dice Malmberg, pueden producirse. Son imprescindibles procesos psíquicos para llegar a un sistema fonético y un lenguaje articulado. Es entonces cuando el hombre tiene las posibilidades de adquirir sus máximas potencias en cuanto a su unidad se refiere y decimos que es entonces, porque además de aquella designación simbólica, al adquirir el lenguaje articulado establece contacto cierto con el mundo que lo rodea.

Ese contacto con el medio hace también del lenguaje, un factor esencial para el desarrollo del pensamiento abstracto.

La actividad nerviosa superior, fuente de múltiples reacciones que constituyen el comportamiento, está en estrecha relación con los mensajes de la sensibilidad. Las pulsaciones nerviosas originadas en los sentidos, activan los centros, que corresponden en forma refleja. Unos reflejos son innatos y se manifiestan sin ayuda de educación ninguna, en virtud de propiedades del sistema nervioso y del aparato fonador. Otros no forman parte del equipo, exigen una educación, un aprendizaje y depende de la intervención de otros individuos.

Se ha mencionado anteriormente, que ciertos reflejos dependen tanto del aprendizaje como de la educación, aquí la madre y el medio, son factores decididamente principales.

Diagnóstico y Plan de Tratamiento

El diagnóstico entre el odontólogo y el médico foniatra es de vital importancia en su decisión, ya que si es decisivo por parte del odontólogo, este puede esperar a que por los empujes de crecimiento superen el problema orgánico por autocorrección espontánea.

Al realizar el examen de diagnóstico, el médico foniatra toma en cuenta: Entrevista con los padres, examen de pronunciación, examen de desarrollo intelectual y examen de psicomotricidad, que incluye conducta respiratoria, discriminación de los sonidos, fonemas y palabras.

Tratamiento

Consiste en la terapia miofuncional que se debe llevar a cabo entre el odontólogo y el terapeuta del lenguaje, siendo la relación entre estos dos profesionales de carácter anatómico y funcional. La de carácter anatómico se debe a que tanto la función masticatoria como en la articulación, intervienen los mismos elementos anatómicos: faringe, labios, lengua, dientes y velo del paladar. La relación de carácter funcional se debe a la adopción del organismo a funcionar dependiendo de las necesidades de defensa y supervisión (función adaptación).

Es importante que el odontólogo reconozca la relación entre el balance muscular orofacial y la salud de los dientes, ya que un desbalance muscular contribuye de una manera significativa al desarrollo de los patrones de crecimiento inadecuados y como consecuencia, la salud dental se verá afectada y deberá trabajar en conjunto el odontólogo y el terapeuta del lenguaje, quien es el profesional que no es más que el conjunto de procedimientos y técnicas para reeducar, la cual se pueden lograr cambios en la aplicación de fuerzas musculares establecidas por nuevos equilibrios musculares.

MORDIDA ABIERTA

La mordida abierta es la falla de un diente, o varios dientes, para encontrar a los antagonistas en el arco opuesto. Durante el curso normal de erupción, se espera que los dientes y su hueso alveolar de soporte se desarrollarán hasta que los antagonistas oclusales se encuentren.

Cualquier interferencia con el curso normal de erupción y el desarrollo alveolar puede resultar una mordida abierta.

Las causas generalmente pueden agruparse en tres encabezamientos: (1) trastornos de la erupción dentaria y crecimiento alveolar, por ejemplo, molares primarios anquilosados; (2) interferencia mecánica con la erupción y crecimiento alveolar, por ejemplo, un hábito de succión digital; y (3) displasia esquelética vertical. Esta última, aunque se ve con menos frecuencia, es un problema muy diferente y mucho más fácil.

Desafortunadamente, hay dos definiciones actuales de mordida abierta, el término "mordida abierta" significa falta de dientes antagonistas funcionales. Esta definición es no solo funcionalmente correcta, sino que es más pragmática.

En 1873, Tomás (citado en Schubert, 1993) "prescribió el concepto del balance de las fuerzas de los músculos labios linguales, lo cual sugería que la fuerza física de los labios y la lengua, eran importantes para la forma del arco dental". (p.36)

RENDIMIENTO ESCOLAR

Es la capacidad que tiene el alumno para lograr sus objetivos académicos. Para ello, es necesario que el alumno presente buena salud tanto mental, física y bucal.

