



**CARACTERISTICAS DE LA RESPIRACION Y EL HABLA
SEGÚN TIPO DE DISGNACIAS DE MAXILAR EN NIÑOS
DE 4 Y 5 AÑOS**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LICENCIATURA EN FONOAUDIOLOGIA**

**Fgo. Ruiz Sánchez, Martín Federico
Año: 2023**

Tutor:

Lic. Paoloni Balza, María Belén.

Asesoramiento:

Dra. MINNARD, Vivian Aurelia.

Lic. GONZALEZ, Mariana

“El desarrollo del lenguaje es parte del desarrollo de la personalidad, ya que las palabras son el medio natural para expresar los pensamientos y establecer el entendimiento entre la gente”



DEDICATORIA

A mi mujer, pilar fundamental de mi vida, a mis amados cuatro hijos;

A mi hermana Estefanía que desde los cielos ilumina nuestras vidas;

Y a mi madre que supo forjar en mí la templanza y honradez con ejemplos de
dignidad y respeto.

A ellos, mis amores, dedico todas las bendiciones que Dios traerá a nuestras vidas
como recompensa de tanta dedicación, esfuerzo y fe.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi sostén espiritual desde siempre, sobre todo en aquellos momentos donde parecía que el mundo a mi alrededor se desplomaba, ahí estabas, en esa luz divina mostrándome el camino desde el aprendizaje y la fe.

También agradezco a mi madre que me dio la vida, la que siempre confió en mí, que supo inculcarme desde su simpleza y generosidad el poder ver en el otro un todo, con virtudes y defectos pero sobre todo ver el lado humano de cada persona.

A mi mujer, madre, compañera y colega, incansable promotora del paradigma de un mundo inclusivo, tolerante de mis ritmos alocados y vertiginosos, pero siempre sosteniendo a nuestro clan. Le agradezco a mis colegas por confiar en mí y acompañarme en este sueño de concretar nuestra Licenciatura, apoyando cada iniciativa, cada locura, pero unidos como un todo.

El agradecimiento y reconocimiento infinito a tan prestigiosa institución académica como es la Universidad FASTA, por permitirnos alcanzar nuestro sueño y realizarnos como profesionales capacitados para cumplir con nuestra misión.

A mis profesores de excelencia como lo son la Dra. Mg. Minnaard Vivian, por su calidez humana, por compartir su conocimiento infinito, a la Lic. González Mariana, por su paciencia y acompañamiento constante, a la Lic. Bravo Carla, por su mirada crítica y alentadora, a mi tutora Lic. Paoloni Balza, Belén, a todas ellas gracias por transportarme a este extraordinario mundo de la investigación científica, que me permitió descubrir más sobre lo maravilloso de mi profesión.

Una mención desde el corazón para la Lic. Noemí Colacilli, un ser lleno de luz, gratitud, gestora de movimientos humanos de calidad.

También una referencia especial para mis colegas y compañeros de trabajo que me motivan constantemente a seguir adelante para no bajar los brazos jamás.

Además una mención a la Dra. Silvia García, amiga, compañera y comadre, juntos vivimos aprendizajes que nos permitieron llegar lejos, pero siempre unidos por convicciones éticas, morales, de respeto y superación.

Por último una referencia, a mis pacientes, que supieron forjar en mí el profesional que soy, a ellos "Mis pequeños grandes Maestros" como los llamo yo, gracias por el aprendizaje dado.

¡Muchas gracias!

RESUMEN

Introducción: La disgnacia de maxilar es la pérdida del equilibrio morfo – funcional y estético del órgano bucal, lo cual repercute en las características respiratorias y en la producción del habla.

Objetivo: Analizar características de la respiración bucal y del habla, según disgnacias de maxilar en niños de 4 y 5 años que asisten a un centro de rehabilitación integral en la ciudad de Salta Capital en el año 2021.

Material y métodos: Investigación observacional descriptiva, se considera un estudio de caso de seis niños de ambos sexos que asisten a tratamiento fonoaudiológico.

Resultados: Existe predominancia de modo respiratorio mixto, con tipo torácico evidenciándose mayor hipertoncicidad para labio superior e hipotonismo para labio inferior, escasa elasticidad de frenillos bucales, insuficiencia de permeabilidad de vía aérea superior y dificultades en praxias orofaciales.

Se evidencian alteraciones fonoarticulatorias, para consonantes y sinfonos, tanto por omisión como por distorsión. Se observan alteraciones miofuncionales significativas, con paladar ojival como el mayor indicador, seguido de paladar profundo, maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal con prognatismo y retro prognatismo.

Están presentes alteraciones deglutorias con interposición lingual y labial, el cierre bucal entre dientes superiores e inferiores está alterado por apiñamiento dentario y por mordida invertida compleja.

Conclusiones:

La respiración bucal, siendo la patología más frecuente encontrada, requiere del abordaje fonoestomatoganático ya que en la observación realizada se encuentra roto el equilibrio morfo funcional y estético del órgano bucal, dando lugar a las diversas alteraciones en el habla. También se debe considerar el regionalismo en la pronunciación del fonema /R/ y su tiempo tardío en terminar de instaurarse dentro del habla.

Palabras clave:

Respiración Bucal, Disgnacias de Maxilar, Praxias orofaciales, Habla, Dislalias.

INDICE

Introducción.....	6
Estado de la cuestión.....	10
Materiales y Métodos.....	25
Resultados	28
Conclusión.....	42
Bibliografía.....	46



INTRODUCCIÓN

La fonoaudiología inicia como disciplina, encargada de estudiar los diferentes tipos de trastornos que podían surgir en la comunicación abarcando todas las etapas de la vida (ASHA, 2017)¹. Estudios en Brasil, la definen como la ciencia que tiene por objeto la comunicación humana, en relación con el lenguaje escrito y oral, la fluencia, las funciones oro faciales, la deglución, otras (Martínez & Cols, 2006:4)².

La fonoaudiología actúa en campos muy amplios, no solo abarca al sujeto con dificultades, sino que actúa en el área de la investigación, organización institucional, asume cargos jerárquicos, produciendo modificaciones de leyes y estatutos (Vega y Plaza, 2013)³.

Dentro de la fonoaudiología, se encuentra una de las sub-áreas de especialidad que es la fonoestomatología, la cual se encarga de evaluar, diagnosticar e intervenir sobre las alteraciones presentes en la deglución ya que existen diversas patologías y trastornos que pueden provocar alteraciones deglutorias, respiratorias y en la articulación del habla (Clark y Ebersole, 2019)⁴.

Así surge la fonoestomatología la cual contempla la evaluación y la intervención en las funciones orofaciales como succión, respiración, masticación, deglución y el habla, realizando un abordaje sobre dificultades de origen fisiológico, morfológico y/o neurológico.

La observación y abordaje temprano son de gran ventaja para la promoción de la salud, pudiendo a través de estos conocimientos sugerir pautas de alimentación apropiadas para la edad, educar en función del uso de determinados elementos que

¹La Fonoaudiología es una disciplina que investiga, evalúa, diagnostica e interviene en los trastornos de la comunicación humana, expresados a través de diferentes patologías como puede ser alteración en la voz, en el habla, lenguaje, en la audición, fono estomatología, función vestibular, y selección y equipamiento protésico auditivo en pacientes con diagnóstico otológico y en cualquier otra función, abarcando todas las etapas de la vida.

² La fonoaudiología trata las dificultades en el desarrollo de la comunicación humana, relacionadas con las diferentes funciones del sistema nervioso.

³La Fonoaudiología es una disciplina que pertenece al área de salud y se encarga de la evaluación, diagnóstico, intervención, promoción y prevención de los trastornos que afectan el lenguaje, voz, audición y motricidad oro facial, que incluyen las áreas de habla y deglución. Abarca ámbitos que no pertenecen exclusivamente al área de salud, como lo es el área de la educación, donde el fonoaudiólogo se ha especializado en trastornos del lenguaje y habla en el nuevo desarrollo, siendo este ámbito educativo el de mayor empleabilidad.

⁴ La fonoestomatología es una de las áreas principales de abordaje de la fonoaudiología, la cual se especializa en las funciones que interviene el sistema cérvico cráneo oro facial.

pueden interferir en el adecuado desarrollo de la motricidad oral, prevenir e intervenir en los hábitos orales y mejorar dificultades en la producción del habla (Prado, 2020)⁵.

Se entiende por respiración como la función innata y vital del ser humano. En la respiración normal, también llamada nasal, el aire se inhala y se exhala por la nariz, manteniendo la boca cerrada. Las dificultades en la respiración bucal, nasal o mixta, podrían causar problemas orales o sistémicos, a quienes la padecen como así también en la vida diaria.

Los malos hábitos orales constituye el denominado síndrome de respirador bucal, que puede ser diagnosticado por causas obstructivas, anatómicas o malos hábitos. Las repercusiones son variadas: se altera la forma del paladar, el equilibrio corporal, la articulación del habla, el tipo de deglución, la alimentación (Wilf & Fridman, 2014)⁶.

Por otro lado, las disgnacias del maxilar son entendidas como la pérdida del equilibrio estético y morfo funcional de la cavidad bucal, aplicándose no sólo a las alteraciones de posición de las piezas dentarias y de la oclusión, sino también a las alteraciones de forma del macizo cráneo facial, articulación temporomandibular, músculos, entre otros (Sansonetti, 2016)⁷.

A partir de lo planteado, se formula el siguiente problema de investigación:

¿Qué características presenta la respiración y el habla según tipo de disgnacias de maxilar en niños de 4 y 5 años que asisten a un centro de rehabilitación integral en la ciudad de Salta Capital en el año 2021?

El objetivo general es:

Analizar las características de la respiración y el habla según tipo de disgnacias de maxilar en niños de 4 y 5 años que asisten a un centro de rehabilitación integral en la ciudad de Salta Capital en el año 2021.

⁵ Las funciones orofaciales refieren al conjunto de órganos encargado de las funciones fisiológicas de respiración, succión, deglución, habla y fonación, incluyendo todas las expresiones faciales como son los movimientos linguales y laiales.

⁶ Problemas orales o sistémicos, significa que afectan el cuerpo entero en lugar de una sola parte o un solo órgano. Ya que estas tienen un impacto en la salud bucal, las enfermedades periodontales son las más relacionadas con estas implicancias sistémicas.

⁷ Se debe entender por disgnacias, como la pérdida morfo funcional del equilibrio estético del órgano bucal, por lo tanto se aplica no solo a las irregularidades de posición de las piezas dentarias y de la oclusión sino también a las alteraciones de forma del macizo cráneo facial, ATM, músculos.

Los objetivos específicos son:

- Identificar las características que presenta el tipo y modo respiratorio en los niños entre 4 y 5 años.
- Examinar las características del tipo y modo respiratorio en los niños.
- Indagar las características fono articulatorias que posee los niños en relación al habla.
- Caracterizar los tipos de disgnacias que presentan los niños.



ESTADO DE
CUESTIÓN

Todas las funciones que se realizan en la cavidad oral respiración, succión, deglución, masticación y fonación, estimulan el crecimiento y desarrollo del tercio inferior de la cara.

Por ello, el tipo de lactancia, así como los hábitos orales disfuncionales, pueden influir sobre la morfología definitiva de los maxilares y de la oclusión dentaria dando paso a las disfunciones orofaciales y por ende alteraciones en el desarrollo del lenguaje, en la articulación y en la correcta pronunciación (Mendoza, 2010).⁸

El desarrollo de la alimentación y la deglución implican una serie sumamente compleja de interacciones que se inician en los períodos embriológico y fetal, continúan hasta la primera infancia y la niñez (Durán, 2012).⁹

La respiración oral se define como la respiración que el individuo efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz, generalmente se utilizan ambas vías, es decir, la bucal y la nasal, llamada también respiración mixta. En proporción es dos por uno en respiración tranquila, sin esfuerzo añadido, los lactantes tienen una respiración más diafragmática, se vuelve torácica abdominal entre 2 y 3 años y más torácica a partir de los 4 a 5 años.

