

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



**“TERAPÉUTICA DEL LENGUAJE PARA
NIÑOS CON SINDROME PALATINO”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

EVELYN LILIANA VALDÉZ HIGUEROS
ERANDI PANIAGUA FLORES

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE

TERAPISTAS DEL LENGUAJE

EN EL GRADO ACADÉMICO DE TÉCNICAS UNIVERSITARIAS

GUATEMALA 09 DE OCTUBRE DE 2008.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



**“TERAPÉUTICA DEL LENGUAJE PARA
NIÑOS CON SINDROME PALATINO”**

EVELYN LILIANA VALDÉZ HIGUEROS
ERANDI PANIAGUA FLORES

GUATEMALA 09 DE OCTUBRE DE 2008.

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Ninette Archila Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico

CIEPs.

Reg. 065-2007

GODIPs. 1314-2008

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

09 de octubre de 2008

Estudiantes

Evelyn Liliana Valdéz Higueros

Erandi Paniagua Flores

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto CUADRAGÉSIMO SÉPTIMO (47o.) del Acta VEINTICINCO GUIÓN DOS MIL OCHO (25-2008), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 02 DE OCTUBRE de 2008, que copiado literalmente dice:

CUADRAGÉSIMO SÉPTIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: "TERAPÉUTICA DEL LENGUAJE PARA NIÑOS CON SÍNDROME PALATINO", de la carrera de Terapia del Lenguaje, realizado por:

EVELYN LILIANA VALDÉZ HIGUEROS

CARNÉ No. 200113725

ERANDI PANIAGUA FLORES

CARNÉ No. 200113760

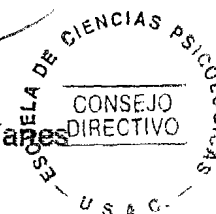
El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Irma Vargas, y revisado por el Licenciado José Alfredo Enríquez Cabrera. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes

SECRETARIA



/rut.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

REG.: 065-07
CIEPs.: 103-08

INFORME FINAL

Guatemala, 01 de Octubre de 2008.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado José Alfredo Enriquez Cabrera, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"TERAPÉUTICA DEL LENGUAJE PARA NIÑOS CON SÍNDROME PALATINO"

ESTUDIANTE:
Evelyn Lilliana Valdéz Higueros
Erandi Paniagua Flores

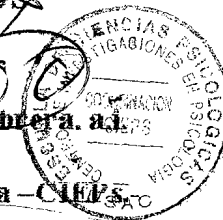
CARNÉ No.:
2001-13725
2001-13760

CARRERA: Terapia del Lenguaje

Por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado José Alfredo Enriquez Cabrera, a.c.
COORDINADOR
Centro de Investigaciones en Psicología - CIEPs
"Mayra Gutiérrez"



/Sandra G.
CC. archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

REG. 065-07
CIEPs. 104-08

Guatemala, 01 de Octubre del 2008.

Licenciado José Alfredo Enríquez Cabrera, Coordinador. a.i.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado Enríquez:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"TERAPÉUTICA DEL LENGUAJE PARA NIÑOS CON SÍNDROME PALATINO"

ESTUDIANTE:
Evelyn Lilibiana Valdéz Higueros
Erandi Paniagua Flores

CARNÉ No.:
2001-13725
2001-13760

CARRERA: Terapia del Lenguaje

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez", emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado José Alfredo Enríquez Cabrera
DOCENTE REVISOR



/Sandra G.
c.c. Archivo

Guatemala Lunes 15 de Octubre de 2007.

Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada de Álvarez:

Atentamente me dirijo a usted indicándole que doy asesoría al Informe Final correspondiente a la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje titulado:

"Terapéutica del Lenguaje para niños (as) con Síndrome Palatino"


El cual es elaborado por las estudiantes:

Evelyn Liliana Valdéz Higueros identificada con el No. de carné 2001-13725
Erandi Paniagua Flores identificada con el No. de carné 2001-13760

Y revisado por el Licenciado: José Alfredo Enríquez Cabrera.

Por lo que doy APROBACIÓN al presente Informe Final de Investigación.

Atentamente,


Licda. Irma Vargas
Psicóloga y Terapeuta del Lenguaje
Colegiado No. 4244



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 579-2005
CODIPs. 895-2006

De Aprobación de Proyecto de Investigación

02 de junio de 2006

Estudiantes

Evelyn Liliana Valdéz Higueros
Erandi Paniagua Flores
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO SÉPTIMO (27º) del Acta VEINTICINCO GUIÓN DOS MIL SEIS (25-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 24 de mayo de 2006, que literalmente dice:

"VIGÉSIMO SÉPTIMO: El Consejo directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: **"TERAPÉUTICA DEL LENGUAJE PARA NIÑOS CON SÍNDROME PALATINO"** de la carrera de: Terapia del Lenguaje, presentado por:

EVELYN LILIANA VALDÉZ HIGUEROS
ERANDI PANIAGUA FLORES

CARNÉ No. 2001-13725
CARNÉ No. 2001-13760

El Consejo Directivo, considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-, resuelve **APROBARLO** y nombrar como asesora a la Licenciada Irma Vargas y como revisor al Licenciado José Alfredo Enríquez Cabrera."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



/Gladys



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usarpsic@usac.edu.gt

Guatemala,
Septiembre 9 del 2008.

Licenciado José Alfredo Enríquez Cabrera
Coordinador. a.i.
Departamento de Investigaciones en Psicología "CIEPs."
"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Licenciado Enríquez:

Por este medio hago constar que las Estudiantes: ERANDI PANIAGUA FLORES, CARNÉ No.: 200113760 y EVELYN LILIANA VALDÉZ HIGUEROS, CARNÉ No.: 200113725, realizaron el Trabajo de Campo del Proyecto de Investigación Titulado: "Terapéutica del Lenguaje para Niños con Síndrome Palatino", con estudiantes de Tercer Año de la Carrera de Terapia del Lenguaje, realizado en septiembre del año dos mil seis, haciendo entrega del manual y aplicando una encuesta a cada estudiante.

Atentamente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

**LICENCIADA KARLA CARRERA VELA
DOCENTE TERCER AÑO
CARRERA TÉCNICA DE TERAPIA DEL LENGUAJE**



KCV/susy
c.c.archivo

PADRINOS

Licenciada Irma Isaura Vargas Melgar

Psicóloga y Terapista del Lenguaje

Colegiado no. 4244

Licenciada Rosa Mireya Gularte Paredes

Psicóloga y Terapista del Lenguaje

Colegiado 2028

Licenciada Karla Amparo Carrera Vela

Psicóloga y Terapista del Lenguaje

Colegiado 5857

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por ser mi Padre, mi Salvador, mi Consolador, quien me ha acompañado en cada momento y en todo lugar. Por ser mi motivación, mi ejemplo, mi inspiración y mi fuerza. Todos mis logros y futuros éxitos son y serán gracias a Él.

A MIS PADRES

Irma Higueros de Valdéz y Luis Valdéz, por sus enseñanzas, por su amor y por su apoyo incondicional. Por todo esto Mamá y Papá les amo y los bendigo. Muchas Gracias.

A MI HERMANA

Catia Gislena con mucho cariño y gratitud por apoyarme y compartir siempre a mi lado, Dios me bendijo con una gran hermana.

A TODA MI FAMILIA

A cada uno por nombre, son muy especiales para mí, que el Señor les bendiga. Gracias.

A MIS AMIGOS

A quienes Dios ha puesto cerca de mí y han sido de bendición.

Evelyn Liliana Valdéz Higueros.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por ser mi fortaleza, mi luz y acompañarme en cada uno de los pasos que di a lo largo de mi carrera.

A MIS PADRES

Yolanda Flores de Paniagua y Juan José Paniagua Lemus por su amor, apoyo y comprensión incondicional.

A MIS HERMANOS

José Roberto y Tekandi por su cariño y apoyo.

A MIS SOBRINOS

Uriel y Andres por ser parte de mis sueños.

A MIS AMIGOS

Marbella, Ana Cristina, Alva, Evelyn, Alejandro

EN ESPECIAL

A Hugo Alejandro por todo el amor y apoyo que me has brindado en el tiempo que hemos compartido juntos.

A

Todas y cada una de las personas que estuvieron involucradas en este trabajo,
Familia Trejo Rosales por su cariño y apoyo, Licenciados y compañeras
estudiantes de la carrera de Terapia del Lenguaje 2001-2003

Erandi Paniagua Flores

AGRADECIMIENTOS

A: *Universidad de San Carlos de Guatemala*

Por promover el nivel académico y abrir sus puertas a la población de jóvenes y adultos inculcando el servicio social y el desarrollo de nuestro país.

Escuela de Ciencias Psicológicas:

Por contribuir a nuestra formación académica, profesional y personal.

A la Carrera de Terapia del Lenguaje

Por otorgarnos todos los conocimientos y la formación académica.

Licenciado José Alfredo Enríquez Cabrera

Por su disponibilidad para guiarnos y orientarnos en la elaboración de la Investigación.

Licenciada Irma Isaura Vargas Melgar:

Por asesorarnos y brindarnos de su sabiduría y todo su apoyo incondicional.

ÍNDICE

Contenido	Página
Prólogo	
<i>CAPÍTULO I</i>	
Introducción.....	4
Marco Teórico	
Fases del Lenguaje.....	5
El Aparato Fonoarticulador	
Concepto del Trastorno del Lenguaje	
Clasificación de los Trastornos del Lenguaje.....	7
Embriología y Malformaciones Congénitas Buconasales	
Embriología de la Nariz	
Hendidura Nasal.....	9
Fisuras de Labio y Paladar.....	10
Anatomía Básica	
Embriología y Etiopatogenia.....	13
Cuidados Generales y Tratamiento del Paciente Fisurado.....	14
<i>CAPÍTULO II</i>	
Técnicas e Instrumentos.....	17
<i>CAPÍTULO III</i>	
Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados.....	18
<i>CAPÍTULO IV</i>	
Conclusiones.....	25
Recomendaciones.....	26
Bibliografía.....	27
Anexos	
Resumen	
Cuestionario	
Glosario	

PRÓLOGO

El Síndrome Palatino es una malformación facial pronunciada la cual se produce durante el período de gestación durante el desarrollo de los órganos vocales y respiratorios y éste a su vez se acompaña de signos y síntomas como los siguientes; defectos estructurales con funciones anormales, dificultades en la deglución, succión y masticación; trae como consecuencia probabilidades de bajo peso, predisposición a contraer enfermedades virales (resfríos e infecciones de garganta) podrían producir afecciones en el oído provocándole una pérdida auditiva permanente afectando en gran medida el desarrollo lingüístico y social; en el aspecto psicológico se crea un agudo sentimiento de inferioridad afectando su relación familiar y con el ambiente social que le rodea.

La etiología de esta patología aún no está establecida, sólo existen hipótesis de lo que podría causar esta malformación, entre ellas se dice que la herencia podría ser un factor causante, la ingestión de medicamentos durante el período del embarazo, drogas o desnutrición, y algunos autores tenían como una primera hipótesis en investigaciones realizadas tiempo atrás que la causa era la enfermedad de transmisión sexual llamada Sífilis.

En términos de "normalidad" el desarrollo de la cara y la cavidad oral es un tema que podemos incluir dentro de esta investigación porque es aquí donde se interrumpe el crecimiento y fusión de tres trozos que se encargan de la formación del labio superior y el paladar aproximadamente entre el segundo y tercer mes de gestación. Primeramente hablaremos del desarrollo de los procesos faciales, específicamente del desarrollo de las placodas nasales, proceso frontonasal, paladar primario y nariz; al respecto diremos en primer lugar que las placodas nasales pueden reconocerse como engrosamientos ectodérmicos a ambos lados de la línea media en la parte más predominante del proceso frontonasal. Las placodas se invaginan formando pozos bilaterales a cuyos lados aparecen los procesos nasales (medio y lateral). Dichos procesos entran en contacto por debajo del pozo nasal durante la cuarta semana de gestación; se forma un tejido que se encuentra por debajo del pasaje que conecta el pozo olfativo con la cavidad oral, dicho tejido va a constituir el paladar primario, el mismo que luego contribuirá a formar parte del labio superior, reborde alveolar y porción anterior del paladar duro.