EDAD

La edad establece un parámetro muy importante dentro de las enfermedades bucodentales. Así por ejemplo: la caries dental presenta una mayor prevalencia a edades más tempranas. En Venezuela, según el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, entre los 7 y 14 años de edad, existen 3,01 dientes cariados de cada 100 examinados, aumenta entre los 15 y 19 años para luego ir disminuyendo a medida que se avanza hacia la edad adulta. Otro aspecto es la localización que presenta la caries dental en la dentición primaria. Hecho explicable por la delgadez de los tejidos duros dentarios y el tipo de alimentación suministrado.

Al contrario de la caries dental, las enfermedades periodontales se observan con mayor frecuencia a medida que avanzamos de edad, esto no quiere decir que no podamos encontrar ciertas enfermedades periodontales en edades tempranas de la vida. La secuencia y el grado de erupción dental están determinadas por la edad. Podemos saber entonces cuando un paciente presenta desviaciones de esos patrones. En la dentición primaria los primeros dientes en aparecer son las incisiones centrales a una edad promedio entre 6 y 7 meses para los inferiores. Para la dentición permanente, el primer molar es el primer diente en aparecer y lo hace a la edad promedio de 6 años.

A pesar de que la conducta o de comportamiento del niño en el consultorio dental está determinado por una serie de factores de su contorno de vida, la edad juega un papel muy importante en una conducta. Podemos esperar que a la edad de 2 años el niño es razonable fácil respecto a todos los aspectos del comportamiento, mientras que a los 4 años es gran conversador y preguntador. En el tratamiento odontológico, la edad es determinante.

SEXO

Si bien es cierto que el sexo no es variable determinante en el comportamiento de ciertas enfermedades odontológicas, si representan un factor importante en el comportamiento de ciertas enfermedades generales.

Otro aspecto que odontólogo debe considerar, es el trato de acuerdo al sexo, ya que presentan intereses diferentes. La niña suele interesarse por el juego con muñeca, mientras que el niño por juegos como el béisbol. Estos ejemplos sirven de ilustración del tipo de comunicación que el profesional debe hacer hacia cada sexo.

El lenguaje no es solo un mecanismo de solo registros pasivos, sino un acto espontáneo con fundamental sentido creador. Como lenguaje exterior nos permite, las tan necesarias comunicaciones con el mundo y como lenguaje exterior, asegura nuestros pensamientos, nuestra conciencia reflexiva humana. Es por ello, que en el momento que el niño aprende a hablar, es cuando se humaniza verdaderamente.

MARCO METODOLÓGICO

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Deglución Atípica: es el acto en el cual no hay una sincronización de los labios, lengua y maxilares con interposición lingual al deglutir. Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentales en el acto de deglutir, dando como resultado, la protusión de ambos incisivos y la mordida abierta. Suele ser una postura adaptativa, para lograr un correcto sellado oral en el caso de que falte el contacto interincisivo.

Mordida Abierta: Modificación de la dirección del crecimiento de las estructuras dentro-alveolares, producidas por un hábito llamado funcional por origen cefalométricamente¹ en este caso, no se observa alteraciones estructurales y prácticamente se auto corrige al desaparecer el hábito que la originó. En la mordida abierta con aumento de la altura facial inferior, estará indicado un componente esquelético, aunque algunas veces puede estar asociado a un hábito, en esta caso, no es la causa de mordida abierta, por lo que su eliminación no corrige totalmente la anomalía.

Dicción: Se refiere a la manera de hablar; está directamente relacionada con la posición de nuestros dientes y al consecuencia que esto ocasiona al momento de pronunciar las palabras.

Rendimiento Escolar: es la capacidad que tiene el alumno para lograr sus objetivos académicos. Para ello, es necesario que el alumno presente buena salud tanto mental, física y bucal.

Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento, duración de la vida.

Sexo: diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer, del macho y la hembra: son masculino y femenino.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se elaboraron Historias Clínicas y se utilizaron Boletas Escolares, por todo el universo de niños para poder escoger los niños representativos para la muestra.