La sintomatología más común de los pacientes que respiran por la boca se refieren a falta de aire o insuficiencia respiratoria, cansancio rápido al realizar actividades físicas, dolor en los músculos del cuello, disminuye el sentido del olfato y del gusto, halitosis, boca seca, dormir mal y roncar, somnolencia durante el día, ojeras, escupir al hablar (Chauca-Saavedra, 2018)¹⁰.

Los músculos intercostales en los niños en general están poco desarrollados, por lo tanto, se fatigan fácilmente cuando hay una sobre estimulación o se presenta alguna patología donde requerirán mayor esfuerzo del aparato respiratorio, en los infantes predomina la respiración de tipo abdominal, con base en los movimientos diafragmáticos,

⁸ Los malos hábitos orales hacen referencia al uso prolongado del chupete mas allá de los 18 mese, la succión del dedo, la respiración oral en lugar de nasal, todos estos como mecanismos para controlar la ansiedad.

⁹ El periodo embriológico, es la etapa en la que ocurre la formación de todos los aparatos y sistemas del embrión.

¹⁰ La respiración bucal es un hábito incorrecto de ingresar el aire por la cavidad bucal en vez de que ingrese por las fosas nasales.

hacia los dos años la respiración se torna torácico abdominal y finalmente a los 5 años se considera torácica (Asenjoa et al., 2017)¹¹.

Se considera que los malos patrones respiratorios se manifiestan como un conjunto de signos y síntomas, como resultado de una alteración patológica nasorrespiratorio, este síndrome no constituye una enfermedad en sí misma (Mora et al., 2015)¹².

Cuando las anomalías respiratorias persisten hasta los 5 o 6 años, se encuentran arcadas dentarias estrechas y con falta de espacio al momento del recambio dentario, por lo cual la respiración bucal tiene un efecto adverso, afectando la salud en general, para medir de manera sencilla la permeabilidad nasal de forma cualitativa y cuantitativa durante la inspiración se aplica la prueba de permeabilidad nasal de Glatzel, la cual consiste en colocarle un espejo bajo las narinas del niño, pedirle que inspire y espire, el espejo se empañara simétricamente en caso de que la vía aérea superior este despejada, en caso contrario la curva de permeabilidad será asimétrica dando a entender una posible obstrucción nasal (Casaran et al.,2020)¹³.

Las insuficiencias respiratorias son el principal factor que determinan la postura de los maxilares y la lengua, por esta razón un patrón respiratorio alterado como la respiración bucal puede modificar la postura normal de la cabeza, los maxilares, la lengua, alterando el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y dientes afectando su normal crecimiento y posición.

Se establece que un mal hábito es una acción repetida constante que luego se produce de manera involuntaria, estableciendo a la respiración bucal como un hábito dañino que desde edades tempranas produce alteraciones en las estructuras (Lugo & Toyo, 2011)¹⁴.

¹¹ El sistema respiratorio del niño tiene características especiales, diferentes a la del adulto, paredes de la tráquea más elásticas, laringe alta, conductos nasales estrechos, mayor irritabilidad de las vías aéreas superiores.

¹² Podría considerarse una interacción de varias alteraciones que provocan la dificultad respiratoria.

¹³ La permeabilidad de la nariz hace referencia a la capacidad que tiene el aire para pasar por fosas nasales y cornetes estas últimas son estructuras carnosas alargadas situadas en las paredes laterales de las fosas nasales.

¹⁴ Por ejemplo, ronquidos durante la noche, apneas de sueño, irritabilidad y cansancio, entre otras.

Un cambio de patrón respiratorio nasal a oral induce a adaptaciones funcionales que incluyen un aumento en la altura de la cara anterior y el desarrollo vertical de las diferentes estructuras cráneo-maxilo-faciales.

El cambio en el modo de respiración está asociado con una retrusión maxilomandibular en relación a la base craneal (Malhotra et al., 2012: 27-31)¹⁵.

Aunque la mayoría de estos pacientes pueden respirar por la nariz o la boca, cuando la respiración por la cavidad oral se torna crónica, empiezan a existir cambios tanto a nivel de oclusión como a nivel facial, se presenta de esta manera el llamado síndrome de la cara larga, por la posición siempre abierta de la mandíbula, para permitir el paso del aire (García, 2007)¹⁶.

La respiración disfuncional puede ser diagnosticada por varias causas o factores como puede ser una obstrucción, un hábito dañino o un problema anatómico, desencadenando consecuencias visibles en cavidad oral (Podadera & Flores, 2013)¹⁷.

El siguiente cuadro explica las causas etiológicas de la obstrucción respiratoria en vía aérea superior.

Cuadro 1: Clasificación etiológica de la obstrucción respiratoria de la vía aérea superior

PATOLOGIA	CAUSAS	MANIFESTACIONES O SINTOMATOLOGICAS	
HIPERTROFIA ADENOTISULAR	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infecciosas ✓ Hipertróficas 	Hiperplasia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inmunológica. ✓ Infecciosa. ✓ Idiopática benigna.
RINITIS ALERGICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inflamación de la mucosa nasal por causa de alergia y participación de IgE. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Congestión - Picazón nasal. ✓ Rinorrea - Estornudos. ✓ Insuficiencia respiratoria nasal. 	

¹⁵ La retrusión maxilar hace referencia, a un desplazamiento del maxilar asociado generalmente a re proposición de la parte media de la cara, base de la nariz y labio superior. A la posición de retrusión de la mandíbula debido a su falta de desarrollo, se la denomina retrusión mandibular.

¹⁶Un mal hábito respiratorio, por lo general trae como consecuencia características de facies adenoideas, cara alargada, ojos caídos, ojeras, nariz estrecha, narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido.

¹⁷ Cavidad oral o bucal, se refiere a la boca que consta de los labios, el revestimiento interno de las mejillas y los labios, las dos terceras partes delanteras de la lengua, las encías superiores e inferiores, el piso de la boca, el paladar duro, hace referencia al techo de la boca y el espacio pequeño detrás de las muelas del juicio.

HIPERTROFIA TURBINAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Combinación de rinitis alérgicas inflamación permanente de los cornetes inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obstrucción nasal continúa. ✓ Resfríos recurrentes.
DESVIACION DEL SEPTUM NASAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Afecciones congénitas. ✓ Traumatismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefaleas. ✓ Cuadros crónicos infecciosos. ✓ Anosmia. ✓ Obstrucción nasal uni y bilateral.
RINITIS VASOMOTORAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relacionada con agentes físicos como el calor y el frío. ✓ Ingurgitación vascular. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tos. ✓ Fiebre de baja intensidad. ✓ Congestión nasal. ✓ Rinorrea. ✓ Estornudos.
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pólipos ✓ Procesos tumorales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se dan por lo general a nivel del tronco aéreo superior. ✓ Dificultad respiratoria. ✓ Tos. ✓ Tos con sangre, hemoptisis. ✓ Sibilancias u otros ruidos anómalos. ✓ También pueden aparecer dificultades para tragar. ✓ Afonía.

Fuente: Adaptado de Aragundi (2017)¹⁸

Wilf, & Fridman (2014)¹⁹ expresan que la respiración favorece el oxígeno a los tejidos y retirar de ellos el dióxido de carbono producto de la actividad metabólica celular. La ventilación pulmonar, consistente en la entrada y salida de aire entre la atmósfera y los alvéolos pulmonares, es la primera etapa de la respiración. Cuando se presentan dificultades para respirar por la nariz, ésta se podría sustituir por respiración bucal, aunque existen personas que respiran por la boca sin causa aparente que lo provoque.

Por lo general esta sustitución se debe a obstrucciones de la vía aérea superior o la flacidez de la musculatura peri oral.

¹⁸ Etiológicamente la respiración bucal puede ser diagnosticada por varias causas y factores desencadenando consecuencias visibles en la cavidad oral.

¹⁹ Los alveolos pulmonares son bolsas diminutas llenas de aire en los extremos de los bronquiolos.

Wilf & Frydman (2014)²⁰ enuncia que la vía aérea superior regula las actividades del organismo, alternando las funciones ventilatorias, digestivas y fonatorias, además de ser esta estructura la que contiene los receptores de la respiración. Cuando el aire ingresa por la nariz, el mismo se calienta, humidifica y filtra, impidiendo de esta manera que se irrite la mucosa faríngea.

Cuadro 2: características y diferencias funcionales de la respiración nasal y bucal

	RESPIRADOR NASAL	RESPIRADOR BUCAL
FILTRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Filtrado por brizas. Labios cerrados, establecen el equilibrio de la musculatura oro facial y masticatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> Sin filtro. Descenso de la mandíbula e hipotonía de la musculatura masticatoria.
CONTAMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Estéril por enzimas lisozimas. 	<ul style="list-style-type: none"> Con micro organismos
HUMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> Humidificado por el vapor de agua 	<ul style="list-style-type: none"> Seco.
TEMPERATURA	<ul style="list-style-type: none"> Temperatura corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> Frio.
FLUJO DE AIRE	<ul style="list-style-type: none"> 500 cc. Por inspiración nasal, que estimula los procesos de re absorción ósea y de crecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Mayor probabilidad de infecciones. Inspiración a través de la cavidad oral con adaptación postural de la lengua.
RIESGO	Menor probabilidad de infecciones	Mayor probabilidad de infecciones.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> Buen intercambio gaseoso de los alveolos. Lengua en posición correcta. El paladar facilita el crecimiento transversal del mismo y posibilita una adecuada deglución. 	<ul style="list-style-type: none"> Intercambio gaseoso deficiente. Dificultades para ejecutar una correcta deglución. E hipotonía del musculo orbicular.
OXIGENACIÓN SANGUÍNEA	Más oxígeno.	Más dióxido de carbono.

Fuente: Adaptado de Boeiro (2017)²¹

²⁰ Se entiende por receptores de respiración a aquellos grupos musculares que intervienen en la respiración como los órganos tendinosos de Golgi y los huesos neuromusculares.

²¹Las vías aéreas nasales calientan y humedecen el aire que se respira, las vellosidades que cubren los conductos nasales constituyen la primera línea de defensa contra patógenos como

Entenderemos en el presente trabajo que: “El mal hábito respiratorio corresponde a aquellas personas que presentan factores obstructivos, que se mantuvieron a lo largo del tiempo a pesar de haber desaparecido la causa de obstrucción inicial” (Bianchinil et al., 2007)²². Usaremos como definición de hábito: como la costumbre o práctica repetitiva adquirida por la repetición sucesiva de un mismo acto. Este, en un principio es inconsciente como la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución, comprendidos como actos fisiológicos inconscientes, también están los no fisiológicos como la succión digital, respiración bucal, y deglución atípica (Medina et al., 2013)²³.

Las alteraciones posturales se presentan en aquellos pacientes que presentan hiperlaxitud ligamentosa, caracterizadas por su capacidad de flexionar sus articulaciones, con frecuencia presentan dificultades de pie plano, alteraciones en la posición de la columna, rodilla, mandíbula inferior que tiende a caer, por lo que la persona tiende a abrir la boca favoreciendo la respiración bucal (Andrade, 2015)²⁴.