Para la formación de los procesos palatinos, se darán en la superficie interna de los procesos maxilares; el crecimiento se efectúa hacia abajo a ambos lados de la lengua. Aproximadamente al final de la octava semana de gestación, la lengua desciende hacia la parte inferior de la cavidad oral, gracias a un incremento en el espacio horizontal disponible. Los procesos palatinos, sin el obstáculo de la lengua, se elevan con un movimiento rotacional hasta alcanzar una posición horizontal.

En la línea media entran en contacto entre sí y con el tabique nasal que ha crecido hacia abajo separando las fosas nasales. Los procesos palatinos se fusionan al tabique nasal, lo cual requiere alteraciones en el epitelio de los bordes de éstos procesos, tales como pérdida de células superficiales, cese de la división celular y producción de sustancias extracelulares, principalmente glucoproteínas, que parece aumentar la adhesión entre los bordes de los procesos palatinos, al fusionarse los procesos palatinos queda formado el paladar secundario.

Lo anteriormente descrito es una síntesis de la formación "normal" de la cara, cavidad oral y nasal. Según estudios realizados 1 de cada mil o doscientos mil casos se paraliza el proceso del crecimiento de los tejidos antes de alcanzar una línea de fusión. Para el caso específico de paladar hendido la dificultad está en la parte superior de la boca exclusivamente, mientras que si se da sólo en el labio superior se trata de labio fisurado. Es decir, que el labio fisurado no siempre estará acompañada de paladar hendido. Una hendidura que afecta al labio puede producirse a uno u otro costado de la línea media, o ambos a la vez, entonces debe denominarse labio fisurado simple y doble.

Se decidió realizar un manual para este tipo de población debido a que a lo largo de la carrera técnica de terapia del lenguaje en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala los/ las estudiantes practicantes de dicha carrera no poseen un documento escrito que les guíe en cuanto a la terapia que deben llevar a cabo con este tipo de pacientes. Existen pocas pruebas para su evaluación y la bibliografía que se puede recavar en libros de texto que solo describen este tipo de patología a nivel general, no se aborda la terapéutica del lenguaje en sí.

La idea que se plantea al momento de la creación de un manual de la terapéutica del lenguaje para niños/as con síndrome palatino, beneficiará a los/a estudiantes de la carrera técnica de terapia del lenguaje a través del mismo obtendrán una herramienta útil y de fácil acceso para abordar específicamente este tipo de patología; servirá de guía al estudiante que realiza su práctica correspondiente al tercer año de terapia de lenguaje para poder llevar a cabo un tratamiento organizado que abarque las diferentes áreas que se ven afectadas en este tipo de patología: la articulación de la palabra, las vocalizaciones, los movimientos linguales y palatales, la respiración, la modulación de la voz, un aumento de la nasalidad, la autoestima se ve muy afectada desde que nacen con ese tipo de patología debido a la malformación en el paladar o en el labio-paladar que causa la discriminación, el aislamiento y las burlas.

De esta manera beneficiará a los estudiantes y a su vez a este tipo de población que asiste a los diferentes centros de atención, para que a través de la información de este manual logre su rehabilitación sea progresiva y que se enfoque en las áreas mencionadas tomando siempre en cuenta que la familia y los ambientes donde se desenvuelve el niño/a son de gran importancia para obtener resultados más significativos y proporcionar un desarrollo integral.

Beneficiará a la Escuela de Ciencias Psicológicas, a la Universidad de San Carlos de Guatemala debido a que es un tema de suma importancia de la que se encuentra muy poca información y así proporcionarles información útil que beneficiará así mismo a la población atendida que presenta este síndrome en el país.

El grupo de los estudiantes de la carrera técnica de Terapia del lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala que realizan su práctica supervisada cuentan con material escrito limitado, en lo que se refiere al abordamiento terapéutico de la patología específica de Síndrome palatino; se cuentan con pocas pruebas de evaluación y herramientas útiles para trabajar con dicha población. Todo lo descrito anteriormente obstaculiza el proceso de tratamiento lingüístico al no ejercitar o estimular las diferentes áreas; y con esto se impide que el niño obtenga mejores resultados y evolución en su recuperación.

Evelyn Liliana Valdéz Higueros
Erandi Paniagua Flores

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Teóricamente el paladar y el labio hendido han de considerarse como una deformación del desarrollo físico antes y después del nacimiento, que en algunos casos se puede presentar sólo en el paladar, o sólo en el labio superior produciéndose a uno u otro costado de la línea media, o en ambos a la vez, siendo así un labio hendido simple o doble respectivamente. La magnitud de la hendidura puede oscilar entre una estrecha grieta y una ancha fisura.

Un defecto estructural anatómico trae consigo disfunción fisiológica, a su vez originan nuevas dificultades de estructura creando un círculo vicioso que forma un complejo cuadro o estado de disfunción.

El no tratar a tiempo este síndrome trae como consecuencia una deformidad facial pronunciada, a causa de la aparición de tensiones que impiden el crecimiento normal del labio y de la encía situada debajo. Esto se da de la misma forma cuando la cirugía es practicada por un cirujano inexperto provocando que el tejido llegue a desgarrarse o a contraerse hasta tomar un tamaño menor al adecuado, por lo que su atención tardía complica el cuadro y hace más difícil su intervención en el sujeto quirúrgico y de terapia del lenguaje, lo que se refleja en el desarrollo general del individuo.

El propósito principal de la presente investigación es aportar a los estudiantes practicantes de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje una herramienta útil, sistemática y de fácil comprensión para abordar el diagnóstico y tratamiento de Síndrome Palatino; todo lo anteriormente mencionado se llevará a cabo con el uso del manual, el cual contemplará una parte introductoria, luego una parte teórica, una tercera y última parte conteniendo en sí los ejercicios que estimulan las áreas que forman parte del lenguaje. Los ejercicios estarán divididos en las siguientes áreas: estimulación oral de la palabra articulada, vocalizaciones, ejercicios linguales y palatales, juegos de respiración, ejercicios de respiración, discriminación auditiva de su propia voz, modulación de la voz, ejercicios para disminuir la nasalidad y autoestima.

Con dicha herramienta el terapeuta del lenguaje tendrá la posibilidad de abordar este trastorno con mayor eficacia; beneficiando así a esta población afectada. Además de los ejercicios el manual contiene una parte teórica que explica de forma detallada cómo da inicio esta malformación desde la etapa embrionaria, las dificultades asociadas, signos y síntomas, etc.

MARCO TEÓRICO

Fases del Lenguaje

“El lenguaje es un proceso en el que intervienen elementos psicológicos, motores y sociológicos, cuya influencia es indispensable en la producción del lenguaje oral y escrito. Todo lo relacionado con el desarrollo del lenguaje a nivel general puede dividirse en tres fases importantes que son:

- a. *Fase receptiva*: esta ocurre cuando el sujeto recibe la palabra a través de la audición, la vista y otras funciones a nivel sensorial.
- b. *Fase interior*: que son todos aquellos procesos que se dan a nivel del sistema nervioso central, como los son: las imágenes, los recuerdos y el pensamiento principalmente.
- c. *Fase expresiva*: cuando ya se recibió la palabra, es procesada en el cerebro, ahora en esta fase se da el producto final, que este caso es la palabra escrita y oral. El sujeto va a ejecutar acciones como: lectura oral, la conversación y la escritura. ”¹

El Aparato Fonoarticulador

“El aparato fonoarticulador es el encargado de la emisión de la palabra ya que está constituido por una gran variedad de órganos. Los principales elementos que contiene son los siguientes:

- *Sistema Respiratorio*: el cual está integrado por el aparato broncopulmonar y las paredes que al limitarlo condicionan sus movimientos en tres tiempos: inspiración, pausa y expiración.
- *Sistema de Fonación*: que tiene como función principal producir las palabras y esto lo logra a que aquí se ubica la laringe; aquí se produce la voz.
- *Sistema de Resonancia*: compuesto por la faringe, las fosas nasales y la boca. Éste sistema tiene como función principal modular el tono de la voz.
- *Sistema Articulador*: compuesto por el paladar, lengua, mandíbulas, labios, dientes, nervios y músculos que le afectan. Su tarea principal es convertir los sonidos en fonemas y por ende en palabras para su posterior utilización en la comunicación. ”²

Concepto de Trastorno del Lenguaje

Las dificultades en el lenguaje son las diferencias que hay en la forma, el grado, la cantidad, la calidad, tiempo y ritmo lingüísticos, las cuales tienen como consecuencia que la persona se comunique. Esto nos indica que para poder

¹ “HIJOS CON PROBLEMAS DEL LENGUAJE” Santuiste Bermejo, Víctor; Ediciones CEAC; Barcelona España 1991 pp 40-41

² “HIJOS CON PROBLEMAS DEL LENGUAJE” Santuiste Bermejo, Víctor; Ediciones CEAC; Barcelona España 1991 pp 41-43

diagnosticar a un niño o niña con un trastorno del lenguaje es necesario llevar un proceso extenso, donde incluye no solo el desarrollo de su vocabulario, si son solo los fonemas los que no puede pronunciar, o que con un examen corto podremos detectarlo; es importante llevar todos los pasos que requiere cada uno de los casos para llegar a un diagnóstico certero; por tales motivos no cualquier persona puede diagnosticarlo, debe ser enteramente un trabajo para el especialista en lenguaje, y no debe hacerlo la maestra, el padre, la madre, o alguna otra persona que observe que al niño o niña le sucede algo.

Para llegar al diagnóstico, se debe, primero, investigar exhaustivamente la historia del desarrollo del niño o niña, y determinar las posibles causas de su anomalía en el lenguaje, tomando en cuenta factores pre- natales, peri- natales y post- natales. La etiología, según diferentes autores, puede clasificarse en los siguientes grupos³:

a. *Causas Orgánicas*: esta clasificación se refiere a cualquier daño a nivel de cualquiera de los órganos que intervienen en la elaboración y /o producción del lenguaje, daño en el sistema nervioso central, o en el aparato fonoarticulador.

b. *Causas funcionales*: son las dificultades que se producen en el funcionamiento del proceso fisiológico de los sistemas que intervienen en la emisión de la palabra, aún así que los órganos se encuentren en buenas condiciones.

c. *Causas orgánico- funcionales*: entre estas causas están entrelazadas las orgánicas y las funcionales, ya que en muchas de las patologías del lenguaje están vinculados ambos elementos.

d. *Causas Endocrinas*: se toma como clasificación ya que las glándulas endocrinas tienen un papel fundamental en el desarrollo psicomotor, en el crecimiento y el lenguaje; éste último porque el sistema endocrino interviene como elemento excitante o inhibidor en la producción de la palabra.

e. *Causas Ambientales*: esta categoría es importante porque el niño o niña se desenvuelve en diferentes ambientes, y en el desarrollo del lenguaje la imitación es algo que utiliza para su aprendizaje e introyección en todas las etapas correspondientes.

f. *Causas Psicosomáticas*: pueden existir patologías a nivel del lenguaje que estén vinculadas con un factor puramente psicológico. Ejemplo de éste puede ser la tartamudez, ya que puede deberse a una neurosis o desorden funcional del sistema nervioso.

³ "HIJOS CON PROBLEMAS DEL LENGUAJE" Santuiste Bermejo, Víctor; Ediciones CEAC; Barcelona España 1991 pp 46-49

"ANOMALIAS DEL LENGUAJE Y SU CORRECCIÓN" Nieto Herrera, Margarita; Francisco Oteo Ediciones, México 1983. Pp 120-122

Clasificación de los Trastornos del Lenguaje

La clasificación general que se hace de los trastornos del lenguaje se hace en tres grandes grupos⁴:

1. *Trastornos en la organización fónica*: en esta clasificación se encuentra una subdivisión; primero está la carencia de las destrezas verbales básicas la cual incluye las dislalias, alteraciones del lenguaje espontáneo; esto cuando se presentan malformaciones orgánicas entre las que cabe mencionar: labio leporino, fisura palatina, mala implantación dentaria. Entre dicha clasificación también se encuentra la carencia de entonación y prosodia, a la cual pertenecen: tartamudez, taquilalia, disfemias, agitofemia, afemia, parafemia, disritmias, disfonías.
2. *Trastornos de la organización morfo- sintáctica*: en esta clasificación las dificultades se subdividen en cuatro áreas: dificultad de la estructuración de la frase, en la utilización correcta de la flexiones (plural- singular, masculino-femenino o en los tiempos verbales), en la utilización de nexos, en la ordenación de ideas y expresión. Las patologías específicas que se incluyen aquí son la disfasia y la afasia.
3. *Trastornos en la organización semántica*: en ésta se incluyen todos los trastornos que se relacionan con la captación del significado del lenguaje.