Procedimiento

Análisis de los datos recolectados en la historia clínica, su análisis estadístico, presentación en gráficos de barras que permitan visualizar el presente estudio y la relación existente entre las variables consideradas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Definición	Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Pregunta
Acto en el cual no hay una sincronización de los labios, lengua y maxilar, con interposición al deglutir.	Deglución atípica	Orgánica Funcional	Contracción al deglutir de músculo maseteros y temporal. Posición de la lengua al deglutir.	Nominal	Observación directa	Palpación de los músculosLa lengua detrás de caras palatinas de los dientes.
Modificación de la dirección del crecimiento de las estructuras dentoalveolares, producidas por hábito.	Mordida abierta	Orgánica Funcional Genética	Sobre mordida vertical y horizontal Empje de la lengua, dientes anteriores separados y en oclusión posterior labios abiertos. Predisposición, herencia.	Nominal	Historia clínica Interrogativa	Oberbite + 3 mm Oberyect + de 3mm Siempre se observa boca abierta Algún familiar presenta la mordida abierta
Alteración en la articulación de los fonemas.	Dicción	Orgánica Funcional Neurológico	Desplazamiento dento alveolar Mala pronunciación de los fonemas: L, R, T, Z	Nominal	Observación y examen clínico	No existe contacto alvéolo dentario, labios y lengua Dificultad en la pronunciación Incoherencia de lo que quiere decir, con lo que pronuncia
Capacidad que tiene el alumno para lograr sus objetivos académicos.	Rendimiento escolar	Notas	18-20 A 14-17 B 10-13 C	Intervalo	Boletín de notas	Excelente Regular Deficiente
Tiempo transcurrido desde el nacimiento. Duración de vida.	Edad	Orgánica	Años cumplidos	Ordinal	Ficha clínica	Que edad tiene su niño
Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.	Sexo	Orgánico	Masculino Femenino	Nominal	Ficha clínica	Sexo de su niño

Tipo de Estudio

La investigación realizada es un estudio tipo transversal, ya que se realiza en un grupo de niños con características similares en un periodo definido.

Universo

El universo de esta investigación está constituida por niños que asisten al Instituto de Terapia de Lenguaje por tratamiento de corrección de la dicción que son 35 y niños del Colegio Santa Bárbara que son 500 de la cual 45 resultaron con hábito de Deglución Atípica.

Muestra

Nuestra muestra está constituida por 80 niños, 45 del Instituto "Santa Bárbara" y 35 del Centro de Rehabilitación de Terapia

del Lenguaje.

Instrumento de Recolección de Datos

Los instrumentos utilizados para llevar a cabo la investigación de las condiciones físicas producidas por la deglución atípica en nuestro grupo de pacientes fueron los siguientes:

1. Historias Clínicas: toda historia del Instituto de Terapia del Lenguaje e Historia de la Clínica Don Bosco, en la cual se le realizó el estudio a los niños de preescolar.
2. Ficha Clínica para la Recolección de Datos (ver anexo).
3. Entrevistas hechas al personal del Instituto de Terapia del Lenguaje, Directora, Médico, Foniatra, padres de los niños que asisten a la institución y a los colegios, a su vez, niños sometidos al estudio.

Recolección de Datos

Se realizó mediante la observación directa. Datos suministrados por los representantes y los datos aportados por las Terapistas de Terapia del Lenguaje.

Se observaron las Historias Clínicas, las Boletas Escolares y las Historias Clínicas de foniatría.

Recursos Humanos

1. Directora del Instituto de Terapia del Lenguaje y Director y Maestro de los Colegios.
2. Médico Foniatría, Terapeuta de Lenguaje.
3. Personal de Secretaria.
4. Personal Higienista de la Clínica Don Bosco.
5. Asesor: Dr. Humberto García y Licenciada Sara Vera.

Materiales

1. Hoja de Historia Clínica.
2. Ficha Clínica.
3. Espejos Bucales.
4. Unidad Odontológica.
5. Computadora.
6. Hoja de papel.
7. Lápices.

Recursos Institucionales

1. Consulta a la Cátedra de Salud Pública UCV, Facultad de Odontología.
2. Biblioteca de la Facultad de Odontología.
3. Tesis del curso de Ortodoncia Preventiva.
4. Textos Personales.