Otro punto de vista que se ha descrito en los pacientes respiradores bucales, es que tienden a tener labios medio abiertos, secos, agrietados, un labio anteriorizado, músculos débiles del elevador de la mandíbula, paladar estrecho, alteraciones en las piezas dentarias, crecimiento facial alterado (Bianchinil et al., 2007)²⁵.

En cuanto a los falsos respiradores bucales son pacientes que tienen la boca abierta, pero respiran por la nariz, algunos poseen interposición lingual entre las arcadas dentarias, y en otros casos se aprecia la boca abierta con la lengua apoyada en el paladar duro (García et al., 2011: 75-84)²⁶.

Es de suma importancia el rol del fonoaudiólogo tanto para la observación como para la intervención temprana, la identificación oportuna de los diferentes síntomas y signos del respirador bucal, ya que este abordaje inmediato nos permitirá interceptar, corregir y minimizar sus repercusiones crónicas sobre todo en las producciones orales

virus, bacterias, hongos o esporas. La respiración nasal favorece a través de los senos paranasales la circulación de oxígeno por todo el cuerpo.

²²El elemento fundamental de la voz es el aire, por lo tanto, la respiración nasal es fundamental a la hora de mejorar la expresión oral y su articulación.

²³Las adenoides son tejidos linfáticos que se encuentran en la vías respiratorias altas entre la nariz y la parte posterior de la garganta. Éstas al estar inflamadas reciben el nombre de hipertrofia adenoidea, desencadenando en otras patologías como la rinitis y alergias.

²⁴Obstrucción quiere decir que se trata de un cierre o estrechamiento de un conducto o camino que impide o dificulta el paso por él.

²⁵Los músculos que elevan la mandíbula y están destinados a la masticación se denominan, temporal, masetero, pterigoideo interno, pterigoideo externo.

²⁶En ambos casos son niños que permanecen con la boca entre abierta.

que suelen verse afectadas cuando se rompe el equilibrio morfo funcional del órgano resonador, alterando el punto y modo articulatorio de los diversos fonemas tanto vocálicos o consonánticos (Prado, 2020)²⁷.

Flores Yotzi (2019)²⁸ considera a la disgnacias como la pérdida del equilibrio del órgano bucal, es decir que hace referencia a una alteración de crecimiento morfo funcional entre los componentes de la cavidad bucal y el bajo rendimiento muscular que establecen los malos hábitos. Las funciones de succión, deglución y masticación tienen su inicio en la etapa intrauterina, donde se perfeccionan para enfrentar la etapa del nacimiento. Además, existen factores intrínsecos y extrínsecos responsables de la fisiología neonatal normal (Durán, 2012)²⁹.

El sistema estomatognático funciona en conjunto con el organismo en general, no en forma aislada. Para que exista un equilibrio en el mismo, es necesario un buen desarrollo de los maxilares y una posición adecuada de las piezas dentarias.

Si se alterara alguna de estas estructuras o componentes, se pierde el equilibrio necesario provocando un desequilibrio estructural (Cabeza, 2016)³⁰.

La posición de la mandíbula guarda relación directa con la postura de cabeza y hombros. Al igual que la mandíbula, la columna cervical tiene también su propia posición, y alguna alteración en ella puede provocar una dificultad en la respiración bucal. La respiración bucal crónica implica adaptaciones posturales de cabeza y cuello consecuencia del adelantamiento de la cabeza y la posición mandibular deprimida (Villanueva, 2004)³¹.

Los frenillos bucales son bandas de tejidos conectivos fibrosos, formados por tres bandas, epitelio escamoso en la parte externa, tejido conjuntivo con fibras elásticas y tejido blando para la capa intermedia, y finalmente la submucosa con glándulas salivales. Cuando se producen anomalías en el frenillo de labio superior o en el lingual se producen una serie de dificultades estéticas, fonéticas, deglutorias y periodontales.

²⁷ La importancia de intervenir de manera tempranamente en fonoaudiología, radica en la posibilidad de minimizar las consecuencias de deterioro en el desarrollo del niño.

²⁸ Componentes de la cavidad bucal son lengua, mejilla y labios.

²⁹ Las funciones de succión y deglución se realizan desde la semana 16 de gestación con esbozos aislados; a la semana 27 ya hay coordinación perfecta de estos sistemas

³⁰ Los órganos y componentes que intervienen en el sistema estomatognático son, posición de la cabeza, mandíbula, hueso hioides, articulaciones temporomandibulares, región infra hioidea, vías aéreas y huella plantar.

³¹ Estos son trastornos de las articulaciones y de los músculos temporomandibulares, que con frecuencia son llamados trastornos de la articulación temporomandibular. Estas afecciones causan dolor y disfunción de dicha articulación y músculos que controlan el movimiento mandibular.

La lengua es un órgano activo de gran determinación en las funciones anteriormente nombradas cumpliendo un rol fundamental en el desarrollo social. El frenillo lingual corto asociado a algunas alteraciones funcionales del músculo geniogloso, lleva la anquiloglosia, la cual interfiere en la dicción, en el crecimiento mandibular, limitación en la ejecución de praxias linguales, deglución y respiración (Carrera, 2021)³².

La persistencia de la respiración bucal altera la biomecánica de la musculatura del sistema estomatognático. Mantener la estática y el equilibrio en niños resulta complicado por la diferencia de tamaño entre la cabeza y el cuerpo. Además en la pre adolescencia y adolescencia son necesarios ajustes posturales para lograr el equilibrio compatible con los cambios en las proporciones corporales y el mayor rango de movimientos (Neiva, 2009)³³.

Los hábitos orales inadecuados ejercen presión sobre las diferentes estructuras duras y blandas de la cavidad oral, pueden interferir no solo con la posición de los dientes, sino especialmente con el patrón normal de crecimiento esquelético, favoreciendo a problemas ortopédicos y ortodónticos (Grippudo et al., 2016: 386-394)³⁴. En el caso de cambios bucales, se encuentran sintomatologías como mordida cruzada posterior, uni o bilateral, acompañada de una moderada mordida anterior; compresión maxilar superior acompañada de un protrusión de la arcada superior e inclinación antero superior del plano palatino, posición baja de la lengua con avance anterior e interposición de la lengua entre los incisivos; mordida cruzada funcional unilateral por avance mesial de los cóndilos; depresión mandibular que radiográficamente se manifiesta por una rotación posterior y aumento de la hiper divergencia.; protrusión incisiva por falta de presión labial; inflamación gingival (Simoes, 2015)³⁵.

Con respecto de la rotación posterior de la mandíbula, la misma conduce a la separación de los dientes superiores e inferiores, a que los molares ya no puedan estar en contacto dando lugar a una mordida abierta anterior (Esteller et al., 2011: pag, 132-

³² Los frenillos bucales, son grupos de tejidos musculares, donde se reconocen tres, el frenillo de labio superior, el del labio inferior y lingual. Éstos en condiciones normales no provocan patologías, pero cuando están alterados en sus estructuras, se manifiestan dificultades clínicas, ortodónticas, protésicas, fonéticas, respiratorias, deglutorias y de desarrollo maxilofacial.

³³ La continuidad de un mal hábito respiratorio modifica las estructuras óseas musculares y orgánicas.

³⁴ Los problemas ortodónticos son aquellos que presenten maloclusión de los dientes. Esto puede impedir una masticación adecuada, la correcta limpieza de los dientes, como consecuencias negativas para la salud dental.

³⁵ La protrusión del maxilar inferior ocurre cuando los dientes no están alineados de manera apropiada debido a la forma de los huesos de la cara.

139)³⁶. Por último, la obstrucción nasal respiratoria, acompañada de respiración bucal durante los periodos de crecimiento en niños, presenta una tendencia mayor a la rotación de la mandíbula en el desarrollo primario (Doron et al., 2010)³⁷.

La alimentación con biberón y los hábitos de succión no nutritiva favorecen al desarrollo de las maloclusiones involucrando diferente participación de complejos musculares craneofaciales que son utilizados cuando el niño ejerce acción de amamantamiento, principalmente las fuerzas que ejerce la lengua contra el paladar duro y blando, causando cambios en el desarrollo armónico de las arcadas dentarias (Mendoza, 2010).³⁸

La succión digital es el hábito bucal deformante más frecuente en el niño, capaz de producir grandes anomalías dentales, maxilares y faciales, alteraciones en la función masticatoria, en la psiquis y del estado de salud general. Es uno de los hábitos que más interesa, por la frecuencia con que se presenta, por las deformaciones que produce y por la implicación psíquica que de ellos se deriva. La succión del pulgar es la forma más común, aunque se pueden encontrar casos de succión de otros dedos y en una variada gama de posiciones (Pérez Acosta et al., 2013)³⁹.

El habla es un proceso complejo que involucra estructuras del sistema nervioso central y periféricas como el área de Broca, corteza motora primaria y suplementaria, tracto piramidal, núcleos extra piramidales, subcorticales, tronco encefálico, cerebelo y nervios craneales y también el sistema fono articulatorio de naturaleza neuromuscular, siendo sus funciones actoras importantes (Campos et al., 2011).⁴⁰

Los órganos articulatorios involucrados en el proceso pueden ser pasivos: paladar duro, alveolos dentales, dientes y cavidades nasales, o activos, como la lengua, labios, paladar blando y cuerdas vocales (Campos et al., 2011)⁴¹.

Esta función engloba la articulación, que es la producción de sonidos realizados por los órganos articulares, fluidez, que se refiere a la velocidad del flujo, resonancia, que

³⁶ Esta rotación hace que se dé un desequilibrio de fuerzas provocando un colapso maxilar, paladar estrecho y profundo, mal oclusión y mordida cruzada posterior.

³⁷ Aumento desproporcionado de la altura de la cara vertical inferior y anterior y una disminución de la altura facial posterior.

³⁸ El uso excesivo de biberón propicia a través de su fuerza lingual alteraciones maxilofaciales.

³⁹ La succión digital hace referencia al mal hábito que consiste en introducir por lo general el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.

⁴⁰ El área de Broca es una sección del cerebro humano involucrada en la producción del lenguaje.

⁴¹ Los órganos articulatorios pasivos son componentes necesarios para la fonética, junto con otras estructuras producen el proceso del habla.

es la función de equilibrio, cuyo flujo de aire entra por la nariz y la boca, y se produce a través de la vibración de los pliegues vocales y prosodia, que corresponde a la acentuación y entonación de las palabras (Machado, 2009)⁴².

El habla se divide a su vez en dos áreas, la fonología, encargada de la adquisición de sonidos, y fonética, que analiza la articulación de los sonidos. Aquí las estructuras estomatognáticas u orofaciales son importantes en la articulación de las consonantes debido al cambio en el flujo de aire que provocan (Costa et al., 2011)⁴³.

Según Martinelli (2011)⁴⁴ en su estudio, las distorsiones fonémicas establecen una relación paralela con el desequilibrio de la función de la lengua que interfiere con la producción de los sonidos fricativos de la lengua y el paladar.

Dentro de los regionalismos son muy comunes los rasgos fonéticos en el norte argentino, ya que denotan cierta inconsistencia en cuanto a la pronunciación del fonema /S/ a final de sílabas y en cuanto a la articulación del fonema /R/, este último se omite o se pronuncia como vibrante múltiple “arrastrada”, entendiéndose estos conceptos como regionalismos, por tal motivo lleva mas tiempo en su incorporación al habla articulada (Marte, Ervik)⁴⁵.

La oralidad durante la infancia es uno de los principales logros comunicacionales que llega a desarrollar el niño, y perdurará toda su vida, permitiéndole descubrir el mundo que lo rodea. Siendo un medidor clave de su interacción social y del aprendizaje, el lenguaje pasará a ser el componente central en la simbolización de la realidad, en la construcción de saberes, de experiencias, realidades y discursos (Gómez, 2011)⁴⁶.