EMBRIOLOGÍA Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS BUCONASALES

Las anomalías del desarrollo de la nariz abarcan un grupo diverso de condiciones. Se discutirá a continuación el desarrollo embriológico de la nariz y las cavidades nasales y la hendidura nasal. Es un factor importante el hecho de tomar en cuenta los factores embriológicos ya que es a partir de éste proceso que inicia la malformación, en este caso, para la presente investigación relacionada con el Síndrome Palatino⁵.

EMBRIOLOGÍA DE LA NARIZ

El desarrollo ocurre en 3 fases distintas:

1. **Fase Pre-esquelética**: caracterizada por el desarrollo de botones mesenquimáticos rodeados de las placodas nasales externas.
2. **Fase Condrocraeal**: la cual provee a la nariz de un marco cartilaginoso.
3. **Fase de Osificación**: marcada por el influjo de elementos celulares y la fusión de los elementos esqueléticos nasales.

⁴ "HIJOS CON PROBLEMAS DEL LENGUAJE" Santuiste Bermejo, Víctor; Ediciones CEAC; Barcelona España 1991

⁵ "EMBRIOLOGÍA Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LA NARIZ" Rodríguez Lanza, Manuel; Hospital Militar Dr. Carlos Avelo

Durante la tercera semana del desarrollo, las células ectodérmicas en la porción caudada del embrión en desarrollo, prolifera y migran medialmente y caudalmente para formar los procesos notocordiales. Concurrentemente, las células ectodérmicas modificadas se invaginan en la línea media de la raya primitiva caudal. Entonces ocurre la migración entre las capas ectodérmica y endodérmica. También durante la tercera semana, el ectodermo y el endodermo de la región cefálica se hace adherente formando la membrana bucofaringea, la cual representa el límite delantero del intestino primitivo. Al final de la tercera semana se desarrolla una ranura en la línea media neural a través de la superficie dorsal del embrión. Esta ranura se engruesa, se profundiza y forma el tubo neural, el extremo cefálico formará las vesículas del cerebro primario.

Entre los días 20 a 30, el tejido mesenquimático se condensa a cada lado de la línea media y forma el mesodermo paraxial (en la región cefálica). En este punto, la membrana bucofaringea desaparece y se forman las cavidades nasales primitivas.

Nariz Externa

Aproximadamente a las cuatro semanas y media, el estomodeo aparece localizado centralmente, el cual forma el centro de la cara. El estomodeo está rodeado por el primer par de arcos faríngeos. El estomodeo está rodeado de 5 prominencia mesenquimáticas (los botones maxilares y mandibulares y la prominencia frontal). La placoda nasal, la cual aparece de la superficie del ectodermo se desarrolla lateralmente a la prominencia frontal.

Durante la quinta semana de gestación se forman los botones mediales y laterales de la capa mesodérmica y rodean a la placoda nasal, la cual continua invaginándose formando el orificio olfativo. Como la invaginación continúa, unas espigas de tejido que rodea cada orificio nasal forman las prominencias nasales. Las prominencias en el borde lateral de los orificios son las prominencias nasales laterales y las ubicadas en la porción interna son las prominencias nasales mediales. La depresión que separa el botón maxilar de las prominencias nasales laterales es conocida como la ranura nasolacrimal, la cual formará posteriormente el aparato nasolacrimal. El medio de la nariz externa se desarrollará de la progresión caudal de los pliegues nasales mediales, los cuales se fusionan para formar el proceso frontonasal. Tres pares de centros de condricificación forman los cartílagos nasales laterales. La formación ósea del septum sobre la cápsula cartilaginosa ocurre durante la octava semana.⁶

⁶ "EMBRIOLOGIA Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LA NARIZ" Rodríguez Lanza, Manuel; Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo

Nariz Interna

El desarrollo requiere el aumento de la cavidad nasal, degeneración de los tejidos existentes y generación de las estructuras derivadas del mesénquima. La narina anterior se forma por el receso de los orificios nasales hacia el mesodermo paraxial. La cavidad nasal primitiva inicialmente es una cámara única. El ectodermo del saco nasal contacta el ectodermo del techo de la boca y posteriormente forma el septum oronasal. La atenuación de estas estructuras llevará a la creación de la membrana oronasal separando la cavidad nasal de la faringe. La membrana oronasal entonces se degenera y así resulta la formación de la coana. El desarrollo subsiguiente del paladar secundario y la elongación de las cámaras primitivas nasales resultan en las cámaras nasales definitivas, separadas por el septum o tabique nasal.

El septum o tabique nasal comienza a desarrollarse en la quinta semana y se forma de los procesos frontonasales, los cuales crecen en dirección antero-posterior, uniéndose luego con la expansión tectoseptal, una espina medial de mesénquima. El septum continúa creciendo posteriormente hasta unirse al proceso palatino. La fusión de los procesos frontonasales, la expansión tectoseptal y los procesos palatinos resultan en la separación de las cavidades oral y nasal, así como las cámaras nasales derecha e izquierda. El septum nasal subsecuentemente se condrifica y se osifica en alguna de sus partes.

Al principio de las seis y media semanas, el desarrollo de las paredes nasales laterales se llevan a cabo. El cornete inferior aparece por encima del proceso palatino. A medida que la cavidad nasal aumenta de tamaño, los pliegues ectodérmicos aparecen en la región etmoidal y dan lugar a los cornetes superiores, medios e inferiores.

Anterior a estos pliegues aparecen las celdas del agger nasi y el proceso uncinado, futuro sitio de la bula etmoidal y el hiato semilunar. Los senos paranasales se desarrollan como divertículos de las paredes nasales laterales extendiéndose hacia los huesos maxilares, etmoidales frontales y esfenoidales. Su desarrollo concluye en la pubertad.⁷

HENDIDURA NASAL

La falla para desarrollarse el proceso frontal apropiadamente o para unirse con otros procesos faciales resulta en varias malformaciones.

Numerosos sistemas de clasificación se han realizado para las hendiduras faciales. La mas ampliamente utilizada es la de DeMyer, Sedano, Tessier.

⁷ "EMBRIOLOGIA Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LA NARIZ" Rodríguez Lanza, Manuel; Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo

Las hendiduras nasales pueden tomar forma de hendiduras mediales o laterales. Como rara entidad se puede asociar a otras anomalías congénitas o constituirá la manifestación de un síndrome, como la displasia frontonasal o el S. De Goldenhar-Gorlin, entre otros.

Las hendiduras nasales pueden variar de surco simple hasta un separación completa de algún lado de la nariz (hendidura medial), o pueden presentarse como un surco grande que implica el canthus intermedio y el alumbre ipsilateral (hendidura lateral). Dependiendo de la severidad del defecto, la reconstrucción puede ser garantizada.⁸

Fisuras de Labio y Paladar

La fisura del labio y del paladar es una malformación congénita muy frecuente. En algunos países es la primera malformación congénita reportada en los certificados de nacimiento. Su frecuencia es muy alta en algunos países sudamericanos.

Tiene carácter genético en un tercio de los casos; si un progenitor tiene labio fisurado, el riesgo de tener descendencia con la misma patología es de 2%. Si dos padres sanos tienen un hijo fisurado, tienen un riesgo de 5% de tener otro hijo con esta deformidad.

Hoy en día el tratamiento de esta patología es bastante exitoso. Precisa de un amplio equipo, con la participación de numerosos especialistas: cirujano plástico, fonoaudiólogos, terapeutas del lenguaje, ortodoncistas, otorrinolaringólogos, genetistas, psicólogos, pediatras, anestesiólogos etc.

Este tipo de fisuras comprenden las malformaciones congénitas de labio y paladar consecuentes a una detención del desarrollo físico que ocurre antes del nacimiento.

x Etiología: no se ha descubierto realmente que ocasiona este tipo de malformación, lo único que se sabe con certeza es que ocurre en el período embrionario del ser en formación. "Durante el desarrollo prenatal del niño los tejidos que han de constituir los labios, mandíbulas y paladar crecen a partir de ambos costados hasta que se unen en el centro"⁹. Este fenómeno ocurre en la octava o décima semana de gestación.

Es de gran importancia el hecho de descubrir cuáles son las causas que originan este tipo de patología, se sabe que el factor hereditario juega un papel

⁸ "EMBRIOLOGÍA Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LA NARIZ" Rodríguez Lanza, Manuel; Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo

⁹ "ANOMALÍAS DEL LENGUAJE Y SU CORRECCIÓN"; Nieto Herrera, Margarita; Francisco Oteo Ediciones, México 1983 pp 160-161

de gran importancia en las malformaciones; pero aún así no se ha determinado que esto sea el causante.

- ✗ **Sintomatología:** entre las características físicas que pueden observarse en estos casos son las siguientes:

Labio hendido unilateral: es unilateral puede ser incompleto, esto quiere decir que es en la parte baja del labio, o puede ser unilateral completo dando lugar a desviación premaxilar.

El labio bilateral: puede ser completo o incompleto, simétrico o asimétrico y puede causar diferentes malformaciones en la posición del premaxilar. Puede ser que esta anomalía pueda darse en la sexta y octava semana del embarazo.

El paladar hendido posterior: es cuando muestra una hendidura en la línea media del velo del paladar, llegando hasta el reborde posterior del hueso.

El paladar hendido total: puede abarcar el velo del paladar y la mitad posterior del paladar duro o todo el paladar blando y óseo, unilateral o bilateralmente.

El paladar hendido corto: puede ser de origen congénito o postoperatorio. Cuando sucede esto no se puede cerrar la rinofaringe, sino que queda a una distancia considerable de la pared posterior de la faringe. La hipertrofia de las amígdalas puede ayudar a cerrar la comunicación rinofaríngea en dichos casos, resolviendo así los problemas de deglución y fonación.

Luego de las intervenciones quirúrgicas pueden aparecer complicaciones posteriores como las que se mencionan a continuación: paladar corto, exceso de tensión y contracción en los músculos palato- faríngeos, orificios de comunicación entre la cavidad oral y la rinofaringe, falta de movilidad en el velo del paladar, detención del crecimiento del maxilar y del labio superior, defectos de la implantación dentaria o alta de piezas de la segunda dentición.

- ✗ **Problemas ocasionados por las anomalías palatinas:** dichos problemas se subdividen en cinco grandes grupos que son¹⁰:

Problemas respiratorios: la respiración es nasal mientras que debería de ser bucal, algunos casos tienen dificultad porque durante la respiración no pueden hablar, la respiración de tipo torácica predomina sobre la abdominal que tendría

¹⁰ "ANOMALÍAS DEL LENGUAJE Y SU CORRECCIÓN"; Nieto Herrera, Margarita; Francisco Oteo Ediciones, México 1983 pp 163- 165

que ser normal, y además se observan defectos en la tonicidad de los músculos respiratorios.

Problemas de deglución y masticación: cuando existe hendidura palatina, los alimentos, específicamente líquidos, pasan de la boca a los conductos nasales y se escapan al exterior. Se hace necesario entonces el uso de prótesis o algún procedimiento especial para que el niño (a) pueda ingerir sus alimentos.

Problemas de fonación y articulación: la mayor dificultad presente aquí es la hipernasalidad, ya que al momento de hablar el aire se escapa por las fosas nasales, el cual debería expulsarse por la boca. La característica nasal tiene dos manifestaciones: la nasalidad de las vocales y el escape nasal de las consonantes.

Otras anomalías de la voz que pueden presentar este tipo de pacientes son: ataque glótico, ruidos faríngeos y fallas en la intensidad, entonación y modulación vocal manifiestos en el espectro acústico de la voz. En lo que se refiere a la articulación, las deformaciones labiales pueden dificultar la emisión de los fonemas bilabiales como /p/. /b/, /m /, y por ende alterar la claridad de la palabra debido a la falta de vigor y fuerza de los labios.

La falta de los dientes o de una mala implantación puede alterar la pronunciación de los fonemas dentales, labiodentales y silbantes / t d f s/. También se modifican los fonemas /p t c / por la falta de control del aire respiratorio. La formación de hábitos viciosos en la movilidad de la lengua durante la deglución y masticación puede alterar la pronunciación de los fonemas /l r rr/.

Las anomalías del labio y paladar pueden producir disartrias en los fonemas linguopalatales /c y /. Y las fisuras palatinas posteriores, el paladar corto y la parálisis del velo del paladar, pueden dificultar la articulación de los fonemas guturales o velares /g k x /.