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

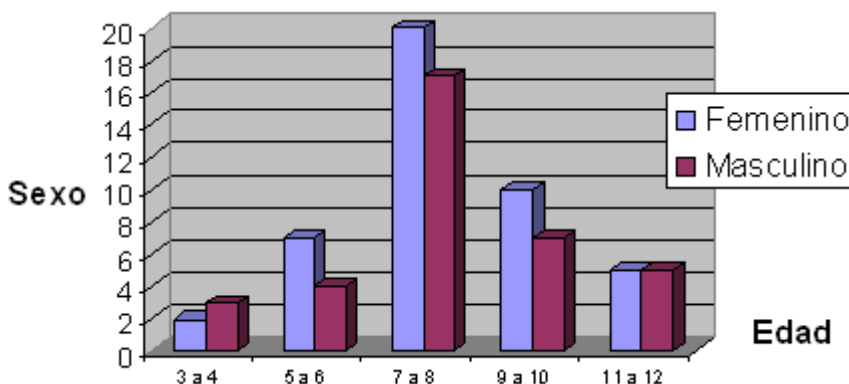
CUADRO 1
Población total por sexo y edad (cifras absolutas)
de niñas y niños entre 3 y 12 años del Colegio Santa Bárbara
y del Instituto de Rehabilitación del Lenguaje Catia (C.R.L.C.), Catia, 2001

Edad	Femenino	Masculino	TOTAL
3 a 4	2	3	5
5 a 6	7	4	11
7 a 8	20	17	37
9 a 10	10	7	17
11 a 12	5	5	10
Total	44	36	80

Interpretación

Este cuadro muestra la población total por sexo y edad, donde se observa que existe mayor cantidad de niñas en edad comprendida entre 7 y 8 años y menor cantidad de niños entre 3 y 4 años.

GRAFICO 1
Representación gráfica de población total por sexo y edad
(cifras absolutas) de niñas y niños entre 3 y 12 años del
Colegio Santa Bárbara y del Instituto de Rehabilitación
del Lenguaje Catia (C.R.L.C.), Catia, 2001



Interpretación

Este gráfico representa la población total de niños y niñas del Colegio Santa Bárbara y del Centro de Rehabilitación del Lenguaje Catia (C.R.L.C.) donde se observa que existe mayor cantidad de niñas entre 7 y 8 años y menor cantidad de niños entre 3 y 4 años.

CUADRO 2
Deglución Atípica por Sexo (Cifras absolutas) de niños y niñas entre 3 y 12 años del Colegio Santa Bárbara y del Centro de Rehabilitación del Lenguaje Catia (C.R.L.C.). Caracas, 2001

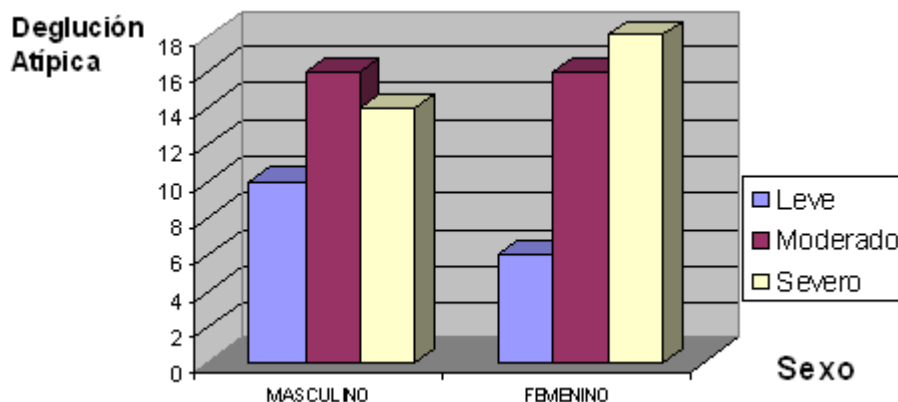
Deglución Atípica	L	M	S	TOTAL
MASCULINO	10	16	14	40
FEMENINO	6	16	18	40
TOTAL	16	32	32	80

Fuente: Datos Propios, Mayo 18 de 2001.

Interpretación

Este cuadro muestra la deglución atípica por sexo, donde se puede observar que la misma es más severa en las hembras que en los varones y más leve en los varones que en las hembras.