El origen del habla se genera de forma inicial en la conciencia, a través de la percepción, atravesando procesos de análisis y síntesis para cada uno de los elementos de la oración, determinando así el valor significativo y el punto de partida para la

⁴² Se necesita de un equilibrio de diferentes funciones y órganos para la producción de la voz, habla y lenguaje.

⁴³ Para la pronunciación de las consonantes es necesaria una buena articulación de los sonidos, debido al flujo de aire que se necesita y de los resonadores vocales.

⁴⁴ Para un buen funcionamiento articulario en relación a la fonetización, se necesita de un equilibrio entre la lengua y el paladar.

⁴⁵ Los regionalismos hacen referencia a los diferentes giros o connotaciones que adquieren los vocablos, según los lugares o regiones en los que se habla; bien sea por el sistema geográfico, cultural o estrato social de la población.

⁴⁶ La oralidad es un sistema simbólico de expresión, acto dirigido por una persona a otra u otras, siendo la característica más significativa de la especie humana.

Estado de cuestión secuenciación de las palabras. Una imagen creada se correlaciona con el significado, permitiendo la creación y ordenación de las palabras (Cueto et al., 2015)⁴⁷.

La manera de articular es la elaboración de todas las consonantes, teniendo como prioridad el poder inspirar y espirar correctamente. Cuando no se da esta condición se produce un bloqueo originando las consonantes oclusivas como /P/, /T/, /K/, cuando sucede lo contrario, el aire presiona la garganta teniendo una fricción pudiendo producir las consonantes /F/, /S/. En este caso los órganos activos son la lengua, paladar blando, labios y los pasivos, paladar duro dientes (Bigot, 2010)⁴⁸.

La fluidez y la articulación refieren a la manera en que se producen los sonidos. La voz, es aquella que hace uso de la respiración y de las cuerdas vocales para producir el sonido, y la fluidez se refiere al ritmo del habla (ASHA, 2016)⁴⁹.

Para que se produzca el sonido deben estar presentes dos factores importantes, la respiración y la fonación. El primer componente respiratorio permite el fuelle de aire necesario para la producción del sonido y la fonación permite la emisión y articulación del sonido.

Cuadro 3: Periodos funcionales bucofaríngeos

	Cavidades infra glóticas	Función lingüística
PERIODO RESPIRATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pulmones ➤ Bronquios ➤ Tráquea 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expulsar el aire inspirado ➤ Producción de los sonidos dado por sus dos fases, inspiratorias y espiratorias
	Cavidad glótica o faríngea	

⁴⁷ El habla es la capacidad del ser humano que a través del lenguaje le sirve al cerebro para sentar las bases del pensamiento simbólico.

⁴⁸ Una consonante oclusiva se refiere a un tipo de sonido consonántico producido por una detención del flujo de aire, dado por el cierre de los órganos articulatorios durante la emisión.

⁴⁹ La fluidez es el proceso que permite la suavidad, el ritmo, dado por el flujo continuo, sin pausas ni repeticiones, con la que los sonidos y palabras o frases se unen en el lenguaje.

Estado de cuestión		
PERIODO FONATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Laringe ➤ Cuerdas vocales ➤ Membranas mucosas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Producción del sonido, sordo cuando este es producido por el paso del aire en las cuerdas vocales abiertas, y sonoro, cuando están cerradas las cuerdas vocales y vibran
PERIODO ARTICULATORIO	Cavidad supra glótica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayuda a determinar si un sonido es nasal u oral ➤ Interviene en la fonación modificando la corriente del cierre pulmonar ➤ Amplificador o atenuador de las frecuencias.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Labios ➤ Dientes ➤ Alveolos ➤ Paladar ➤ Velo del paladar ➤ Úvula ➤ Lengua 	

Fuente: Adaptado de Morales Maza (2019)⁵⁰

Es siempre importante resaltar la importancia de conocer el contexto, el entorno, así como las características de todo lo que rodea a la persona que presenta variedad lingüística, bien puede estar manifestada por una patología, o por el entorno en el que se desenvuelve y vive. Teniendo en cuenta todo ello, se debe encarar el tratamiento rehabilitador lingüístico, con una atención integral, desde el punto de vista más adecuado y enfocado a la realidad personal e individual que viva dicho sujeto (Castro, 1998)⁵¹.

El habla frente a la lengua como producto social se la define como el componente individual del lenguaje, es un acto de voluntad y de inteligencia, esencialmente un acto individual de selección y de actualización y no una creación pura, de naturaleza eminentemente combinatoria. En cuanto al concepto de habla, es el uso específico que

⁵⁰ Los periodos bucofaringeos vienen a constituir un grupo de órganos y sistemas que trabajan de manera articulada. Si bien cada uno de estos cumple una función específica, cuando actúan de manera conjunta contribuyen a la capacidad del ser humano de poder comunicarse oralmente.

⁵¹ La atención integral es el conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades para preservar la vida y aquellas relaciones con el desarrollo y aprendizaje humano, acorde con sus características, necesidades e intereses.

una persona realiza en situaciones concretas, por lo que es un acto individual, voluntario y de inteligencia (Rodríguez, 2012)⁵².

La dislalia, es indicador de un trastorno en la articulación de los fonemas, dado por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por sustitución de este por otro de forma impropia. Se trata de una incapacidad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas (Moreno & Ramírez, 2012)⁵³.

La alteración de las emisiones vocálicas y consonánticas causadas por un inadecuado funcionamiento de los órganos fonoarticulatorios, puede ser originada por una evolución anormal en su desarrollo, forma o posición, debido a diferentes factores etiológicos. La presencia de hábitos orales deformantes, se relaciona directamente con las dislalias y los más frecuentes son, succión de labio superior e inferior, succión de chupete, succión digital, respiración oral, rinolalia, dificultades masticatorias, deglución atípica (Noh et al., 2012)⁵⁴.

Dentro de esta patología se pueden encontrar tres tipos de errores en las emisiones de los diferentes sonidos, los cuales pueden ser sustitución, omisión y distorsión. La sustitución se caracteriza por un error articulatorio, en el que un sonido es reemplazado por otro y que puede darse al principio, en medio o al final de la palabra. La omisión es la dificultad que presenta el niño para pronunciar un fonema. La distorsión es aquella que se da de forma incorrecta o deformada, por lo general se presenta por una incorrecta posición de los órganos de la articulación, a la forma de salida del aire, o a la vibración de las cuerdas vocales (Saa y Castro, 2016).⁵⁵

En relación a la dislalia evolutiva, se presenta por alteración articulatoria y se manifiesta en edades de 3 a 4 años, es propia del desarrollo evolutivo de los niños, tiene un carácter fisiológico y forma parte del aprendizaje normal del lenguaje. La dislalia audiógena se manifiesta debido a la falta de una buena audición, si ésta es parcial como la hipoacusia, antes o después de establecido el lenguaje, pueden aparecer trastornos en la articulación, ya que una hipoacusia dificulta el reconocimiento y la reproducción de sonidos con similitud fonética. En el caso de la dislalia orgánica, es un trastorno de la

⁵² El habla es la expresión verbal de la lengua, se podría decir que es algo más que la voz articulada, es la expresión a través de la voz.

⁵³ Se refiere al término fonema, a la mínima articulación de un sonido vocálico o consonántico.

⁵⁴ Toda alteración en los órganos fonoarticulatorios, tiende a desencadenar un mal patrón fonatorio, normalmente denominado dislalia.

⁵⁵ La omisión se manifiesta cuando algún sonido requerido no es pronunciado, hay ausencia de un fonema dentro de la estructura de la palabra.

Estado de cuestión articulación originado por malformaciones anatómicas. Las dislalias funcionales son un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje que se debe a una función anómala de los órganos periféricos sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas en el niño, con una incapacidad de tipo funcional (Moyaho et al., 2014)⁵⁶.

Los trastornos del habla y articulación, se refieren a las dificultades persistentes en la producción del habla. Estas se manifiestan en la ausencia de algunos sonidos en el repertorio fonético del niño y en algunos grados de incapacidad para organizar adecuadamente las secuencias de los diversos sonidos que conforman las palabras, sustituyendo uno por otros, asimilando unos a los inmediatos, intercambiando el lugar de dos sonidos en la secuencia, invirtiendo el orden, entre otros (Agudo, 2013)⁵⁷.

Habitualmente, estos errores en la secuenciación de los diferentes sonidos son observados en niños de poca edad, muchas de estas dificultades en el proceso de planificación son normales en la evolución del habla y persisten mas allá de lo que es típico (Agudo, 2013)⁵⁸.

⁵⁶ Los órganos articulatorios estas conformados por los labios, dientes, paladar, velo del paladar, mandíbula, que son los encargados de moldear el sonido transformando a éste en el habla.

⁵⁷ El repertorio fonético, hace referencia a las clases de sonidos y de la estructura silábica, la cual depende del repertorio ligústico con el que se cuenta, de los procesos registrados y de los contrastes que una persona utiliza. De esta forma el niño adquiere nuevas formas de sonidos teniendo en cuenta su estado de madurez.

⁵⁸ Se entiende como semántica, al estudio del significado de cualquier signo humano, incluidas las palabras. Y la sintaxis es la descripción de las funciones sintácticas de las palabras, cuando se combinan en una oración o en el texto, es decir la morfosintaxis.



MATERIALES Y MÉTODOS

Teniendo en cuenta los aportes de Yuni y Urbano (2006) en relación a los objetivos propuestos (2006) se planteó un estudio de tipo descriptivo, dado que se buscó analizar las características de la respiración y el habla según tipo de disgnacias de maxilar en niños de 4 y 5 años que asistieron a un centro de rehabilitación integral en la ciudad de Salta Capital en el año 2021.

Según la temporalidad, puede definirse como un estudio transversal por que la recolección de datos se hizo en un momento determinado y no a lo largo de diferentes momentos. (Hernández Sampieri, 2014).

Considerando su tipo de fuente, puede clasificarse como una investigación de fuentes primarias, ya que la recopilación de datos se realizó a partir de la información que brindaron de manera directa los niños que asistieron a un centro de rehabilitación integral en la ciudad de Salta Capital en el año 2021. Al profundizar en las características del modo y tipo de respiración de 6 niños, con edades comprendidas entre 4 y 5 años, que asistieron a un centro de rehabilitación integral en la ciudad de Salta Capital en el año 2021, se considera un estudio de caso.

Los estudios de caso se definen como estudios que al utilizar los procesos de investigación cualitativa, cuantitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría (Hernández – Sampieri y Mendoza, (2014).

Las variables que se estudiaron son:

- Tipo respiratorio.
- Modo respiratorio.
- Características fono articulatorias del habla.
- Tipos de disgnacias.

Consentimiento Informado

La siguiente investigación, denominada características de la respiración y el lenguaje oral según tipo de disgnacias de maxilar es llevada a cabo por el estudiante de la Licenciatura en Fonoaudiología de la Universidad FASTA Mar del Plata – Argentina. La misma tiene como objetivo indagar las características de la respiración y el lenguaje oral según tipo de disgnacias de maxilar en niños de 4 y 5 años a lo largo de 10 sesiones de modo presencial. Teniendo en cuenta la situación sanitaria por la que se transita a nivel mundial “Covid -19”, se proporcionaran los recaudos necesarios tanto profesional como paciente en relación a las medidas de seguridad e higiene dentro del consultorio.

A través de este medio doy mi consentimiento para que todo el material de la historia clínica, imágenes y cualquier otro tipo de información acerca del paciente mencionado a continuación, sea publicado en una revista médica o congreso médico que los autores consideren pertinentes con fines científicos y docentes. Siendo extensivo el mismo consentimiento para la toma de fotografías. El término “imagen” incluye video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes.