Problemas otológicos: estos problemas de la audición pueden deberse a que la trompa de eustaquio comunica la faringe con el oído medio, y cualquier infección pasa inmediatamente al oído provocando así hipoacusia.

Problemas psicológicos: se pueden originar dificultades a nivel psicológico ya que esto va a tener relación directa con su malformación, y esto a su vez provocar que tenga dificultades de relación familiar, y con todos los ambientes donde el niño o niña se desenvuelve. También puede deberse a que los padres del niño (a) manejan ansiedad, angustia y esto lo transmiten al pequeño.

- ✘ Pronóstico: éste va a depender del grado de complejidad que se presente en la malformación, la agudeza auditiva, la capacidad intelectual, y el estado emocional y psicológico tanto del niño (a) así como de la familia y todas aquellas personas que tienen contacto directo con él.

Anatomía Básica

La nariz normal posee una porción blanda, central y anterior recta apoyada en un tabique central y recto. Los orificios nasales están formados por los cartílagos alares que nacen como un arco desde la columela y se apoyan en la base o ala nasal. Ellos son los responsables de la armonía de la punta nasal.

Inmediatamente caudal se inicia el labio superior, que presenta un músculo circular, el orbicular, que debe ser íntegro. En el centro del labio, se sitúa el filtrum (dos columnas y una depresión central) que terminan en el arco de cupido (curvo como un corazón). El límite entre el labio cutáneo y el rojo labial de la mucosa, está dado por la línea blanca.

El paladar, está formado por hueso en su porción anterior, (paladar óseo), y por tejidos blandos en su parte posterior, (paladar blando o velo del paladar). El hueso que rodea el paladar óseo, donde están situados los dientes, es el reborde alveolar.

La parte anterior y central del paladar óseo, que contiene a los incisivos, es llamada premaxila y se extiende posteriormente hasta el forámen incisivo. La mayor parte del paladar óseo se sitúa posterior al forámen incisivo y está dado por los huesos maxilares y más posterior, por los huesos palatinos.

El paladar blando, es muscular y móvil, está implicado en la fonación y separa la cavidad oral de la nasal. El músculo elevador del paladar y el tensor del paladar forman una cinta que va de lado a lado y son los encargados de mover el paladar.¹¹

Embriología y etiopatogenia

Todas las estructuras situadas anteriores al foramen incisivo (la punta nasal, el piso nasal, el labio, la encía, el reborde alveolar y un pequeño segmento triangular del paladar óseo) forman en su conjunto el paladar primario. Posterior al foramen incisivo, (es decir en la mayor parte del paladar óseo y en la totalidad del paladar blando), hablamos de paladar secundario, que involucra a todo el paladar.

Así, al hablar de fisura del labio en realidad estamos hablando de fisura del paladar primario, pues la fisura del labio siempre conlleva anomalías de la nariz y del reborde alveolar. Al hablar de fisura del paladar, en realidad estamos hablando de la fisura del paladar secundario.

Si un mismo paciente presenta fisura del labio y del paladar, estaremos frente a una fisura del paladar primario y secundario.

¹¹ "MALFORMACIONES CRANEOFACIALES CONGÉNITAS Y DEL DESARROLLO"; Pesqueira, Teresa; Universidad Católica de Chile, 1997.

Embriológicamente, la fisura del paladar primario se explica por un defecto de fusión del mesénquima de dos yemas laterales, que deben unirse a una yema central, para originar así el labio, la punta nasal y el reborde alveolar. Este defecto del avance del mesénquima puede ser unilateral o bien bilateral, originando entonces la fisura unilateral o bien la fisura bilateral. También, según el tamaño del defecto de fusión de estas yemas, será la gravedad de la fisura, que puede ir desde una simple muesca en el labio hasta un amplio defecto que involucre todas las estructuras antes mencionadas y comunique el piso de la fosa nasal con el vestíbulo oral.

Embriológicamente, la fisura del paladar secundario se explica por un defecto en la fusión de ambas conchas palatinas. El embrión de siete semanas presenta ambas conchas palatinas en posición vertical al lado de la lengua. Antes de la semana 12, la lengua desciende y las conchas palatinas ascienden y se fusionan en la línea media para constituir el paladar. Este movimiento arrastra también a los músculos del paladar, que deben fusionarse en la línea media para hacer la cinta muscular del velo del paladar. Esta falla en la fusión de los músculos palatinos será la responsable de los problemas de lenguaje en estos pacientes. También es importante que los músculos palatinos se inserten normalmente en la Trompa de Eustaquio, pues los recién nacidos con fisura palatina presentan déficit en la aireación del oído medio y otitis secundarias a ello.

También en este caso, según sea la magnitud del error embriológico, podemos tener desde una simple úvula bífida hasta un paladar óseo y blando ampliamente separado, en toda su longitud y una gran comunicación de la cavidad oro faríngea y la cavidad nasal.

El error embriológico en el paladar primario y secundario puede coexistir en un mismo paciente, de hecho la fisura más frecuente es la del paladar primario y secundario unilateral izquierdo. Embriológicamente nos explicamos esto, pues la horizontalización de la concha palatina izquierda es más tardía y por ello está más expuesta a alterarse.

Cuidados generales y tratamiento del paciente fisurado

El manejo de estos pacientes, aunque exitoso en la actualidad, requiere de un amplio y experimentado equipo multidisciplinario.

Los cuidados de un paciente fisurado se inician desde su nacimiento y en esta etapa son en general simples.

1.- Período de recién nacido: durante este período se deben tomar en cuenta cuatro puntos importantes: el *diagnóstico y pronóstico* de la enfermedad, el *consejo genético* a los padres y el *estudio completo del paciente* para descartar otras anomalías (la mayoría de los casos no presenta otras anomalías) pues hay casos en que la fisura forma parte de síndromes malformativos.

El recién nacido fisurado no tiene problemas deglutorios y de presentar *trastornos para alimentarse*, este es debido a una succión deficitaria pues pierde presión, lo que no es un problema frecuente. Posee los reflejos de succión normal. El problema se soluciona al hacer llegar la leche a la cavidad oral posterior, ya sea con un chupete largo y blando, o con un chupete ancho que pueda ocluir su defecto palatino. Es mejor tener al niño elevado 45 ° para evitar la regurgitación de leche por la nariz. La madre debe ser involucrada desde un comienzo y debe aprender los trucos para facilitar la alimentación del niño.

Los pacientes fisurados del paladar primario y/o secundario, no tienen *problemas respiratorios* asociados. Solamente existe problema respiratorio en el paciente portados del síndrome de Pierre Robin. Este síndrome se caracteriza por un recién nacido que presenta una mandíbula muy pequeña (micrognatia) y/o muy posterior, (retrognatia) asociada a una lengua grande (glosoptosis), que no tiene suficiente espacio en la cavidad oral y cae hacia atrás, produciendo una severa obstrucción respiratoria de reposo y al dormir. En estos casos, dado que la obstrucción es producto de la mandíbula y la lengua, y no de la fisura palatina, el tratamiento consiste en poner al niño en decúbito prono, a veces se fija la lengua al piso de la boca y en los casos más severos se precisa efectuar un cirugía precoz para elongar la mandíbula, que hoy día se hace con una distracción ósea. La traqueostomía ha sido la opción clásica de tratamiento de los casos más severos. La distracción ósea sería hoy la técnica de elección. en aquellos centros donde la Cirugía Plástica está bien desarrollada.

Cuando la fisura es del paladar secundario, el mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio impide la correcta aireación del oído medio por lo que es importante *la prevención de patología del oído medio*. La prevención de otitis media en estos pacientes es efectuada por el otorrinolaringólogo, quien efectúa una simple operación, consistente en favorecer la aireación del oído medio efectuando un orificio en el tímpano y dejando un tubo para que este permanezca abierto y favorecer así la aireación hacia el exterior (miringotomía y tubos de ventilación o colleras). La prevención del déficit auditivo de estos pacientes es muy importante para la posterior adquisición del lenguaje y en el último tiempo su reconocimiento ha permitido disminuir de manera importante este Problema.

El Cirujano Plástico inicia el tratamiento del paciente fisurado en la etapa de recién nacido y muchas veces termina efectuando las últimas operaciones cuando su paciente es adulto.

2.- Lactante menor: En esta etapa, y cerca de los 3 meses de edad se efectúa la reparación de la fisura del paladar primario. Se opera el labio (queiloplastia o plastia labial) cerrando el defecto cutáneo y haciendo una reposición y cierre del músculo orbicular defectuoso. Además en esta etapa se efectúa una reparación de la nariz (nasoplastia) y se cierra la porción más anterior del paladar óseo si éste está abierto.

Algunas veces el ortodoncista efectúa ortopedia prequirúrgica, es decir coloca unos aparatos intraorales o externos, para acomodar los tejidos óseos y facilitar la cirugía posterior.

3.- Lactante mayor: Cerca del año de edad, se efectúa la reparación de la fisura del paladar secundario, es decir se reparan el paladar óseo y el paladar blando, (palatoplastia), con el fin de separar la cavidad oral de la cavidad nasal y sobre todo, con el fin de proveer al niño de una adecuada caja de resonancia y de un paladar móvil para articular los fonemas y poseer así un lenguaje normal. Idealmente el paladar debe estar reparado cuando se inicia la adquisición del lenguaje, que es a partir de los 12 meses de edad. Algunos grupos operan más precozmente a estos niños, con el fin de obtener un mejor desarrollo del lenguaje, sin embargo estas operaciones muy precoces producen defectos en el crecimiento facial y por ello este tema está en constante estudio y discusión.

En términos generales, podemos decir que un paladar cerrado bien, al año de edad, más o menos en el 70% de los casos hablará bien y no necesitará de otros tratamientos.

4.- Edad preescolar y escolar: Para esta etapa todos los pacientes fisurados ya deberían estar operados. Además de los retoques estéticos de cicatrices, se debe tomar como un elemento primordial la adquisición y desarrollo del lenguaje y el apoyo psicológico. Además en esta etapa se debe hacer un control por otorrinolaringólogos, terapia de lenguaje, fonoaudiología, ortodoncia, etc.

5.- Manejo de secuelas y problemas de crecimiento asociados: En el 30% de los pacientes, a pesar de estar bien operados, se presentan *secuelas* con problemas de voz gangosa (hipernasalidad) y con errores o imposibilidad de articular fonemas y de tener una buena caja de resonancia, esto es lo que conocemos como *insuficiencia velo faríngea*. Tiene tratamiento médico y también quirúrgico, según sea el caso. En un porcentaje variable de pacientes, según sea la gravedad de la fisura que presentaron, el sitio donde fueron tratados y la edad en que fueron tratados, se presentan *secuelas de crecimiento maxilar*. Por este motivo, en la adolescencia estos pacientes pueden ser exitosamente operados de su maxilar y/o mandíbula para tener un perfil armónico y una buena mordida.

También en la adolescencia, efectuamos *septorinoplastias* con fines estéticos y funcionales (todos estos pacientes presentan grados variables de desviación del tabique septal).¹²

¹² "MALFORMACIONES CRANEOFACIALES CONGÉNITAS Y DEL DESARROLLO"; Pesqueira, Teresa; Universidad Católica de Chile, 1997.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la presente investigación se seleccionó una muestra de tipo no aleatoria de 15 estudiantes de sexo femenino, los cuales cursaron el tercer año de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje en el año 2006. Se decidió trabajar con dicha población para aportarles una herramienta de trabajo en el tratamiento de niños diagnosticados con Síndrome Palatino.

Para recolectar la información se realizó una encuesta dirigida a los terapeutas estudiantes, en la cual evaluaron si el manual que se les otorgó tiene la utilidad para abordar los casos de Síndrome Palatino. A cada uno de los estudiantes se le hizo entrega del Manual y adjunto llevaba la hoja del cuestionario.

Se utilizó como base la Investigación de Diseño, tratando así de sintetizar la experiencia empírica y teórica respecto a la construcción de un modelo a seguir para la solución de problemas y necesidades de una población objeto de estudio.