GRAFICO 2
Representación gráfica de la Deglución Atípica por sexo en niños y niñas entre 3 a 12 años del Colegio Santa Bárbara y del Centro de Rehabilitación del Lenguaje Catia (C.R.L.C.). Caracas, 2001



Interpretación

El presente gráfico representa la Deglución Atípica por sexo de los niños del Colegio Santa Bárbara y del C.R.L.C., donde se observa que la deglución atípica es más severa en las hembras y más leves en los varones.

CUADRO 3
Deglución Atípica por Edad (cifras absolutas> de niños y niñas
entre 3 y 12 del Colegio Santa Bárbara y del Centro de Rehabilitación
del Lenguaje Catia (C.R.L.C.) Caracas, 2001

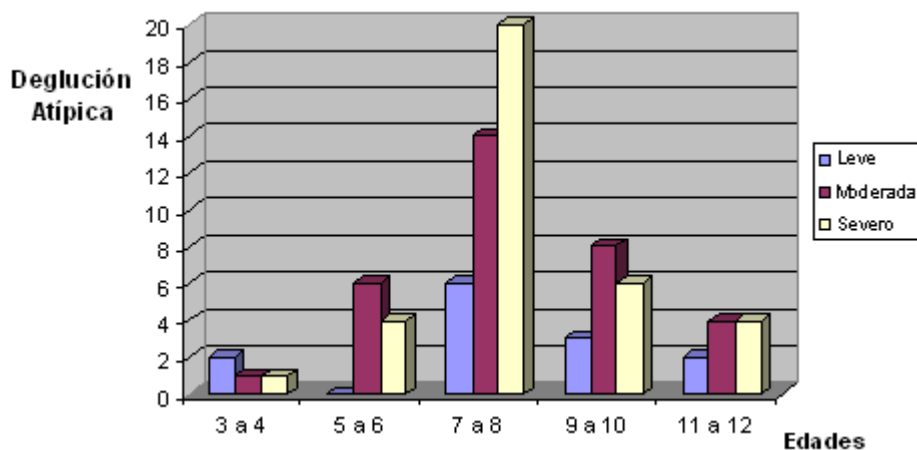
Sexo	L	M	S	TOTAL
34	2	1	1	3
54	0	6	4	10
74	6	14	20	40
9 - 10	3	8	6	17
1142	2	4	4	10
TOTAL	13	32	35	80

Fuente: Datos Propios, Mayo 18 de 2001.

Interpretación

El presente cuadro muestra la relación entre la Deglución Atípica y la edad donde se observa que la deglución atípica es más severa entre los 7 y 8 años y donde no se reportaron como leves entre los 5 y 6 años.

GRAFICO 3
Representación gráfica de la deglución atípica por edad en
niños y niñas entre 3 y 12 años del Colegio Santa Bárbara y
del Centro de Rehabilitación del Lenguaje Catia (C.R.L.C.). Caracas, 2001



Interpretación

El presente gráfico representa la deglución atípica por edad de los niños del Colegio Santa Bárbara y del Centro de Rehabilitación de Lenguaje Catia (C.R.L.C.), donde se puede observar que la deglución atípica es más severa en edades comprendidas entre los 7 y 8 años y no se reportaron casos de deglución atípica leve entre los 5 y 6 años.

CUADRO 4
Relación entre Deglución Atípica y Mordida Abierta (cifras absolutas)
de niños y niñas entre 3 y 12 años del Colegio Santa Bárbara y
del Centro de Rehabilitación del Lenguaje Cada (C.R.LC.). Caracas, 2001