Usted ha sido seleccionado/a, dado que tiene un hijo/a con dichas patologías las cuales son tratadas para mejorar su condición de salud y desarrollo integral en general. Los datos que usted brinde para contribuir y aumentar el conocimiento existente sobre estas sintomatologías se le asegura el secreto estadístico de los datos que usted proporcione.

A través de este medio manifiesto a la persona o institución correspondiente que he entendido y aprobado lo mencionado con anterioridad.

Nombre y Apellido del padre:.....

D.N.I:.....

Nombre y apellido de la madre:.....

D.N.I:.....

Fecha:.....

Firma y sello del profesional a cargo de la
investigación:.....

.....

.....



RESULTADOS

Se llevó a cabo la observación de manera individual con una duración de 45 min, durante 10 sesiones durante 2021. Los datos obtenidos se registraron en una matriz de datos.

A continuación, se presentan las categorías analíticas construidas en relación a las respuestas obtenidas de los niños, a través de la observación.

VARIABLES	SUB CATEGORIAS
<p>TIPO RESPIRATORIO MODO RESPIRATORIO</p>	<p>Características funcionales de la tonicidad labial. Elasticidad de los frenillos bucales. Características anatómicas del tercio medio facial. Permeabilidad nasal. Praxias orofaciales.</p>
<p>CARACTERISTICAS FONOARTICULATORIAS DEL HABLA.</p>	<p>Sonidos vocálicos alterados. Sonidos consonánticos alterados. Sinfones alterados. Emisión de frases cortas por imitación. Lenguaje espontaneo.</p>
<p>TIPOS DE DISGNACIAS DE MAXILAR</p>	<p>Tipos de paladar. Clases de oclusión. Tipos de deglución. Tipos de mordidas.</p>

En relación al modo respiratorio, la mitad de los niños cuenta con una respiración mixta, mientras que 2 de ellos manifiestan ser respiradores bucales, y 1 solo, nasal.

En relación al tipo respiratorio, de los 6 niños, 4 presentan un tipo respiratorio torácico, mientras que el resto, clavicular.

Tabla N°1 Características de tipo y modo respiratorio

	MODO RESPIRATORIO			TIPO RESPIRATORIO		
	BUCAL	NASAL	MIXTO	DIAFRAGMÁTICO O ABDOMINAL	TORÁCICA	CLAVICULAR
UA 1						
UA 2						
UA 3						
UA 4						
UA 5						
UA 6						

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Con respecto a la tonicidad labial, se puede expresar que, de los 6 niños en observación, 3 niños presentan hipertonía de labio superior, mientras que 2 de ellos manifiestan tener un tonismo labial superior normal, y 1 solo hipotónico.

Con respecto a la tonicidad del labio inferior, la mitad de la muestra presentan hipotonismo de labio inferior, mientras que 2 de ellos son hipertónicos, mientras que 1 solo presenta tenerlo normal.

Tabla N°2 Características funcionales de la tonicidad labial

	TONISMO LABIAL SUPERIOR			TONISMO LABIAL INFERIOR		
	NORMAL	HIPOTÓNICO	HIPERTÓNICO	NORMAL	HIPOTÓNICO	HIPERTÓNICO
UA 1						

UA 2						
UA 3						
UA 4						
UA 5						
UA 6						

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Continuando con la descripción de la elasticidad de los frenillos bucales, de los 6 niños observados, 4 de ellos presentan frenillo de labio superior corto, mientras que 2, normal. En cuanto al labio inferior, 5 niños presentan labio inferior corto, y el otro, normal.

Y por último en relación al frenillo bucal lingual, la mitad lo presenta corto, mientras que, los otros 3 niños, normales.

Todas estas características obtenidas de los diversos frenillos, son indicadores y predisponentes para el establecimiento de malos hábitos, como dificultades en el modo respiratorio, tonicidad muscular débil, escasa ventilación de las vías aéreas superiores, alteraciones en la dicción, deglución atípica entre otros.

Tabla N°3 Elasticidad de elementos bucales

	ELASTICIDAD DE LOS FRENILLOS BUCALES					
	LABIO SUPERIOR		LABIO INFERIOR		LINGUAL	
	CORTO	NORMAL	CORTO	NORMAL	CORTO	NORMAL
UA1						
UA 2						
UA 3						
UA 4						
UA 5						
UA 6						

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Según las características anatómicas del tercio medio facial observadas en los 6 niños, 5 de ellos no presentan desviación de tabique nasal, mientras que 1 sí. Esto evidenciaría que no habría predisposición a una insuficiencia respiratoria nasal en los casos de estudio.

Tabla N°4 Características anatómicas del tercio medio facial

	DESVIACIÓN DE TABIQUE NASAL	
	SI	NO
UA1		
UA 2		
UA 3		
UA 4		
UA 5		
UA 6		

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

A los niños se les aplicó la prueba de permeabilidad nasal de Glatzel, 4 de ellos presentan insuficiencia respiratoria de las vías aéreas superiores debido a desviación de tabique, procesos alérgicos estacionales, rinitis, adenoides, mientras que el resto no, estos datos se recabaron en la anamnesis.

Tabla N°5 Prueba de ventilación de vía aérea superior

	PERMEABILIDAD PRUEBA DE GLATZEL	
	NORMAL	ANORMAL
UA 1		
UA 2		
UA 3		
UN 4		
UA 5		
UA 6		

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Se infiere que de 6 niños observados, 5 de ellos presentan dificultades en la ejecución de praxias orofaciales linguales y labiales por imitación frente al espejo.

Tabla N°6 Ejecución de praxias orofaciales linguales y labiales por imitación

	EJECUCIÓN DE PRAXIAS OROFACIALES			
	LINGUALES		LABIALES	
	C/DIFICULTAD	S/DIFICULTAD	C/DIFICULTAD	S/DIFICULTAD
UA 1				
UA 2				
UA 3				
UA 4				
UA 5				
UA 6				

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Dentro del análisis fonético de los sonidos del habla, se observa que de los 6 niños observados 4 no presentan dificultades en la pronunciación de los sonidos vocálicos, mientras que 2 de ellos presentan alteración en el fonema /A/, /O/ y /U/.

Tabla N°7 Análisis de los sonidos vocálicos del habla

	SONIDOS VOCÁLICOS ALTERADOS									
	A		E		I		O		U	
	CON DIFIC.	SIN DIFIC.	CON DIFIC.	SIN DIFIC.	CON DIFIC.	SIN DIFIC.	CON DIFIC.	SIN DIFIC.	CON DIFIC.	SIN DIFIC.
		.		.						



UA 1										
UA 2										
UA 3										
UA 4										
UA 5										
UA 6										

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

De las seis unidades de análisis observadas en la muestra, solo uno presenta omisiones para la ejecución del fonema /A/, también presentando dificultades en su pronunciación una unidad de análisis en relación a los fonemas /O/ y /U/ por distorsión.

Tabla N°8 Análisis de los sonidos consonánticos del lenguaje oral

SONIDOS CONSONÁNTICOS ALTERADOS												
	C	D	F	G	J	L	N	R	S	M	P	B
UA 1												
UA 2												
UA 3												
UA 4												
UA 5												
UA 6												

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Dando continuidad al análisis de las características que posee el habla en relación a la articulación de los sonidos consonánticos alterados, de los 6 niños observados cuatro de ellos presentan dificultades en las consonantes /P/, /M/, /D/ por omisión y el resto de la muestra presenta una correcta articulación para estos fonemas. A su vez se puede observar que la mitad de la muestra presenta dificultades en la articulación de las consonantes /B/, /N/, /L/ por distorsión y omisión. A su vez, 5 niños presentan dificultades en la producción del fonema /R/ por distorsión y omisión. Dos niños presentan dificultades en la articulación de los fonemas /S/, /G/, /F/. Un niño presenta dificultades fonoarticulatorias en las letras /J/, /C/ por sustitución.

Dentro del análisis de los sinfonos fonéticamente alterados por omisión o distorsión, se advierte que, de los 6 niños observados, 5 niños presentan alteración en el sínfon /DR/; en relación a los sinfonos /BR/, /PR/ 4 niños manifiestan dificultades. Continuando con los sinfonos /FR/, /TR/ la mitad de la muestra manifiesta dificultades, en relación a los sinfonos /CR/ y /GR/, de los 6 niños observados, 2 presentan alteraciones. Se observa que 1 niño presenta alteraciones en la pronunciación en los 7 sinfonos observados.

Tabla N°9 Conciencia fonológica de sinfonos

	SINFONES						
	BR	CR	DR	FR	GR	PR	TR
UA 1							
UA 2							
UA 3							
UA 4							
UA 5							
UA 6							

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Teniendo en cuenta la imitación de frases cortas, 4 de los 6 niños no presentan dificultad, mientras que 2 de ellos manifiestan dificultades articulatorias.

Tabla N°10 Emisión de frases cortas por imitación

	EMISIÓN DE FRASES CORTAS POR IMITACIÓN	
	C/ DIFICULTAD	S/ DIFICULTAD
UA 1		
UA 2		
UA 3		
UA 4		
UA 5		
UA 6		

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Para el lenguaje espontáneo, en una descripción de láminas o relato de cuentos cortos, en el caso 4 niños las actividades fueron realizadas sin dificultad, mientras que 2 niños tienen dificultades en la organización gramatical para una expresión fluida.

Tabla N°11 Características del léxico espontáneo

	LENGUAJE ESPONTÁNEO	
	C/ DIFICULTAD	S/ DIFICULTAD
UA 1		
UA 2		
UA 3		
UA 4		
UA 5		
UA 6		

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Observando las características buco faciales en relación a las disgnacias de maxilar, la mitad de los niños tiene paladar ojival, luego dos niños presentan paladar profundo y solo uno paladar normal.

Tabla N°12 Tipo de paladar

	TIPO DE PALADAR		
	NORMAL	OJIVAL	PROFUNDO
UA 1			
UN 2			
UN 3			
UA 4			
UA 5			
UA 6			

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Según la clase de oclusión sobre los 6 niños observados, se distingue que, se encuentran 3 niños con oclusión normal o Tipo I, 2 niños hacen referencia al Tipo III prognático y un solo niño con oclusión Tipo II.

Tabla N°13 Clasificación de la mal oclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal

	CLASES DE OCLUSION		
	CLASE I	CLASE II	CLASE III
UA 1			
UA 2			
UA 3			
UA 4			
UA 5			
UA 6			

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

De los 6 niños observados, 4 presentan un tipo de deglución con interposición lingual y 2 de ellos, deglución con interposición labial.

Tabla N°14 Tipo de deglución

	TIPO DE DEGLUCIÓN		
	NORMAL	C/ INTERPOSICIÓN LINGUAL	C/INTERPOSICIÓN LABIAL
UA 1			
UA 2			
UA 3			
UA 4			
UA 5			
UA 6			

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Dentro de la observación de las disgnacias, la mitad corresponde a una mordida por apiñamiento de piezas dentarias, 2 niños presentan mordida invertida compleja, prognatismo, y uno, mordida abierta.