A nivel general, las fases en que se llevó a cabo la presente investigación se dividió en cinco; la primera fase consistió en la *investigación documental*, durante esta fase se recopiló información en diversas fuentes para especificar el tema del cual se abordaría la investigación y se inició la recopilación de la información teórica. La segunda fase consistió en la selección de la muestra con la que se trabajó; en este caso no se decidió trabajar directamente con la población de niños (as) diagnosticados con Síndrome Palatino sino que con los terapeutas a cargo del tratamiento de dichos pacientes. La tercera fase consistió en proporcionar a la muestra el manual elaborado conteniendo una primera sección con teoría de base, la segunda sección conteniendo el propósito del mismo, y una tercera sección conteniendo los ejercicios a realizar. Luego de que cada uno le dió lectura, evaluaron el instrumento y para esto se les aplicó un cuestionario; esto fue la cuarta parte. La quinta y última fase consistió en presentar a la población que participó como muestra el análisis de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO III

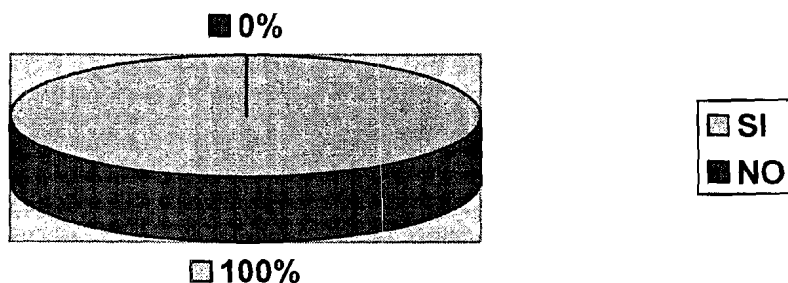
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación no se planteó una hipótesis a comprobar; el único propósito que llevaba la investigación es de que la población muestra evaluara si el manual es una herramienta útil para su uso en el tratamiento de niños (as) con Síndrome Palatino o por otro lado no fuera útil.

En este caso, tomando en cuenta que la investigación es de diseño y no existe una hipótesis estadística a comprobar, se presenta a continuación un análisis de tipo cualitativo, dicho análisis se elaboró basado en los resultados de los cuestionarios aplicados a la población de terapeutas.

¿Considera Usted que este Manual es fácil uso?

GRÁFICA No. 1



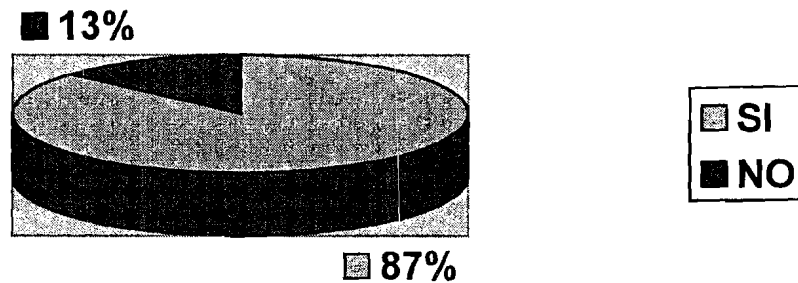
Fuente: Cuestionario aplicado a Estudiantes de Tercer Año de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje del año 2006.

El 100% de la muestra considera que Sí es de fácil uso este Manual.

Análisis cualitativo: Según los resultados del cuestionario la mayoría de la población considera que el Manual tiene una buena redacción, un lenguaje claro, actividades muy específicas, contiene fundamentos teóricos.

¿Considera usted que este manual está completo?

GRÁFICA No. 2



Fuente: Cuestionario aplicado a Estudiantes de Tercer Año de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje del año 2006.

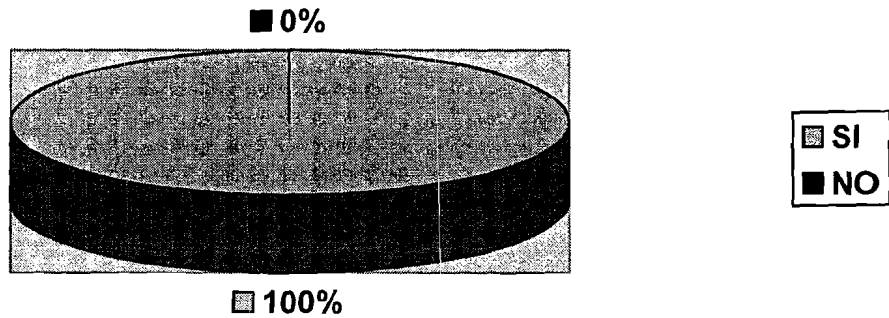
El 87% de la muestra considera que el Manual está completo y el 13% que no.

Análisis Cualitativo: La muestra que respondió SI, respaldaron sus respuestas afirmando que el contenido del manual abarca todos los aspectos que se trabajan con esta patología del lenguaje, así también otros expresaron que posee ejemplos con ejercicios útiles. La información es puntual, posee información teórica y práctica completa.

La muestra que respondió NO consideraron que hacen falta ejercicios y el plan de tratamiento esta muy simple.

¿Este manual es de fácil comprensión?

GRÀFICA No. 3



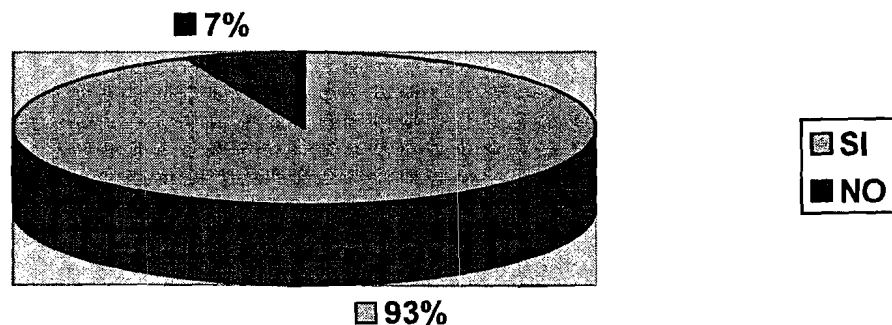
Fuente: Cuestionario aplicado a Estudiantes de Tercer Año de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje del año 2006.

El 100% de la muestra considera que el Manual es de fácil comprensión.

Análisis Cualitativo: Los estudiantes afirmaron que el presente trabajo tiene instrucciones precisas, complementa las actividades que el terapeuta realiza, explica términos importantes relacionados con la teoría de Síndrome Palatino. También contiene un vocabulario que maneja todo Terapeuta del Lenguaje.

¿A su criterio este manual es una herramienta útil para el estudiante de tercer grado de T.L?

GRÁFICA No. 4



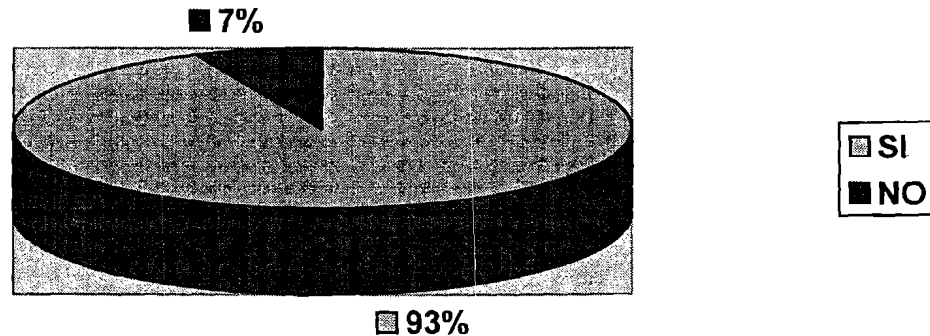
Fuente: Cuestionario aplicado a Estudiantes de Tercer Año de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje del año 2006.

El 93% de la muestra considera que el Manual si es una herramienta útil para el estudiante de Tercer Grado de Terapia del Lenguaje y el 7% considera que no lo es.

Análisis Cualitativo: La muestra indicó que es una herramienta que aporta ideas, que se puede implementar a los tratamientos, contiene ejercicios que no eran de su conocimiento, posee información completa y clara, lo consideran de utilidad; no se encuentra material bibliográfico que haga referencia a estos casos, facilita la elaboración de un tratamiento. El porcentaje menor que respondió No indicó que el Manual necesita otro tipo de ejercicios, aunque no se especificó cuáles.

¿Este manual brinda la información de suma importancia sobre el síndrome palatino y su rehabilitación a la población en general?

GRÁFICA No. 5



Fuente: Cuestionario aplicado a Estudiantes de Tercer Año de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje del año 2006.

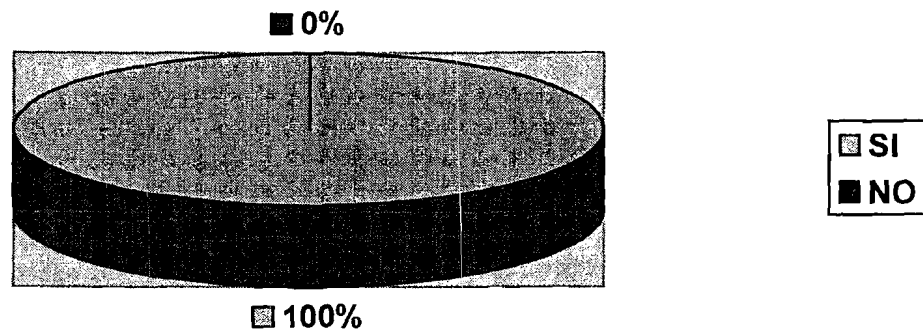
El 93% de la muestra considera que el Manual brinda información de suma importancia sobre el Síndrome Palatino y su rehabilitación a la población en general y el 7% que no.

Análisis Cualitativo: La muestra indicó que la información expuesta cubre todos los aspectos importantes y está elaborado en un lenguaje comprensible.

El porcentaje menor que respondió No consideró que el Manual no brinda la información completa sobre la Etiología de Síndrome Palatino "porque todavía no se sabe que es lo que lo causa".

¿Este manual beneficiará a los niños/as que asisten a programas de terapia de lenguaje en diferentes puntos de la ciudad capital?

GRÁFICA No. 6



Fuente: Cuestionario aplicado a Estudiantes de Tercer Año de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje del año 2006.

El 100% de la muestra considera que el Manual beneficiará a los niños/as que asisten a programas de terapia del lenguaje en diferentes puntos de la ciudad capital.

Análisis Cualitativo: La muestra respondió a esta pregunta que SI beneficiará a la población de niños /as por su fácil utilización, por ser una guía para que el terapeuta trabaje estos casos, será de beneficio siempre y cuando se practique de forma consuetudinaria; también puede ser una herramienta útil para que los padres la utilicen en casa como un refuerzo a la terapia que su hijo /a recibe en los centros.

Análisis e Interpretación de los resultados:

A través del cuestionario obtuvimos resultados satisfactorios comprobables en las respuestas dadas por los estudiantes de Terapia del Lenguaje de tercer año que formaron parte de la muestra.

Se le brindó al estudiante practicante una guía para abordar el tratamiento en niños/as diagnosticados con Síndrome Palatino, la cual consideraron de fácil utilización por su buena redacción, su lenguaje claro y su base teórica.

Consideraron que el contenido de éste manual abarca todos los aspectos que se trabajan con esta patología del lenguaje es por esto que se otorgó el Manual a cada uno para que hiciera uso del mismo aplicándolo en la práctica supervisada en cada uno de los centros, tomando como base el contenido teórico que en su opinión es información puntual, completa y así pudieran llevar a cabo un tratamiento sistematizado beneficiando a los niños/as con esta patología.