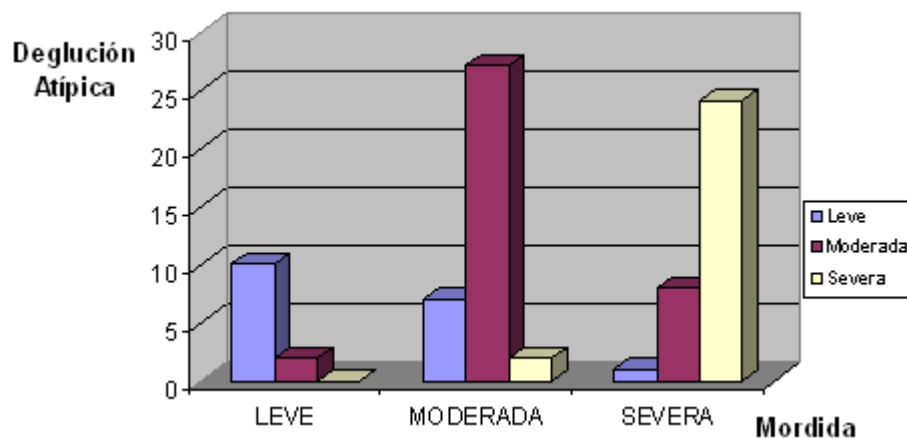
Mordida Abierta	L	M	S	TOTAL
LEVE	10	7	1	8
MODERADA	2	27	8	36
SEVERA	0	2	24	26
TOTAL	12	36	32	80

Fuente: Datos Propios, Mayo 18 de 2001.

Interpretación

El presente cuadro muestra la relación existente entre la Deglución Atípica y la mordida abierta anterior. Los niños que presentaron una deglución atípica severa, presentaban una mordida abierta severa y lo contrario. A mayor severidad de deglución atípica mayor severidad de mordida abierta anterior y viceversa.

GRAFICO 4
Representación gráfica de la Relación entre Deglución Atípica y Mordida Abierta
(cifras absolutas) de niños y niñas entre 3 y 12 años del Colegio Santa Bárbara
y del Centro de rehabilitación del Lenguaje Catia C.R.L.C.). Caracas, 2001



Interpretación

El presente gráfico representa la relación existente entre la deglución atípica y la mordida abierta anterior de los niños y niñas entre 3 y 12 años del Colegio Santa Bárbara y del C.R.L.C., donde se observa que a mayor severidad de la deglución atípica, mayor será la severidad de la mordida abierta anterior y viceversa.

CUADRO 5
Relación entre Deglución Atípica y Dicción (cifras absolutas)
de niños entre 3 y 12 años del Colegio Santa Bárbara y
del Centro de Rehabilitación del Lenguaje Catia (C.R.LC.). Caracas, 2001

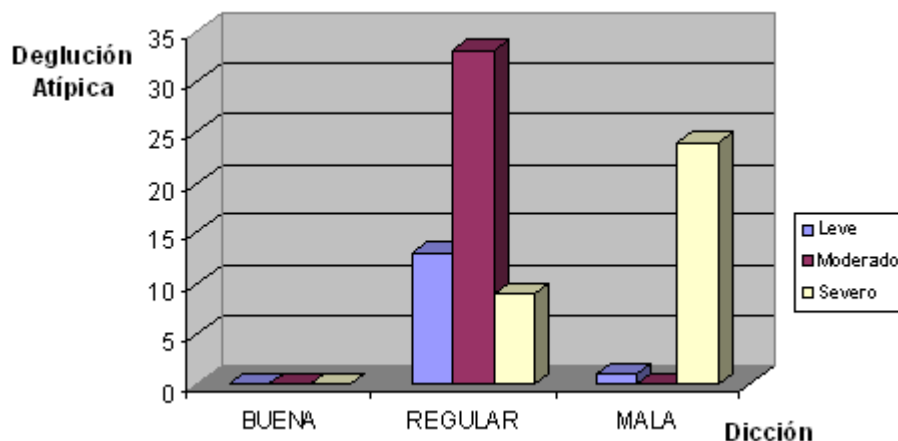
Dicción	L	M	S	TOTAL
BUENA	0	0	0	0
REGULAR	13	33	9	55
MALA	1	0	24	25
TOTAL	14	33	33	80

Fuente: Datos Propios, Mayo 18 de 2001.

Interpretación

El presente cuadro demuestra la relación existente entre la Deglución Atípica y la Dicción (dificultad para pronunciar fonemas), los niños que presentaron deglución atípica severa también tenían mala dicción y lo contrario. En una deglución atípica leve, la dicción es regular.