Tabla N° 15Tipos de mordidas

	TIPOS DE MORDIDAS					
	UA 1	UA 2	UA 3	UA 4	UA 5	UA 6
NORMAL						
DIASTEMAS						
ABIERTA						
INVERTIDA SIMPLE						
INVERTIDA COMPLEJA						
APIÑAMIENTO						
SOBREMORDIDA ANTERIOR CRUZADA						
PROTUSIÓN						

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación



Cuadro 1: Características de los pacientes

UA 1	<p>Paciente de 5 años, derivado por la odontóloga y el pediatra por presentar rinitis alérgica. Presenta un modo respiratorio mixto y un tipo respiratorio torácico, acompañado de tonismo labial superior normal e hipotonismo en el labio inferior. Manifiesta según la elasticidad de los frenillos bucales, normal para el labio superior y corto tanto para el frenillo labial inferior y el lingual. No se manifiesta desviación de tabique nasal, pero sí bajo nivel de permeabilidad nasal para vías aéreas superiores. Las praxias orofaciales tanto linguales como labiales son ejecutadas con dificultad. En cuanto a la fonética articuladora de los sonidos vocálicos no se manifestaron problemas de su elocución, a diferencia de los sonidos consonánticos, donde presenta alteraciones en los fonemas, /D/, /L/, /N/, /R/ y en los sinfonemas /BR/, /DR/, /FR/, /PR/. La emisión de frases cortas las realiza sin dificultad acompañado de un buen lenguaje espontáneo. Dentro de las características buco faciales cuenta con paladar ojival, oclusión clase I normal, deglución atípica con interposición lingual y mordida abierta.</p>
UA 2	<p>Paciente de 4 años, derivado por la odontóloga por malos hábitos deglutorios y sinusitis. Presenta un modo respiratorio bucal, acompañado de tipo respiratorio torácico, el tonismo labial superior hipertónico y el labio inferior hipotónico. En relación a los frenillos bucales, se manifiestan cortos tanto el de labio superior e inferior, con respecto al frenillo lingual, tiene características normales. No presenta desviación de tabique nasal pero sí insuficiencia en la permeabilidad de vía aérea superior según prueba de Glatzel. Los movimientos de control de praxias orofaciales linguales y labiales son ejecutados con dificultad. Con respecto a los sonidos vocálicos hay dificultades en las vocales /O/, /U/; seguido de alteraciones consonánticas en los fonemas /F/, /G/, /R/, /M/, /P/, /B/, y en las combinaciones sinfónicas /BR/, /CR/, /DR/, /FR/, /GR/, /PR/, /TR/. Las imitaciones de frases cortas son realizadas con dificultad con un escaso léxico expresivo. Según las características buco faciales presenta paladar profundo, oclusión clase III prognático, deglución atípica con interposición lingual y tipo de mordida invertida compleja.</p>
UA 3	<p>Paciente de 5 años, derivado por el pediatra ya que presenta adenoideos. Por características respiratorias funcionales presenta un modo respiratorio bucal con tipo respiratorio clavicular. Para las funcionalidades musculares de los labios, son hipotónicas tanto para labio superior como inferior. Los frenillos bucales son cortos en labio superior e inferior, con frenillo lingual de buenas características elásticas. Presenta en su tercio medio facial desviación de tabique, permeabilidad nasal insuficiente según prueba de Glatzel. Los movimientos linguales y labiales por imitación son realizados con dificultades. Las producciones en relación a las vocales no presentan anomalías, sí en cuanto a los sonidos consonánticos, manifestándose alterados los siguientes: /C/, /G/, /J/, /R/, /S/, /M/, /P/. Las combinaciones sinfónicas también presentan dificultades, /CR/, /GR/, /PR/. Imita frases cortas con normalidad con lenguaje espontáneo acorde a su edad. Las características buco faciales presentan paladar ojival, oclusión clase I normal, deglución atípica con interposición labial con apiñamiento dentario.</p>
UA 4	<p>Paciente de 4 años, derivado por el pediatra. Tiene en relación a las características funcionales modo respiratorio nasal, tipo respiratorio torácico. La tonicidad de los labios superior e inferior es normal. Con respecto a la elasticidad de frenillos bucales se presentan normales para labio superior e inferior con corto movimiento para el frenillo lingual. El tercio medio facial no presenta desviación de tabique nasal con permeabilidad nasal normal. Los movimientos imitativos de lengua presentan</p>



	<p>escaso movimiento, sin embargo, las praxias labiales son normales. Las emisiones vocálicas se articulan sin alteraciones, presenta dificultad en la pronunciación de sonidos consonánticos en, /D/, /L/, /R/, /S/ y en los sífonos, /BR/, /DR/, /TR/. Las estructuras lingüísticas se encuentran dentro de los parámetros normales tanto para imitación de frases cortas como para lenguaje espontáneo. Según características buco faciales se manifiesta un paladar normal, clase oclusal I normal, deglución con interposición lingual, y mordida con apiñamiento.</p>
UA 5	<p>Paciente de 5 años, derivado por el otorrinolaringólogo por rinitis. Como características funcionales tiene un modo respiratorio mixto, tipo respiratorio clavicular, tonismo labial superior e inferior hipertónico. Los elementos bucales presentan elasticidad normal para frenillos de labio superior e inferior y el frenillo lingual corto de bajo estiramiento. En su tercio medio facial no presenta desviación de tabique, pero sí bajo nivel de permeabilidad nasal según prueba de Glatzel. Tiene muy bajo control sobre movimientos imitativos de lengua y de labios. Presenta solo una vocal alterada en su oralidad que es el fonema /A/, seguido de distorsiones en la fonetización de las consonantes, /D/, /F/, /L/, /N/, /R/, /M/, /P/, /B/ y sífonos alterados /BR/, /DR/, /FR/, /PR/. La estructura lingüística para imitación de frases cortas está alterada con dificultades en la imitación al igual que el lenguaje espontáneo. Según displasias de maxilar hay alteración en la característica del paladar ya que el mismo es profundo, con mordida clase III prognático, deglución con interposición lingual, con mordida invertida compleja.</p>
UA 6	<p>Paciente de 5 años derivado por la odontóloga y el pediatra. Presenta modo respiratorio mixto y tipo respiratorio torácico. La tonicidad de labio superior e inferior es hipertónica. La elasticidad tanto para frenillo labial superior como inferior es corta, y la del frenillo lingual es buena. No presenta desviación de tabique en el tercio medio facial, con buena permeabilidad nasal para vías aéreas superiores. Los movimientos linguales por imitación los realiza sin dificultad, pero la ejecución en los movimientos labiales es con escaso control. Los sonidos vocálicos se pronuncian sin dificultades, donde hay alteraciones es en la producción de sonidos consonánticos /D/, /M/, /P/, /B/ y sífonos, /DR/, /TR/. Las estructuras lingüísticas están dentro de los parámetros esperables para la edad al igual que el lenguaje espontáneo. Las características buco faciales manifiestan un paladar ojival, oclusión clase II retro prognatismo, y deglución con interposición labial.</p>

CONCLUSIONES

En cuanto a la respiración, la misma es un proceso fisiológico necesario para la vida, donde el aire ingresa normalmente por nariz, y en algunas circunstancias, lo hace por boca como vía alternativa, como es el caso de los pacientes analizados, donde hay un predominio del modo respiratorio mixto con tipo de respiración torácico. Estas características respiratorias se asocian con obstrucción de las vías aéreas superiores, donde la mayoría de los niños presentan procesos alérgicos estacionales, rinitis, adenoides y desviación de tabique nasal. Vinculado a esto, se observa la presencia de hipertoniismo de labio superior e hipotoniismo del labio inferior. Lo expuesto coincide con lo planteado por Chauca-Saavedra (2018), cuando expresa que por lo general la respiración que utilizan los niños es la nasal y bucal, también llamada respiración mixta. A su vez coincide con el estudio del autor anteriormente nombrado en relación al tipo respiratorio, cuando expresa que los lactantes tiene una respiración de tipo diafragmática, se vuelve abdominal entre los 2 y 3 años y de tipo torácica entre los 4 y 5 años, concuerdan estos conceptos con la muestra de estudio ya que 4 niños cuentan con respiración torácica.

En relación a la respiración bucal, Fonseca (2013) expone que, los respiradores bucales son individuos que en algún momento tuvieron un factor obstructivo presente, que condicionó para la presencia de ese modo respiratorio, pese a haber desaparecido la causa obstructiva inicial. También se encuentra coincidencia entre los resultados obtenidos en la muestra y lo referenciado por Asenjoa (2017), en que la mayoría de los niños entre 4 y 5 años tienden a un predominio de tipo respiratorio torácico. La respiración bucal exclusiva es poco común en los niños, ya que los mismos usan un modo respiratorio mixto como lo referido por Rodríguez (2007).

Las displasias de maxilar refieren a la pérdida del equilibrio morfo funcional y estético del órgano bucal. Las anomalías presentes en la muestra indican un predominio de paladar ojival y profundo, lo que trae aparejado una maloclusión con mordida invertida compleja y retro prognatismo. A su vez se encontraron en los niños alteraciones en la deglución con interposición lingual y labial, posición lingual baja, tipo de mordida alterada por apiñamiento dentario y en menor medida mordida abierta anterior. Es decir, en la muestra, se encuentra roto el equilibrio miofuncional, con estructuras óseas que se desplazaron de su eje o rango de normalidad. Los factores funcionales respiratorios son determinantes en el crecimiento de las diferentes estructuras óseas, por lo que esto se puede vincular a la respiración bucal en el crecimiento del paladar anormal.

En cuanto a la elasticidad de los frenillos bucales, se presentan cortos con bajos niveles de estiramiento tanto para el del labio superior, labio inferior y frenillo lingual. La

escasez de movimiento de los frenillos se ve manifestada en la gran dificultad para la ejecución de praxias linguales y labiales por imitación, como así también en la articulación de diversos fonemas consonánticos y sinfonos con /R/. Estos valores guardan coincidencia con lo expresado por Mendoza (2010), quien refiere que las funciones que se realizan en la cavidad oral como los hábitos orales disfuncionales, pueden influir sobre la morfología definitiva de los maxilares y de las oclusiones dentarias, dando lugar a disfunciones orofaciales, alteraciones en el desarrollo del lenguaje, articulación y pronunciación. Lo descrito queda relacionado con las características de los frenillos bucales y el tonismo labial que presentan los pacientes observados, ya que el bajo nivel de control muscular de labios y lengua sumado a las características desarrolladas anteriormente, coincide nuevamente con lo expuesto por Carrera (2021), quien define a la lengua como un órgano activo de gran determinación en las funciones respiratorias, deglutorias y de dicción.

La mitad de los niños presenta apiñamiento dentario, seguido de mordida invertida compleja, y en menor medida mordida abierta. Las alteraciones respiratorias son causa frecuente de trastornos miofuncionales, coincidiendo estos resultados con Grippudo (2016), donde refiere que los hábitos orales inadecuados, sobre todo la respiración bucal, trabajan sobre las estructuras que llegan a modificar la implantación dentaria y el crecimiento esquelético, originan la mordida alterada, favoreciendo a los tratamientos de ortodoncia y ortopedia.

Teniendo en cuenta que el lenguaje articulado constituye la habilidad para emitir sonidos, fusionarlos y así producir sílabas, palabras, frases y oraciones, es posible afirmar que dentro de la observación realizada hay una relación directa entre los hábitos disfuncionales tanto respiratorios como de la pérdida del equilibrio morfo funcional de la cavidad bucal, y las alteraciones fonéticas en el habla. Se observaron alteraciones en los fonemas /R/, /L/, /N/. Por ser alveolares para su producción necesitan de una muy buena elasticidad de frenillo lingual para ubicarse en la región alveolar y fuerza de soplo para la vibración. Al carecer de una buena elasticidad del frenillo lingual y una fuerza de soplo estos fonemas se manifiestan alterados por omisión, sustitución o distorsión. Lo mismo ocurre para los fonemas /M/, /P/, /B/, que al ser bilabiales se ven alterados por el escaso contacto de labios entre ellos causado esto por hipotonía labial o por frenillos labiales cortos. La escasez de movimientos de los frenillos bucales de los niños se asocia a la dificultad para la ejecución de praxias linguales y labiales, como así también para la articulación de diversos fonemas consonánticos y sinfonos con /R/. Todos estos factores desencadenaron alteraciones en la expresión de los niños, lo cual coincide con lo referido

por Moreno & Ramírez (2012), al indicar que las dislalias son indicadores de un trastorno en la articulación de los fonemas por ausencia o alteración de algunos sonidos específicos o sustitución de unos por otros.