A su criterio los ejercicios descritos contienen instrucciones sencillas, lenguaje comprensible y un vocabulario que maneja todo terapeuta del lenguaje, abarcando las diferentes áreas que se ven afectadas en este tipo de patología: la articulación de la palabra, las vocalizaciones, los movimientos linguales y palatales, la respiración, la modulación de la voz, el aumento de la nasalidad y la autoestima la cual se ve afectada debido a la malformación en el paladar o en el labio-paladar que causa la discriminación, el aislamiento y las burlas. Una parte mínima de la muestra expresó que pueden agregarse más ejercicios.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- ❖ A partir de dicho análisis, se deja la posibilidad a que el presente manual sea complementado por futuras investigaciones.
- ❖ Se observó que la conducta de los estudiantes durante la fase de la lectura y responder al cuestionario solicitado era de desinterés y apatía.
- ❖ El Síndrome Palatino es una anomalía del lenguaje que lleva un tratamiento a largo plazo y que requiere el apoyo no solo del terapeuta, sino que requiere del apoyo de la familia del paciente.
- ❖ El tratamiento de rehabilitación del paciente con Síndrome Palatino es complejo y requiere de la ejercitación en varias áreas para llegar a obtener resultados positivos.
- ❖ El manual es de fácil comprensión para que pueda ser consultado desde terapeutas de lenguaje, estudiantes, padres de familia que estén interesados en este tema.
- ❖ El tratamiento para el niño o niña con Síndrome Palatino debe iniciarse a temprana edad y darle el seguimiento correspondiente, estimulando así el aparato fonoarticulador obteniendo mejores resultados.
- ❖ Es de suma importancia un Equipo Multidisciplinario que lleve el caso del niño o niña con Síndrome Palatino para iniciar la rehabilitación de su aparato fonoarticulador, entre ellos médicos, dentistas, cirujano plástico, psicólogo, y terapeuta del lenguaje etc.
- ❖ Es necesario descartar otras anomalías en las que la fisura forma parte de síndromes malformativos por lo que el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, el consejo genético a los padres y el estudio completo del niño o niña ayudaran a descartarla.
- ❖ La reeducación fonética debe ser severa y prolongada incluyendo ejercicios para movilizar el velo palatino, ejercicios respiratorios, ejercicios de fonación y de articulación.

RECOMENDACIONES

- ❖ Consultar el caso del niño o niña con Síndrome Palatino con un equipo de especialistas, un Equipo Multidisciplinario: médicos, psicólogos, terapeutas del lenguaje, cirujanos plásticos, genetistas, etc.
- ❖ Realizar la reeducación fonética severa y prolongada con ejercicios para movilizar el velo palatino, ejercicios respiratorios, ejercicios de fonación y de articulación.
- ❖ Trabajar la rehabilitación en las áreas de Estimulación oral de la palabra articulada, Vocalizaciones, Ejercicios linguales y palatales, Juegos de expresión verbal, Ejercicios de respiración, Discriminación auditiva de su propia voz, Modulación de la voz, Ejercicios para disminuir la nasalidad, Autoestima.
- ❖ A los padres de familia hacer uso de este manual de forma paralela con el Terapeuta del Lenguaje para obtener mejores resultados.
- ❖ A los estudiantes de terapia del lenguaje hacer uso de este manual con sus pacientes en los centros de práctica teniendo sesiones de dos a tres veces por semana.
- ❖ El presente trabajo queda a disposición de ser ampliado por futuros estudiantes que deseen actualizarlo o modificar el contenido con el propósito de beneficiar a la población de niños /as con Síndrome Palatino que asisten a los diferentes Centros de Terapia del Lenguaje.
- ❖ Es importante en la rehabilitación de estos pacientes, que el terapeuta incluya guías de trabajo en casa para que el tratamiento sea en todos los ámbitos donde el niño /a se desarrolla.
- ❖ Es necesario que el niño/a con esta patología asista a Psicoterapia regularmente, para tratar el aspecto emocional que conlleva a este síndrome.
- ❖ Los padres de familia deben buscar apoyo psicoterapéutico, para que de esta forma afronten la situación familiar de una mejor manera, y así se logrará que el niño/a tenga todo el apoyo que necesita.

BIBLIOGRAFÍA

- Víctor Wendell, Jonson
"PROBLEMAS DEL HABLA INFANTIL"
Editorial Kapelusz, Argentina
1973, Págs. 236
- Geneviève Dubois
"EL NIÑO Y SU TERAPEUTA"
MASSON, Barcelona-México
1985, Págs. 126
- Santuiste Bermejo, Víctor
"HIJOS CON PROBLEMAS DEL LENGUAJE"
Ediciones CEAC, España
1991, Págs. 140
- Pesqueira, Teresa
"MALFORMACIONES CRANEOFACIALES CONGÉNITAS Y DEL DESARROLLO"
Universidad Católica de Chile
1997
- Nieto Herrera, Margarita
"ANOMALÍAS DEL LENGUAJE Y SU CORRECCIÓN"
Francisco Méndez Oteo (editor), México
1983, Págs. 493
- Peña Casanova, Jordi
"MANUAL DE LOGOPEDIA"
Editorial MASSON, España
2001, Págs. 503
- González Rey, Fernando Luis
"INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN PSICOLOGÍA"
Thomson editores, México
2000, Págs. 123
- Stengel, Ingeborg
"LOS PROBLEMAS DEL LENGUAJE EN EL NIÑO"
Ediciones Martínez Roca, España
1984, Págs. 165
- Corredera Sánchez, Tobías
"DEFECTOS EN LA DICCIÓN INFANTIL"
Editorial Kapelusz, Argentina
1949, Págs. 186
- Hernández Sampieri, Roberto
"METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN"
McGraw Hill, México
2002, Págs. 705

ANEXOS

GLOSARIO

- **Aparato Fonoarticulador:** Conjunto de órganos que colaboran con la emisión del sonido articulado. Se divide en tres grupos: órganos de respiración, de la fonación y de la articulación.
- **Cavidad Oral:** La cavidad oral es el inicio del tracto alimenticio, la puerta de entrada del aparato digestivo. Aquí los dientes trituran los alimentos, mientras que la lengua con ayuda de la saliva, se encarga de amasarlos y empujarlos hacia la tráquea, para continuar su recorrido por el sistema digestivo.
- **Coana:** Cada uno de los orificios nasales internos que comunican los tractos respiratorio y deglutorio del aparato digestivo
Defecto de elocución que se caracteriza por la repetición de sílabas o palabras o por paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal. La característica más notable es ese bloqueo espasmódico que interrumpe o impide la emisión de la palabra. Dicho espasmo puede ser tónico o clónico
- **Deglución:** Pasaje de los alimentos desde la boca hacia el esófago. Es un mecanismo en parte voluntario y en parte reflejo que compromete la musculatura faríngea y el esfínter esofágico superior.
- **Disfemia o tartamudez:** Incapacidad para producir un discurso fluido en determinadas situaciones que el sujeto vive como comprometidas, así el habla del sujeto se ve interrumpida por bloqueos o espasmos que le impiden emitir las palabras o por otros síntomas llamados disfluencias.
- **Disfonía:** Trastorno o alteración de la emisión vocal debido a una causa orgánica o funcional
- **Embriología:** Ciencia que estudia la formación y el desarrollo de los embriones.
- **Endodermo:** Capa u hoja interna de las tres en que se disponen las células del blastodermo después de haberse efectuado la segmentación.
- **Etiología:** Estudio de las causas de las enfermedades. Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de enfermedades.
- **Hipernasalidad:** un problema del habla en el que la voz de una persona suena demasiado nasal. A menudo es la consecuencia de una abertura en el paladar (o detrás de él), que permite que el sonido se desplace por la nariz.

-
- **Hiponasalidad:** un problema del habla en el que una persona tiene dificultades para producir sonidos nasales porque los sonidos de la voz no pueden desplazarse hacia la nariz.
 - **Labio leporino** Alteración congénita en la cual existe una solución de continuidad en el paladar, que comunica la cavidad oral con la nasal
 - **Maxilar Superior:** Este hueso forma la mayor parte de la mandíbula superior, su forma se aproxima a la cuadrangular, siendo algo aplanada de fuera a dentro. Presenta las siguientes partes; dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar.
 - **Otitis:** Inflamación del oído; según afecta al oído externo, al medio o al oído interno, recibe respectivamente el nombre de otitis externa, media o interna
 - **Paladar blando:** la parte móvil del techo de la boca detrás del paladar duro. Es crítico para el habla.
 - **Paladar duro:** la parte ósea del techo de la boca, precisamente detrás de los dientes.
 - **Paladar hendido:** una fisura congénita en el techo de la boca.
 - **Paladar:** el techo de la boca.
 - **Reborde alveolar:** una saliente ósea donde sobre la que se sustentan los dientes en la mandíbula.
 - **Sífilis:** Enfermedad de transmisión sexual, provocada por el *Treponema pallidum*. Sinónimo: lúes.
 - **Síndrome:** un grupo de problemas congénitos que aparecen juntos en los bebés recién nacidos. Los síndromes pueden ser el resultado de la herencia de un solo gen o de la herencia multifactorial.
 - **Tabique nasal:** la pared de tejido que divide las fosas nasales.
 - **Taquilalia:** Rapidez y volubilidad en el lenguaje.

CUESTIONARIO

Este cuestionario ha sido elaborado para estudiantes de carrera de Terapia de Lenguaje como apoyo a la investigación de diseño titulada Terapéutica de Lenguaje para Niños/as con Síndrome Palatino, por lo que solicitamos su colaboración respondiendo a las siguientes interrogantes, gracias por su colaboración.

1. ¿Considera usted que este manual es de fácil uso?

SI NO

¿Por qué? _____

2. ¿Considera usted que este manual está completo?

SI NO

¿Por qué? _____

3. ¿Este manual es de fácil comprensión?

SI NO

¿Por qué? _____

4. ¿A su criterio este manual es una herramienta útil para el estudiante de tercer grado de T.L?

SI NO

¿Por qué? _____

5. ¿Este manual brindar la información de suma importancia sobre el síndrome palatino y su rehabilitación a la población en general?

SI NO

¿Por qué? _____

6. ¿Este manual beneficiará a los niños/as que asisten a programas de terapia de lenguaje en diferentes puntos de la ciudad capital?

SI NO

¿Por qué? _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**“TERAPÉUTICA DEL LENGUAJE PARA NIÑOS CON
SÍNDROME PALATINO”**

*EVELYN LILIANA VALDÉZ HIGUEROS
ERANDI PANIAGUA FLORES*

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2006

“TERAPÉUTICA DEL LENGUAJE PARA NIÑOS CON SÍNDROME PALATINO”

(Manual dirigido a Terapeutas del Lenguaje)

PRIMER MÓDULO

INTRODUCCIÓN

Como terapeutas del Lenguaje es de su conocimiento todos los elementos y factores que incluye una malformación como lo es la fisura palatina, así como también el largo proceso durante años que un paciente con dicha patología debe enfrentar. Este proceso inicia desde el nacimiento hasta que el joven logra superar todos los obstáculos para mejorar su comunicación verbal. Como ya se ha mencionado este proceso conlleva un equipo multidisciplinario donde profesionales como el médico cirujano, otorrinolaringólogo, terapeutas del lenguaje, psicólogos e incluso maestros deben intervenir para un tratamiento de beneficio y de buen pronóstico para el paciente.

Como en toda anomalía del lenguaje no debemos olvidar que el apoyo de la familia es de gran importancia para su pronta rehabilitación. Desde la aceptación del niño al nacer con la malformación, el control médico, los cuidados alimenticios y post-quirúrgicos, y su continuo proceso en terapia del lenguaje y psicoterapia; a partir de aquí podemos esperar un mejor pronóstico.

El presente manual está dirigido a todo estudiante practicante de terapia del lenguaje el cual debe hacer un plan de tratamiento con los pacientes diagnosticados con Síndrome Palatino y a profesionales que en su consulta atienden a niños (as) que lo presentan. A grandes rasgos este manual contiene una parte teórica el cual puede ubicar al terapeuta en el largo proceso por el que pasa todo paciente con una malformación de este tipo, y luego se incluye una serie de ejercicios de fácil aplicación durante las sesiones de terapia.

OBJETIVOS

Generales:

- a. Proporcionar a la carrera de terapia de lenguaje una herramienta para su fácil utilización.
- b. Beneficiar a niños/as que asisten a programas de terapia de lenguaje en diferentes puntos de la ciudad capital.
- c. Proporcionar a los estudiantes de la carrera técnica de terapia del lenguaje para el abordamiento de síndrome palatino.
- d. A profesionales de Terapia del Lenguaje en Guatemala.

Específicos:

- a. Brindar al estudiante practicante de tercer año de la carrera técnica de terapia de lenguaje, a través de la utilización del manual, una guía para abordar síndrome palatino.
- b. Atender de forma más sistematizada a los niños/as diagnosticados con síndrome palatino que asisten a los diferentes programas de rehabilitación del lenguaje, a través de su utilización por parte de estudiantes practicantes de tercer año de terapia del lenguaje.
- c. Organizar una serie de ejercicios dirigidos a aquellas personas con síndrome palatino.

SEGUNDO MÓDULO

TEORÍA

NIÑOS CON PALADAR O LABIO HENDIDO

El paladar y el labio hendido han de considerarse como una anomalía del desarrollo físico tanto antes como después del nacimiento, que en algunos casos se puede presentar esta anomalía sólo en el paladar, o sólo en el labio superior produciéndose a uno u otro costado de la línea media, o en ambos a la vez, siendo así un labio hendido simple o doble respectivamente. La magnitud de la hendidura puede oscilar entre una estrecha grieta y una ancha fisura.