GRAFICO 5
Representación Gráfica de la Relación entre Deglución Atípica y Dicción
(cifras absolutas) de niños entre 3 y 12 años del Colegio Santa Bárbara y
del Centro de Rehabilitación del Lenguaje Catia (C.R.LC.). Caracas, 2001



Interpretación

El presente gráfico demuestra la relación existente entre la Deglución Atípica y la Dicción de los niños y niñas entre 3 y 12 años del Colegio Santa Bárbara y del C.R.L.C., donde se puede observar que a mayor severidad de la deglución atípica mayor serán los problemas de dicción y viceversa.

CUADRO 6
Relación entre Deglución Atípica y Rendimiento Escolar (cifras absolutas)
de niños entre 3 y 12 años del Colegio Santa Bárbara y
del Centro de Rehabilitación del Lenguaje Cada (C.R.L.C.). Caracas, 2001

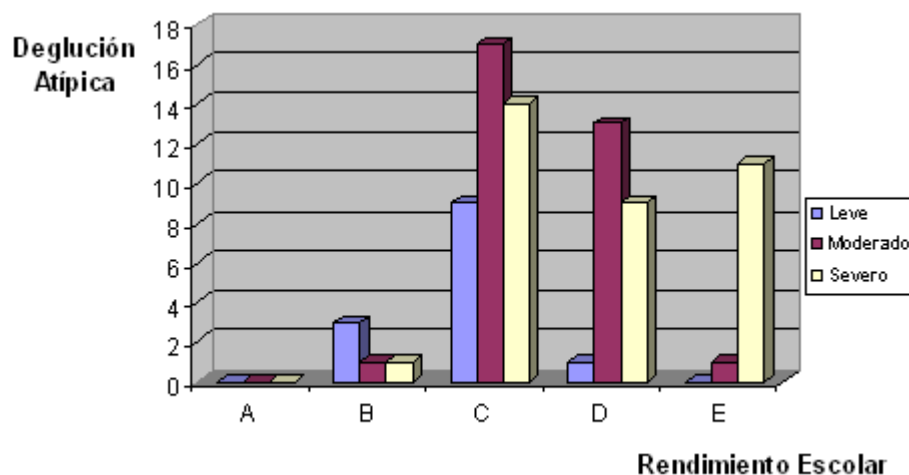
Rendimiento Escolar	L	M	S	TOTAL
A	0	0	0	0
B	3	1	1	5
C	9	17	14	40
D	1	13	9	23
E	0	1	11	12
TOTAL	13	32	35	80

Fuente: Datos Propios, Mayo 18 de 2001.

Interpretación

Este cuadro demuestra la relación existente entre la deglución atípica y el rendimiento escolar de los niños que presentaron una deglución atípica moderada presentan un rendimiento escolar bajo.

GRAFICO 6
Representación Gráfica de la Relación entre Deglución Atípica y Rendimiento Escolar
(cifras absolutas) de niños entre 3 y 12 años del Colegio Santa Bárbara y
del Centro de Rehabilitación del Lenguaje Catia (C.R.L.C.). Caracas, 2001



Interpretación

Este gráfico demuestra la relación existente entre la deglución atípica y el rendimiento escolar de los niños y niñas entre 3 y 12 años del Colegio Santa Bárbara y del C.R.L.C. Se observa que existe una relación significativa entre la deglución atípica y el rendimiento escolar cuando la deglución atípica es severa el rendimiento escolar será más bajo.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

- En la población total por sexo y edad se observó mayor cantidad de niñas entre 7 y 8 años y la menor cantidad en niñas entre 3 y 4 años.
- La deglución atípica por sexo es más severa en los varones y más leve en las hembras.
- La deglución atípica por edad es más severa en edades comprendidas entre los 7 y 8 años. No se observaron niños con Deglución Atípica leve en los niños de 5 y 6 años.
- En la relación existente entre la deglución atípica y la mordida abierta anterior, se determinó que a mayor severidad de la deglución atípica, mayor será la severidad de la mordida abierta anterior.
- En la relación entre la deglución atípica y la dicción, los niños que presentaron deglución atípica severa, también presentaron mala dicción.
- Los niños con deglución atípica severa presentaron también bajo el rendimiento escolar.