Se debe considerar que el hábito de respiración bucal o mixta no es la única causal de alteraciones en la articulación del lenguaje oral, sino que las disgnacias de maxilar son un predisponente importante para el establecimiento de estas alteraciones, ya que se ve modificado el punto y modo articulatorio de diversos fonemas.

En base a los resultados presentados, se presentan los siguientes interrogantes para futuras investigaciones:

¿Cuál es el impacto de las disgnacias de maxilar en la fono articulación del habla en los niños entre 6 y 7 años?

¿Cómo afectan los malos hábitos respiratorios en la pérdida de equilibrio morfo funcional de la cavidad bucal en niños de 6 y 7 años?

¿Cuál es la relación existente entre la respiración bucal y los trastornos de maloclusión que afectan el desarrollo normal y funcional de la cavidad oral en niños de 6 y 7 años?

BIBLIOGRAFIA

Referencias Bibliográfica

- Agurto, P., Díaz, R., Cádiz, O. y Bobenrieth, F. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Revista Chilena de pediatría*, 70(6), 470-482. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000600004>
- Álvarez, L., (2008). *Logopedia y Foniatría*. Editorial Ciencias Médicas. <https://es.scribd.com/document/372480271/Logopedia-y-Foniatria>
- Andrade, N.S., (2015) Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodónticointerceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-2/>
- Apaza G., Caseres T., Caldivia S.&Olaguivel N., (2017) Relación de la Maloclusión dentaria con postura corporal y huella plantar en un grupo de adolescentes aymaras. *Revista de Investigaciones Altoandinas*, 19 (3). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2313-29572017000300003.
- Aragundi C. (2017). *Prevalencia de mal oclusiones como consecuencia de respiración bucal en niños de entre 4 a 10 años mediante examen clínico en centros infantiles de la ciudad de Quito*. [Tesis de grado Odontología, Universidad de las Américas] Repositorio Digital de la Universidad de las Américas. <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7580/1/UDLA-EC-TOD-2017-133.pdf>
- Asenjoa, C., Pinto, A., (2017). Características anátomo-funcional del aparato respiratorio durante la infancia. Función y anatomía del sistema respiratorio durante la infancia. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300020#bib0040>
- Bianchinil, P., Ferreira Z., y Manno M., (2007). Study on the Relationship Between Mouth Breathing and Facial Morphological Pattern. *Revista Brasileira de otorrinolaringología*, 73(4).
- Bigot, M. (2010). Apuntes de lingüística antropológica. *Revista Rehip*. https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/5362/T010_456662_36_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Cabana, J. (2011). Hipertrofia Adenotonsilar y su repercusión en Cavidad bucal. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-31>
- Cabeza, R.S., Mosqueira, H.C. & Serey, P.J. (2016). Alteraciones estructurales y Funcionales del sistema estomatognatico. Manejo Fonoaudiológico. *Revista ARETÉ Fonoaudiología*.
- Campos, F.R., (2011). *Prevalencia de trastornos del habla y el lenguaje en niños de 4 a 6 años de edad de las escuelas públicas en la zona de influencia de un centro de salud en Belo Horizonte* [Tesis de Posgrado, Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais]
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16652/1/Melissa%20Neves_disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Carrera Vega, E., (2021). Frenillectomia del labio superior y el frenillo lingual: Indicaciones y tiempos quirúrgicos. [Trabajo final de grado, Universidad de Oviedo]
https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/63434/tfg_Elena%20Mar%C3%ADaCarreraVega.pdf?sequence=4
- Casadiego, W., Sanabria, M., Zerpa, N., Quiroz O., Flores, Y., & Quiros, O. (2020) Terapia miofuncional en pacientes respiradores bucales. Revisión bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-12/#>
- Casarán, A., Gallardo M., Nejamkin, L., Ricciardi, N., Rodríguez, Y., (2020). Evaluación Clínica de la Respiración bucal. Universidad Nacional de la Plata. Facultad de Odontología, Asignatura Ortopedia Funcional de Maxilares.
<http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/100666/P%C3%B3ster.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castillo Cabana, J. (2012). Hipertrofia Adenotonsilar y su repercusión en Cavidad bucal. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. (2012) Obtenido de
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-31>
- Castro, L. (1998) Importancia del Contexto en la Comunicación Lingüística. *Revista DCS, Departamento de Ciencias Sociales, UPN, Universidad pedagógica Nacional*.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/cgi-bin/library.cgi?c=co/co-014&a=d&d=HASH4e78991b148db9b2b34d31.2>
- Caycho Torrez, A. (2010) *Niveles del lenguaje oral en niños de cuatro años en Instituciones Educativas de la Red N° 5, distrito – Callao* [Tesis de Maestría,

Universidad de San Ignacio de Loyola] Repositorio USIL.
http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/123456789/1108/1/2010_Caycho_Niveles%20del%20lenguaje%20oral%20en%20ni%C3%B1os%20de%20cuatro%20a%C3%B1os%20en%20instituciones%20educativas%20de%20la%20Red%20N%C2%B0%205%2C%20distrito%20Callao.pdf

Clark, S., Ebersole, B. (2019). Comprender la función de logopedas para el tratamiento de la disfagia. *Revista Nursing*, 36 (4), 12-16. Recuperado de 33
<https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-comprender-funcion-logopedas-el-tratamiento-S0212538219300901>

Coll-Florit, M., Agudo, G., Fernández-Zúñiga, A., Gamba, S., Perelló, E. y Vila Rovira, J. (2014). *Trastornos del Habla y de la Voz*. Editorial UOC.
<https://www.uv.mx/rmipe/files/2019/07/Trastornos-del-habla-y-de-la-voz.pdf>

Contreras, M. (2017). Cuadro comparativo. *Lenguaje, Lengua y Habla*.
<https://es.scribd.com/document/358405298/Cuadro-Comparativo-Lenguaje-Lengua-y-Habla>

Costa, P. P., Mezzomo, C. L., Soares, M. K. (2011). Verificação da eficiência da abordagem terapêutica miofuncional em casos de desvio fonológico, fonético e fonético-fonológico. *Revista CEFAC*.15 (6), 1703-1711.

Costa, P., Mezzomo, C.& Soares, M. (2013). Efficiency of 47 Myofunctional Therapy in Cases of Phonological, Phonetic and Phonetic-Phonological Disorders. *Universidad Fedreal de Santa María*, 15(16), 1703–1711.

Cuetos Vega, F., Gónzales Álvarez, J. y De Vega Rodríguez, M.(2015). *Psicología del Lenguaje*. Editorial Medica Panamerica.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5757668>

Chauca C. Síndrome del respirador bucal y repercusiones. *OdontolPediatr* (2018); 17(2): 61 – 69.
https://www.researchgate.net/publication/343657563_Sindrome_del_respirador_bucal_y_repercusiones_Articulo_de_Revision_Oral_Respiratory_Syndrome_and_repercussions

Doron, H., Redlic, M., Miri, S., Hamud, T. y Gross, M. (2010). El efecto de la respiración bucal versus la respiración nasal sobre el desarrollo dentofacial y craneofacial en pacientes ortodónticos. *Revista TheLaryngoscope*.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lary.20991>

- Durán Gutiérrez, A., Rodríguez Webwer, M. A. y Teja Ángeles, E. (2012). Succión, deglución, masticación y sentido del gusto prenatales. Desarrollo sensorial temprano de la boca., en Cols., D.-G. A. y Gracias (eds.). *Acta PediatrMex*, pp. 137–141 <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2012/apm123g.pdf>
- Esteller, E., Pons, N., Romero, E., Puigdollers, R., Segarra, F., Matinó, J. y Manuel, J. (2011). Alteraciones del desarrollo dentofacial en los trastornos respiratorios del sueño infantil. *Acta Otorrinolaringológica*, 62(2), 132-139. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14437/409534.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fieramosca, F., Lezama, E., Manrique, R., Quiróz, O., Farias, M., Rondon, S. & Lerner H. (2007). La función respiratoria y su repercusión a nivel del Sistema Estomatognatico. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/art-5/>
- Flores, Y., Hirumi, A.M., Peña, M. F., Romero, S., Quiros, O. & Quirós, O. Jr. (2020). Disgnacias asociadas al exceso de dieta blanda en niños. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-3/>
- Fonseca Arrieta, X. (6 de junio de 2008). Respirador Bucal. Fonoaudiología. <http://infofono.blogspot.com/2008/06/respirador-bucal.html>
- Gallego Ortega, J. L. (2015) *Los trastornos del lenguaje en el niño*. Ediciones de la U. <https://edicionesdelau.com/producto/los-trastornos-de-lenguaje-en-el-nino/>
- Galvez Hidalgo, G. (2013). *Programa de poesías infantiles para estimular el desarrollo del lenguaje del lenguaje oral en los niños de 3 años, del nivel de educación inicial*. [Tesis de Maestría de la Universidad de Piura, Facultad de Educación]. https://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/11042/2567/EDUC_043.pdf
- García, G., Figueroa R. A., Muller V. & Angel A. (2007). Relación entre las maloclusiones y la respiración bucal en pacientes que asistieron al servicio de Otorrinolaringología del Hospital Pediátrico San Juan de Dios. *Acta Odontologica Venezolana*.
- García, G. (2011). Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucales en edades tempranas. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopediatria*. Recuperado de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-18>

- García García, V.J., Ustrell Torrent, J. M., y Sentis Vilalta, J. (2011). Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Av Odontostomatol*, 27 (2), 75-84.
- Giraldo, N., Olarte, M., Ossa, J., Parra, M., Tobon, F., Agudelo, A., (2015). Características de la oclusión en respiradores bucales de 6 a 12 años de la Clínica del Niño en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Rev Nac Odontol*, 11(20), 21-28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v11i20.795>
- Girardeau, C., Alia, E., Paz, M., (2020). ¿Qué patologías locales y sistémicas puede presentar un paciente pediátrico con respiración oral?. *Revista biociencias de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 15 (1). <https://revistas.uax.es/index.php/biociencia/article/view/1285>
- Gómez, C., J., (2011) Discusiones en torno al Lenguaje. *Revista Iberoamericana CTS*, 65. <http://www.revistacts.net/tag/lenguaje/>
- Grippaudo, G., Paolaantonio, E., Antonini G., La torre, G. & Deli, R. (2016). Association between oral Habits, mouth breathing and malocclusion. *Acta Otorhinolaryngolital*, 36(5), 286-394.
- Gutiérrez, T., (2010) Desarrollo del Lenguaje – Educación Infantil. *Innovación y experiencias educativas*. https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_29/TANIA_%20GUTIERREZ%20HIDALGO_1.pdf
- Lugo, C. y Toyo, I. (2011). Hábitos Orales no Fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
- Llanes Rodríguez, M., Galá Piloto, E., Pérez Felipe, B., Rodríguez González, L., Toledo Mayaric, G. Enfoques actuales en la evaluación de la respiración bucal. (2015). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/48136/TFG-M-L2357.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Machado N. M. C., (2016) Motricidade orofacial e o desenvolvimento da articulação verbal: conhecimento dos educadores de infancia: Recuperado de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16652/1/Melissa%20Neves_disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Malhotra, S., Pandey, R., Agarwal, S., & Gupta, V. K. (2012) The effect of mouth breathing on dentofacial morphology of growing child. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 30, 27 – 31.