Un defecto estructural trae consigo funciones anormales que a su vez originan nuevas anomalías de estructura creando un círculo vicioso que forma un complejo cuadro o estado de anomalía.

Todo esto afecta en diferentes aspectos al niño que ha nacido con labio - paladar hendido uno de ellos es la alimentación, ya que no puede succionar tan bien como los otros bebés, y su paladar hendido le impide deglutir con la misma facilidad; creándole la dificultad de mamar, por lo que quizás se le llegue a alimentar por medio de un tubo durante semanas, o aún meses. Y es así como los músculos de la succión, masticación y deglución, que cumplen un papel importante en el habla, no se ven sometidos a la misma ejercitación que llevan a cabo la mayoría de los bebés. Esto provoca una disminución en las probabilidades de aumento de peso y de un desarrollo fisiológico general normales.

Por lo que se encuentra en la predisposición de contraer con mayor facilidad resfriados e infecciones, interrumpiéndose su desarrollo por estas enfermedades que a su vez afectan el oído conduciendo a una pérdida auditiva permanente, y esto entorpece en mucho el desarrollo lingüístico y social del niño.

El no tratar a tiempo esta anomalía trae como consecuencia una deformidad facial pronunciada, a causa de la aparición de tensiones anormales que impiden el crecimiento normal del labio y de la encía situada debajo. Esto se da de la misma forma cuando la cirugía es practicada por un cirujano inexperto provocando que el tejido llegue a desgarrarse o a contraerse hasta tomar un tamaño menor al adecuado.

El extraer los dientes con caries agrava el daño sufrido en el arco dentario complicando aún más los problemas físicos y el desarrollo del habla.

Uno de los síntomas que crea es la tristeza, el temor, el desaliento y el sentimiento de inferioridad.

Esta anomalía lleva consigo una cadena de complicaciones en el proceso evolutivo posterior al nacimiento.

La causa o el origen de esta anomalía, de la falta de unión de los tejidos no ha sido determinada aún.

La actitud que los padres deben tener será la que brinde posteriormente la seguridad en su hijo, no permitir que se cree un sentimiento de lástima.

El papel del médico en la familia es de suma importancia, el cual deberá poseer una idea clara de los problemas que suelen originarse, ya que cualquier resfriado se complica y son muy frecuentes. El médico recomendará a un especialista en cirugía bucal y el

especialista recomendará a un especialista del oído ya que con frecuencia aparecen síntomas de infección del oído. Y a su vez contribuirá un dentista.

Los cirujanos esperan a que el niño tenga dos o tres años de edad para realizar la primer cirugía en el paladar, esto trae beneficios como lo es el que crezca o se desarrolle una porción de tejido normal beneficiando así al niño (a). Algunas veces se requieren de dos cirugías y es la segunda operación la que se lleva a cabo después de varios meses.

Voz *nasal*: se le llama así a la voz en la que se presenta un aumento de resonancia en sonidos donde no se exigen resonancia, sino también una resonancia reducida en los sonidos nasales. Hay dos formas principales de voz nasal:

- ✓ Rinolalia abierta:
El aire sale por la nariz, "Todo pasa por la Nariz". Orgánicamente puede ser ocasionado por parálisis o por defecto del paladar. En otros casos por un falso hábito.
- ✓ Rinolalia cerrada:
El aire sale por la boca, "Habla de Catarro Crónico". La corriente de aire no puede llegar a la nariz por estar taponada y en consecuencia falta la resonancia. Esta rinolalia se presenta cuando la nariz está realmente obstruida y esto se debe a amígdalas faríngeas muy grandes (pólipos) o a hinchazón del concha nasal. También puede tratarse de un falso hábito.

Cuando se presenta la rinolalia abierta y cerrada se habla se rinolalia mixta.

Después de Operado el Velo del Paladar

En la fisura palatina la lesión que surge se presenta entre la semana ocho y doce del embarazo. Y puede presentarse acompañada de la fisura labial y maxilar.

Este tipo de fisuras se cierran muy pronto a través de las operaciones a las que son sometidos los niños antes de que comiencen a hablar. Pero no es suficiente el realizar solamente la operación para su pronta recuperación, es sumamente necesario el llevar a cabo una terapia de entrenamiento del movimiento del velo del paladar, para obtener un lenguaje correcto o adecuado. Ya que a pesar de la operación persiste la rinolalia abierta y la dislalia.

A su vez se presentan otras anomalías como consecuencia de la malformación entre ellas anomalías del oído y lesiones del cerebro.

Es necesario llevar a cabo una terapia compleja y completa para la rehabilitación. Tomando las medidas necesarias por ejemplo:

- ✓ Terapia quirúrgica.
- ✓ Maxilarortopédica
- ✓ Logopédica.

Y dar inicio a la rehabilitación a tiempo.

Es necesario estudiar el caso de los niños afectados de labio leporino o figurado y de división palatina, se han señalado en ellos retrasos en el lenguaje y algunas veces en la comprensión.

El rostro desfigurado causa una gran impresión en los padres al verlo por primera vez.

Algunos padres no pueden ni mirarlos a la cara, hasta llegar al punto en el que el niño se encuentra falto de estímulos elementales y de intercambio de miradas

distracción ósea. La traqueostomía ha sido la opción clásica de tratamiento de los casos más severos. La distracción ósea sería hoy la técnica de elección en aquellos centros donde la Cirugía Plástica está bien desarrollada.

Cuando la fisura es del paladar secundario, el mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio impide la correcta aireación del oído medio por lo que es importante la *prevención de patología del oído medio*. La prevención de otitis media en estos pacientes es efectuada por el otorrinolaringólogo, quien efectúa una simple operación, consistente en favorecer la aireación del oído medio efectuando un orificio en el tímpano y dejando un tubo para que este permanezca abierto y favorecer así la aireación hacia el exterior (miringotomía y tubos de ventilación o colleras). La prevención del déficit auditivo de estos pacientes es muy importante para la posterior adquisición del lenguaje y en el último tiempo su reconocimiento ha permitido disminuir de manera importante este Problema.

El Cirujano Plástico inicia el tratamiento del paciente fisurado en la etapa de recién nacido y muchas veces termina efectuando las últimas operaciones cuando su paciente es adulto.

2.- LACTANTE MENOR: En esta etapa, y cerca de los 3 meses de edad se efectúa la reparación de la fisura del paladar primario. Se opera el labio (queiloplastia o plastia labial) cerrando el defecto cutáneo y haciendo una reposición y cierre del músculo orbicular defectuoso. Además en esta etapa se efectúa una reparación de la nariz (nasoplastia) y se cierra la porción más anterior del paladar óseo si éste está abierto.

Algunas veces el ortodoncista efectúa ortopedia prequirúrgica, es decir coloca unos aparatos intraorales o externos, para acomodar los tejidos óseos y facilitar la cirugía posterior.

3.- LACTANTE MAYOR: Cerca del año de edad, se efectúa la reparación de la fisura del paladar secundario, es decir se reparan el paladar óseo y el paladar blando, (palatoplastia), con el fin de separar la cavidad oral de la cavidad nasal y sobre todo, con el fin de proveer al niño de una adecuada caja de resonancia y de un paladar móvil para articular los fonemas y poseer así un lenguaje normal. Idealmente el paladar debe estar reparado cuando se inicia la adquisición del lenguaje, que es a partir de los 12 meses de edad. Algunos grupos operan más precozmente a estos niños, con el fin de obtener un mejor desarrollo del lenguaje, sin embargo estas operaciones muy precoces producen defectos en el crecimiento facial y por ello este tema está en constante estudio y discusión.

En términos generales, podemos decir que un paladar cerrado bien, al año de edad, más o menos en el 70% de los casos hablará bien y no necesitará de otros tratamientos.

4.- EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR: Para esta etapa todos los pacientes fisurados ya deberían estar operados. Además de los retoques estéticos de cicatrices, se debe tomar como un elemento primordial la adquisición y desarrollo del lenguaje y el apoyo psicológico. Además en esta etapa se debe hacer un control por otorrinolaringólogos, terapia de lenguaje, fonoaudiología, ortodoncia, etc.

5.- MANEJO DE SECUELAS Y PROBLEMAS DE CRECIMIENTO ASOCIADOS: En el 30% de los pacientes, a pesar de estar bien operados, se presentan secuelas con problemas de voz

gangosa (hipernasalidad) y con errores o imposibilidad de articular fonemas y de tener una buena caja de resonancia, esto es lo que conocemos como *insuficiencia velo faríngea*. Tiene tratamiento médico y también quirúrgico, según sea el caso.

En un porcentaje variable de pacientes, según sea la gravedad de la fisura que presentaron, el sitio donde fueron tratados y la edad en que fueron tratados, se presentan *secuelas de crecimiento maxilar*. Por este motivo, en la adolescencia estos pacientes pueden ser exitosamente operados de su maxilar y/o mandíbula para tener un perfil armónico y una buena mordida.

También en la adolescencia, efectuamos *septorinoplastias* con fines estéticos y funcionales (todos estos pacientes presentan grados variables de desviación del tabique septal).

paladar artificial debido a que la fisura es excesivamente pronunciada, utilizando entonces un aparato protético.

Del punto de vista fonético, los paladares móviles no dan un resultado muy apreciable.

Se le llama *estafilorrafia* a la intervención quirúrgica que se les realizan a los niños solo del velo palatino y *uranoestafilorrafia* en casos de división total donde se practica una intervención delicada para formar un paladar natural sobre los huesos palatinos sin unir a través de la separación de la mucosa palatina, o por la unión de las apófisis palatinas.

Reeducación fonética:

Debe ser severa y prolongada de esta forma desaparecer la voz nasal.

La reeducación incluye:

- ✓ Ejercicios para movilizar el velo palatino.
- ✓ Ejercicios respiratorios.
- ✓ Ejercicios de fonación y de articulación.

CUIDADOS GENERALES Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE FISURADO

El manejo de estos pacientes, aunque exitoso en la actualidad, requiere de un amplio y experimentado equipo multidisciplinario.

Los cuidados de un paciente fisurado se inician desde su nacimiento y en esta etapa son en general simples.

1.- PERÍODO DE RECIÉN NACIDO: durante este período se deben tomar en cuenta cuatro puntos importantes: el *diagnóstico y pronóstico* de la enfermedad, el *consejo genético* a los padres y el *estudio completo del paciente* para descartar otras anomalías (la mayoría de los casos no presenta otras anomalías) pues hay casos en que la fisura forma parte de síndromes malformativos.

El recién nacido fisurado no tiene problemas deglutorios y de presentar *trastornos para alimentarse*, este es debido a una succión deficitaria pues pierde presión, lo que no es un problema frecuente. Posee los reflejos de succión normal. El problema se soluciona al hacer llegar la leche a la cavidad oral posterior, ya sea con un chupete largo y blando, o con un chupete ancho que pueda ocluir su defecto palatino. Es mejor tener al niño elevado 45 ° para evitar la regurgitación de leche por la nariz. La madre debe ser involucrada desde un comienzo y debe aprender los trucos para facilitar la alimentación del niño.

Los pacientes fisurados del paladar primario y/o secundario, no tienen *problemas respiratorios* asociados. Solamente existe problema respiratorio en el paciente portados del síndrome de Pierre Robin. Este síndrome se caracteriza por un recién nacido que presenta una mandíbula muy pequeña (micrognatia) y/o muy posterior, (retrognatia) asociada a una lengua grande (glosoptosis), que no tiene suficiente espacio en la cavidad oral y cae hacia atrás, produciendo una severa obstrucción respiratoria de reposo y al dormir. En estos casos, dado que la obstrucción es producto de la mandíbula y la lengua, y no de la fisura palatina, el tratamiento consiste en poner al niño en decúbito prono, a veces se fija la lengua al piso de la boca y en los casos más severos se precisa efectuar un cirugía precoz para elongar la mandíbula, que hoy día se hace con una

Labio leporino: se le llama también *hocico de liebre*. El labio inferior se forma por dos mitades que se unen durante el proceso de gestación, si no se llegan a unir se presentará una fisura labial. Son extremadamente raros los casos de labio fisurado inferior.