CONCLUSIONES

Al finalizar nuestra investigación, concluimos que:

- La población total por sexo y edad es mayor en niñas entre 7 y 8 años.
- La deglución atípica por sexo es más severa en las hembras y más leve en los varones.
- La deglución atípica por edad es más severa entre los 7 y 8 años y más leve entre los 5 y 6 años.
- En la relación entre la deglución atípica y la mordida abierta anterior se concluyó que a mayor severidad de la deglución atípica mayor es la severidad de la mordida abierta anterior.
- En la relación entre la deglución atípica y la dicción se concluyó que a mayor severidad de la deglución atípica, los niños presentaron mayor problema para pronunciar fonemas (dicción) o sea que presentaron una dicción mala.
- Los niños con deglución atípica severa presentaron un rendimiento escolar bajo.

LIMITACIONES

- Los días que se tomaron para asistir al Instituto de Terapia del Lenguaje para reunirnos con este personal y con la Médico Foniatra eran los martes, miércoles y jueves que coincidían con los días de ir al curso.
- Se presentó inconvenientes para realizar la encuesta a los padres de los niños de la muestra seleccionada que fue de ochenta (80) niños, ya que estos mandaban a sus representados con otros representantes, ocasionando esto retraso para tomar los datos.
- Por fallas eléctricas, no pudimos ingresar al Centro de Rehabilitación del Lenguaje Catia (C.R.L.C.), en dos oportunidades.
- Se presentaron limitaciones para encontrar bibliografías referentes a Deglución Atípica y Dicción.

RECOMENDACIONES

- Dictar charlas informativas así como también conferencias donde se capacite a un personal a detectar tempranamente el problema en el cual incluimos a los docentes (maestros) para enseñar a los niños ejercicios de dicción para los niños con problemas de dicción.
- Remitir en los casos más severos a los niños con problemas de dicción al Centro de Rehabilitación del Lenguaje Catia o crear convenios entre dichas instituciones y estos centros de rehabilitación para la aceptación de estos niños.
- Interrelacionar asistencia odontológica para los niños con problema de hábito de deglución atípica que asisten a estos Centros de Rehabilitación del Lenguaje y a su vez, someterlos a un tratamiento integral.
- Se debe publicar los resultados obtenidos de estas investigaciones para que estén al alcance de profesionales como odontólogos, médicos foniatras docentes, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Canut, J. (1988). Ortodoncia Clínica. Barcelona: Ediciones Salvat.
- Claverol, M. (1998). Revista Clínica al día. Actualidad Odontológica. N°3.
- Gómez, B. (1997). Examen Clínico Integral en Estomatopediatría. Ediciones Corporación.
- Gregoret, J. (2000). Ortodoncia y cirugía ortognática, diagnóstico y planificación. España: Editorial Expaxs, S.A.
- Limardo, Carlos. (1992). Articulación del Lenguaje y Ortodoncia. Efectos de la maloclusión sobre el lenguaje oral o del habla. Tesis de Grado. Universidad Central de Venezuela, Caracas. pp.192-255.
- Mason, R. (1989). El rol del patólogo del Lenguaje en la Evolución y manejo de desórdenes miofuncionales orales.
- Moyers. (1964). Manual de Ortodoncia Tratamiento temprano. Pp. 420-422.
- Paulys, Raymond. (1957). Mordida Abierta. pp.28, 257.
- Perelló, J. (1981). Trastornos del habla. 4ta Edición. España: 4ta. Edición.
- Proffit, W. (1990). Ortodoncia, teoría y práctica. 2da. Edición. España: Mosby Doyma.
- Schubert, U. (1993). Maloclusiones producidas por diferentes posiciones de la Lengua. Universidad de Carabobo, Venezuela.
- Torres, R. (1973). Biología de la Boca. Argentina: Editorial Panamericana.



Verificación para la realización del diagnóstico de deglución atípica a través del examen clínico.



Grupo constituido por: Asistente Dental, Secretaria, Odontólogos del Curso de Ortodoncia Preventiva Interceptiva y Ortopedia Dentofacial y niños pertenecientes al estudio de investigación.



Equipo de Trabajo del Centro de Rehabilitación del Lenguaje Catia, conformado por la Médico Foniatra y la Terapeuta del Lenguaje.



Directora del Centro de Rehabilitación del Lenguaje Catia, Lic. Petra Flores, Asistente Dental y estudiante del Curso de Ortodoncia de Preventiva Interceptiva y Ortopedia Dentofacial.