- Martinelli, R.L.C., Fornaro, E.F., Olivera C.J.M., Ferreira L.M.B. & Rehder, M.I.B.C. (2011) Correlaciones entre trastornos del habla, respiración bucal, dentición y oclusión. *Revista CEAC*, 18 (1), 17 – 28.
- Medina, C. T., Laboren, M. L., Vilorio, C., Quirós, O., D'Jurisic, A., Alcedo, C., Molero, L. & Tedaldi, A. J. (2013). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
- Medina, M., Amaya, J. (2011). Relación entre rinitis alérgica y alteraciones estomatológicas-faciales. *Revista de Especialidades Medico-Quirurgic*, 16, 75 – 85.
- Mendoza, A. (2010). Relación de la Lactancia Materna y Hábitos de Succión no Nutritiva con Maloclusión Dental. *Revista chilena de pediatría*, 81(2), 3–7. doi: 10.4067/s0370-41062010000200012
- Mora, K., Pedriquez, D., Soto, K., Quiros, O. (2015) Prevalencia de respiración bucal en niños de 4to grado de educación Basica del Colegio Cervantes y su efecto del rendimiento escolar. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatría*. Obtenido de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-30/>
- Morell, A., Véliz, O., Suárez, M., Ruíz, Y., Jover, R. y Fariñas, C. (2013). Algoritmo para establecer una conducta integral ante el síndrome del 44 respirador bucal. *Medicent Electrón*, 17(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000200004
- Moreno, R. & Ramírez A. (2012). Las habitaciones de la dislalia. *Revista electrónica de investigación docencia creativa*, 1 (5), 38-45. <http://hdl.handle.net/10481/21941>
- Moyaho, Á., Moreno, A, Montiel, Á, Hernández, A, Bejarano, R, & López, A. (2014). Dislalias asociadas a maloclusión dental en escolares. *RevMedInstMex Seguro Soc*, 52(5), 538-42. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im2014/im145o.pdf>
- Murrieta, J., Martínez, L., Morales, J., Linares, C. y González, M. (2015). Frecuencia y distribución de hábitos parafuncionales en un grupo de escolares mexicanos, 2015. *Revista Nacional Odontología*, 11 (21), 57-64
- Narváez, M., Muñoz, Y., Villota, C. y Mafla, A. (2010). Hábitos orales en niños de 6- 10 de la escuela Itsin De San Juan Pasto. *Universidad y Salud*, 12 (1), 27-33. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100004&lng=en&tlng=

- Neiva, P. D., Kirkwood R. N, & Godinho, R. (2009). Orientation and position of head posture, scapula and thoracic spine in mouth-breathing children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 73 (2), 227-236.
- Noh, A., Ledesma, E., May, &, Ayuso, C., Chávez, R. & Jiménez, M. (2012). Dislalia asociada a hábitos orales. *Función*, 12. <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2012/ora1241g.pdf>
- Ojeda, L., Espinoza, R. y Biotti, P. (2014). Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. *Revista clínica de periodoncia, implantología y Rehabilitación oral*, 7(1), 37- 42. <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v7n1/art09.pdf>.
- Parra, D. L., (2019). *Relaciones entre problemas fonarticulatorios y variables temperamentales en niños de cuatro años: Un estudio de intervención con praxias* [Tesis Doctoral presentada para optar al grado de Doctor, Universidad de Murcia, Escuela internacional de doctorado] <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/85401/1/Pablo%20Parra%20L%20%B3pez%20Tesis%20Doctoral.pdf>
- Peña-Casanova, J., (2014). *Manual de Logopedia* (4ta Ed.). Fotolotrea S.A..
- Pérez Acosta, K., Reyes Suárez, V. y Licea Rodríguez, Y. (2013). Tratamiento del hábito de succión digital mediante la técnica de relajación. *Revista de Ciencias Médicas de Meyabeque*, 19(3), 348–357. <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/608>
- Podadera, Z., Flores, L. & Díaz, A. (2013). Repercusión de la Respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. *Revista de ciencias Médicas de Pinar del Río*, 7(4).
- Prado, G., (2020). Salud Fonestomatológica en la Infancia. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de la Plata. https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/salud_fonoestomatologica_en_la_infancia_presentacion#:~:text=La%20fonoestomatolog%C3%ADa%20contempla%20la%20evaluaci%C3%B3n,%20morfol%C3%B3gico%20y%20Fo%20neurol%C3%B3gico
- Raitano, N., Pennington, B., Tunick, R., Boado, R., Shriberg, L. (2004). Habilidades previas a la alfabetización de subgrupos de niños con trastornos de los sonidos del habla. *J Psicología Infantil Psiquiátrica*, 45(4): 821-35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15056313/>

- Ramírez, C., J., (2019). *La Dislalia y su incidencia en el aprendizaje de la lectoescritura en los niños de segundo año de educación general básica*. [Tesis de pregrado, Loja - Ecuador]
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21751/1/jose%20antonio%20Oramirez.pdf>
- Rodríguez, R., N., Suarez Zafra, D., González - Longgoria, Y., CueriaBasulto, M., Puente Ramos, M., LegratSilot, E., et al. Actualización sobre el Síndrome del Respirador Bucal. *Revista de Información Científica* [citado 8 de junio 2007]; 54(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757329010.pdf>
- Romero, M., Romero, P., Pardo, A. y Sáez, M. (2004). Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. *Revista RCOE*, 9(1), 77-82. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000100006
- Rosselli, M., Matute, E. & Ardilla, A. (2015). La neuropsicología infantil desde la perspectiva histórico-cultural. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 9 (3). <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439643537006.pdf>
- Sabaté, N., Tomás, J., Sarlé, M. y Corbella, A. (2019). *Trastornos del Desarrollo del Lenguaje y del Habla*. Centre Paidopsiquiatric del Barcelones S.L. <http://www.centrelondres94.com/documento/trastorno-del-desarrollo-del-lenguaje-y-del-habla>
- Saíz Rodríguez F. (2012). Lengua Castellana. En (Comp.), 1002: Lenguaje – lengua – Habla. Periodo II, Curso 10°. Instituto Santa Teresita Hermanitas de la anunciación. Área de lengua castellana e idioma extranjero. Recuperado de: <https://saixliterato.files.wordpress.com/2011/04/lenguaje-lengua-habla.pdf>
- Sansonetti, R (2016). Disgnacias asociadas al exceso de dietas blandas en niños. *Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-3/>
- Segura Cardona, A., Machado Ospina, S., (2013) Desarrollo del Lenguaje Comprensivo y Expresivo en niños de 12 a 36 meses. *CES Salud Pública*, 4, 92-105.
- Simoes, N. (2015). Respiración bucal, diagnóstico y tratamiento ortodoncicointerceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura. *Rev. Lat. de Ortodoncia Odontopediatría*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-2#>
- Soprano A. M., (2011). *Cómo evaluar el lenguaje en niños*. Ed. Paidós.

- TiemiOkuro, R., Moreno Morcillo, A., Sakano, E., Santos Schivinski, C., Goncalves Oliveira Ribeiro, A. & Dirceu Ribeiro, J. (2011). Exercise capacity, respiratory mechanics and posture in mouth breathers. *Braz J Otorhinolaryngol*, 656-62.
- Tran, N., Vickey, J. y Blaiss, M. (2011). Management of Rhinitis: Allergic and Non-Allergic. *AllergyAsthmaImmunol Res*, 767-773.
- Trujillo, C. (2018). Comprensión lectora en niños del tercer grado de educación primaria de la Institución. *Educativa Everardo Zapata Santillana*. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/21251>
- Vega, Y. y Plaza, E. (2013). *Rol de (la) Fonoaudiólogo (a) en el sector salud en Chile, a partir de la auto reflexión del desempeño profesional*. [Trabajo de Tesis, Universidad de Talca, Chile] <http://dspace.otalca.cl/handle/1950/9536>
- Vidal Verdú. M. L. (2015). Retraso del lenguaje. *Psicóloga Clínica Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil - Hospital Universitario de Puerto Real*. Recuperado de: <https://docplayer.es/3575787-Retraso-del-lenguaje-ma-luisa-vidal-verdu-psicologa-clinica-unidad-de-salud-mental-infanto-juvenil-hospital-universitario-de-puerto-real.html>
- Villanueva, P., Valenzuela, S., Santlaander, H., Zuñiga, C., Ravera, M.J. & Miralles, R. (2004). Efecto de la postura de la cabeza en las mediciones de la vía aérea. *Rev CEFAC*, 6(1): 44-8. <http://www.cefac.br/revista/revista61/Artigo%207.pdf>
- Wilf, R. E. & Frydman, S. K., (2014). La respiración bucal en niños y adolescentes. *Salud Militar*, 33, 14-19 https://www.dnsffaa.gub.uy/media/images/3_-respiracion-bucal-salud-militar_12-11-14-1.pdf?timestamp=20180425162458
- Yule G, Bel Rafecas, N. (2007). *El Lenguaje*. AKal,S.A. https://www.akal.com/libro/el-lenguaje_33955/
- Zepeda, R.C., Baara, C.S., Espinoza, M.L. & Chavez, R. P.,(2016). Asociación entre el patrón postural cefálico y la inteligibilidad articulatoria del habla. *Revista CEFAC*, 18 (18). <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/WB3Wfst7q9D4sbMdG4nBgHx/?lang=es>

CARACTERÍSTICAS DE LA RESPIRACION Y EL HABLA SEGÚN TIPO DE DISGNACIAS DE MAXILAR EN NIÑOS DE 4 Y 5 AÑOS

FGO. MARTÍN, RUIZ SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN

La **disgnacia** de maxilar es la pérdida del equilibrio morfo - funcional y estético del órgano bucal, la cual repercute en las características respiratorias y en la articulación de los sonidos del habla.

OBJETIVO

Analizar características de la respiración bucal y del habla, según **disgnacia** de maxilar en niños de 4 y 5 años que asisten a un centro de rehabilitación integral en la ciudad de Salta Capital en el año 2021.

MATERIALES Y MÉTODO

Investigación observacional descriptiva, se considera un estudio de caso de seis niños de ambos sexos que asisten a tratamiento **ortodóncico**.

RESULTADOS

Se observó predominancia de modo respiratorio nasal, con tipo torácico **respiración** de mayor **eficiencia** para labio superior e **ineficiencia** para labio inferior, asimetría de los vellos bucales, asuficiencia de permeabilidad de vía aérea superior y dificultades en **pronunciación** de ciertos sonidos que los niños presentan dificultades en el habla, existiendo **alteraciones** **fonéticas** para la producción de algunas consonantes y **fonemas** tanto por **desorden** como por **distorsión**. Se observó **alteraciones** **fonéticas** significativas, con paladar opaco como el mejor indicador, oquedo de paladar profundo, **abundancia** en los planos **horizontal**, **vertical** y **transversal** con **prognatismo** y **intra prognatismo**. Se observó **alteraciones** **deglutorias** con **interposición** lingual y labial, el corno bucal entre dientes superiores e inferiores está **alterado** por **aperturamiento** distal y **por mordida** en **vertical** completa.

CONCLUSIONES

La respiración bucal, siendo la patología más frecuente encontrada, requiere del abordaje **ortodóncico** ya que en la observación realizada se encuentra como el equilibrio morfo funcional y estético del órgano bucal, dando lugar a las diversas alteraciones en el habla. También se debe considerar el **reordenamiento** en la pronunciación del fonema /R/ y su respectivo sonido en **reemplazo** de estructura dentro del habla.