En el labio superior se forma con la unión de tres trozos, separados por dos fisuras laterales y de igual forma si no se llegan a unir durante el proceso de gestación se presentará el labio leporino unilateral si es un solo lado (o fisura), o bilateral si es de los dos lados (dos fisuras). Estas fisuras pueden ser simples si solamente afecta la masa muscular, o complicadas si también afecta las partes óseas.

Esta alteración predomina en el sexo masculino en un 63.5% casi duplicando el porcentaje del sexo femenino.

Las causas etiológicas del labio leporino aún no son conocidas. En casos muy raros hay evidencia de la influencia de causas mecánicas.

Entre las causas mecánicas se encuentran: tumor congénito, una breida amniótica al nivel de la fisura, una anomalía en el desarrollo. Kirmisson invoca como causa la sífilis de los padres. También la herencia es otra causa, incluso llega a presentarse en familias completas.

Es oportuno el someter al niño (a) a la intervención quirúrgica de tres a cinco meses, pero si ya presentó la dentición es mejor esperar a que ésta se haya completado.

Luego de la intervención quirúrgica la continuidad muscular queda restablecida. Es necesario el realizar ejercicios labiales con o sin aparatos.

Las fisuras labiales que se mencionaron con anterioridad se pueden presentar acompañadas de fisuras palatinas, defecto denominado de Sappey o *boca de lobo*; la cual puede ser total es decir una fisura en todo el paladar: óseo y blando, o tomar parcialmente uno de ellos. En algunos casos puede llegar a presentarse solamente la fisura palatina o solamente la fisura labial.

La fisura palatina puede afectar también la úvula no solamente el paladar, conociéndola como úvula bífida, también el paladar puede estar paralizado.

El niño con fisura palatina tiene dificultades para succionar y deglutir los alimentos o líquidos debido a que estos salen por la nariz, siendo necesario el colocar los alimentos o líquidos en la parte posterior de la lengua, llevando a cabo una alimentación anormal.

La alimentación anormal trae como consecuencia el bajo peso, y vitalidad disminuida siendo la mortalidad mayor en estos niños que en los que no padecen de esta anomalía.

La conexión anormal de la boca con las fosas nasales provoca inflamación crónica, y esta alcanza la trompa de Eustaquio afectando la audibilidad del niño.

Se provoca un defecto general en el lenguaje (en la fonación). La voz tiene una resonancia nasal, afectando a todos los fonemas a excepción de m, n y ñ por ser fonemas nasales. A esto se le conoce como "voz nasal"; Kussmaul le llamó "rinolalia abierta".

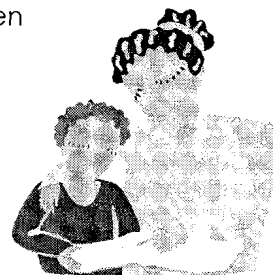
Glezer realizó un ejercicio que consiste en colocar un espejito debajo de las ventanas nasales, y el niño (a) debe pronunciar algunos vocablos que no son fonemas nasales. El espejo se empaña cuando hay una voz nasal cuando hay un defecto de fonación debido a: perforación accidental, o provocada por alguna enfermedad, inmovilidad del paladar blando para evitar la sensación dolorosa obteniendo posiciones incorrectas para la articulación.

Tratamiento y reeducación fonética: debido al perfeccionamiento de la cirugía a la que son sometidos ya no se utilizan los paladares artificiales, algunos padres recurren al

JUEGOS DE EXPRESION VERBAL

Objetivo: estimular la expresión verbal para mejorar su lenguaje expresivo.

- Escribir una rima en una hoja, leerla y repetirla.
- Mencionar varias partes de la casa como sala, comedor, para que indique cinco objetos que se encuentran en ese lugar.
- Decir el nombre de las personas que viven en su casa.
- En una hoja se hará un dibujo por partes para que vaya adivinando que objeto es.
- Contarle un cuento y preguntarle sobre algún suceso.



EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

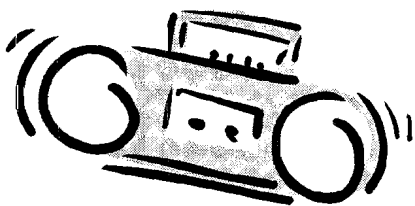
Objetivo: lograr la estimulación adecuada para la respiración y el soplo.

- Inspiración nasal lenta y profunda con espiración bucal haciendo o formando burbujas de jabón.
- Inspiración nasal profunda y espiración bucal lenta soplando un pito.
- Inspiración nasal profunda y espiración bucal lenta soplando un papel de china.
- Inspiración nasal lenta y profunda de la misma forma la espiración bucal soplando pausadamente el agua contenida en un vaso utilizando una pajilla.
- Inspiración nasal lenta y profunda, espiración bucal lenta soplando la llama de una vela sin apagar.

DISCRIMINACIÓN AUDITIVA DE SU PROPIA VOZ

Objetivo: A través de los ejercicios el niño (a) identificará su propia voz.

- Grabar su voz para que la escuche, conforme vaya a terapia se le ira colocando la grabación para que escuche la diferencia de su voz.
- Leerá un cuento y al escuchar su voz deberá tratar de pronunciar correctamente las palabras que se le dificultan.
- Leerá un listado de palabras, escuchara en el al tuvo dificultad y deberá repetir aquellas palabras en la que escucho que tenia dificultad.

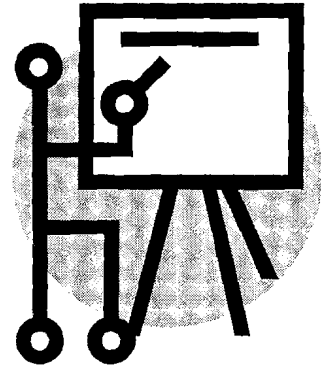


- Leerá un párrafo y se le grabará su voz para que luego escuche como fue su lectura.
- Se le pedirá que narre lo que observa en una lámina para que describa lo que sucede indicándole que deberá esforzarse por que su lenguaje sea claro.

MODULACIÓN DE LA VOZ

Objetivo: modular la intensidad de su voz, a través de las siguientes actividades.

- Indicarle con una paleta pintada de rojo cada vez que eleva su voz se subirá la paleta y conforme vaya bajando la intensidad de su voz se irá bajando la paleta al leer un párrafo.
- Utilizar un tubo de cartulina para decir el fonema A y se le indicará cuando deberá elevar el volumen de su voz y cuando no.
- Realizar una grafica con ayuda de la Terapista mientras diga el fonema O desde un tono alto a un tono bajo.
- Utilizar una grafica donde aparezca la vocal A desde la parte inferior izquierda de la hoja y va subiendo hacia la parte superior derecha de la hoja se le indicará que debe de decir la vocal A desde un tono bajo hasta un tono alto.
- Decir la palabra mama mientras camina en línea recta en dirección a una pared y conforme se vaya acercando elevará el volumen de su voz.



EJERCICIOS PARA DISMINUIR LA NASALIDAD.

Objetivo: disminuir la nasalidad secundaria a labio paladar hendido reparado para mejorar su voz.

- Leer un párrafo mientras tenga tapada la nariz.
- Formar burbujas de jabón teniendo la nariz tapada.
- Soplar una tira de papel de china mientras tenga la nariz tapada.
- Soplar bolitas de algodón enviándolas hacia el otro extremo de la mesa teniendo la nariz tapada.
- Apagar una vela al tener la nariz tapada.



TERCER MÓDULO

AREAS A TRABAJAR

1. Estimulación oral de la palabra articulada.
2. Vocalizaciones.
3. Ejercicios linguales y palatales.
4. Juegos de expresión verbal.
5. Ejercicios de respiración.
6. Discriminación auditiva de su propia voz.
7. Modulación de la voz.
8. Ejercicios para disminuir la nasalidad.
9. Autoestima.

ESTIMULACIÓN ORAL DE LA PALABRA ARTICULADA



Objetivo: Con la estimulación se logra que la persona pueda decir con la mayor claridad posible la palabra que articula.

- Mostrar una campana y dirá el sonido repitiéndolo varias veces (don, don, don).
- Mostrar la ilustración de una abeja seguirá con su dedo la línea punteada hasta donde termina el camino mientras emite el sonido ssssssss, para luego repetir sa, se, si, so, su.
- Enseñarle un reloj y se le preguntara cual es el sonido del reloj, luego se le pedirá que lo repita (tic, tac).
- Mostrar varios instrumentos musicales para que pueda emitir el sonido de cada uno según se le vayan mostrando.
- Enseñarle el sonido de una gotera tuc, tuc, para que después lo repita cada vez que se deje caer algo simulando una gota.

Materiales: campana, lámina con abeja, reloj, instrumentos musicales, dibujos de objetos que tengan sonido.

VOCALIZACIONES



Objetivo: Ejercitar los órganos del aparato fono articulator a través de vocalizaciones para desarrollar en forma adecuada el lenguaje.

A través de las vocalizaciones realizadas correctamente, se logra que la persona ejercite sus órganos fonoarticuladores y mejora la forma en que se articulan las palabras.

- Arrugar los labios y manteniéndolos entre abiertos, luego arrugarlos y abrirlos varias veces para pronunciar /u/ y /a/.
- Inspiración nasal profunda para repetir las vocales en forma prolongada.
- Inspiración nasal profunda para repetir las vocales en desorden en forma grave (ronca).
- Estirar los labios hacia atrás pronunciando el fonema /i/ como un ratón.
- Vocalizar el fonema /aaaaa/ como si estuviese gritando.

Materiales: espejo, dibujo de las vocales, letras de las vocales en esponja o cartón.

EJERCICIOS LINGUALES Y PALATALES

Objetivo: ejercitar los órganos articuladores (lengua y paladar) y pueda desarrollarse correctamente para lograr una mejor dicción.

Mejora la dicción al colocar los órganos articuladores en la posición correcta.

Ejercicios Linguales:

- Sacar y mover la lengua de derecha a izquierda sucesivamente.
- Extender la lengua tan lejos como sea posible y rápidamente meterla a la boca.
- Tocar la barbilla con la punta de la lengua.
- Mover la lengua en círculo, alrededor de los labios.
- Empujar con la lengua la mejilla derecha.

Ejercicios Palatales:



- Apagar cerillos.
- Silbar una melodía.
- Repetir varias veces ang- ang.
- Soplar un pito.
- Repetir la palabra PATAKA.

AUTOESTIMA.

Objetivo: elevar su autoestima.



Mejora la autoestima debido a que estas personas se ven afectadas emocionalmente debido al síndrome que presentan por lo que es necesario elevar la autoestima realizando los siguientes ejercicios:

- Escribir un listado de habilidades que tenga.
- Dibujarse y que se describa.
- Explicación de autoestima.
- Leer sobre autoestima.
- Realizar un listado de cualidades y de defectos explicando como puede cambiar los defectos.
- Lecturas motivadoras sobre autoestima.

RESUMEN

El Síndrome Palatino se considera como una anomalía del desarrollo físico tanto antes como después del nacimiento, puede presentar la anomalía sólo en el paladar, o sólo en el labio superior produciéndose a uno u otro costado de la línea media, o en ambos a la vez. Trae consigo funciones anormales que a su vez originan nuevas anomalías de estructura creando un círculo vicioso que forma un complejo cuadro o estado de anomalía, afectando su alimentación, el lenguaje, estado emocional, estado de salud, el aspecto estético y fisiológico. Por lo que es necesaria la atención por parte de un Equipo Multidisciplinario (médico, genetista, cirujano plástico, terapeuta del lenguaje, etc.) que lleven a cabo el tratamiento de rehabilitación correspondiente para el niño o niña.

El síndrome palatino produce en el lenguaje una voz nasal siendo rinolalia abierta cuando el aire sale por la nariz, rinolalia cerrada cuando el aire sale por la boca o rinolalia mixta cuando presenta ambas.

Trae consigo dificultades no solo en el lenguaje sino también físicas, fisiológicas, y emocionales. Para mejorar la condición del niño o niña debe someterse a terapia quirúrgica, maxilarortopédica, logopédica y psicológica.

La reeducación fonética debe ser severa y prolongada para desaparecer la voz nasal, incluye ejercicios para movilizar el velo palatino, ejercicios respiratorios, ejercicios de fonación y de articulación.

El objetivo principal del presente trabajo es Proporcionar a la carrera de terapia de lenguaje una herramienta para su fácil utilización beneficiando así a la población de niños/as que asisten a los programas de terapia de lenguaje en diferentes puntos de la ciudad capital.