

Original

La rinolalia y sus implicaciones en la comunicación

Rhinophilia and its implications for communication

Est. Vanesa Danay García Machado, Universidad de Granma, Cuba. ⁽¹⁾

Est. Yiselín Leyva Rosales, Universidad de Granma, Cuba. ⁽²⁾

Est. Wendy Maylín Acosta Talavera, Universidad de Granma, Cuba. ⁽³⁾

Lic. Lisvania de la Caridad Labrada Batchelor, Universidad de Granma, Cuba. ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Estudiante de 4to año de la Carrera: Licenciatura en Educación. Logopedia. Departamento: Educación Especial, Facultad: Educación Básica, Universidad de Granma, Cuba.

vgarciam@estudiantes.udg.co.cu

⁽²⁾ Estudiante de 4to año de la Carrera: Licenciatura en Educación. Logopedia. Departamento: Educación Especial, Facultad: Educación Básica, Universidad de Granma, Cuba.

yleyvar@estudiantes.udg.co.cu.

⁽³⁾ Estudiante de 4to año de la Carrera: Licenciatura en Educación. Logopedia. Departamento: Educación Especial, Facultad: Educación Básica, Universidad de Granma, Cuba.

wacostat@estudiantes.udg.co.cu.

⁽⁴⁾ Profesora Asistente. Licenciada en Educación. Logopedia. Profesora e investigadora del Departamento: Educación Especial, Universidad de Granma, Cuba. llabradab@gmail.com 

Resumen

Desde los inicios del desarrollo de la humanidad hasta ahora, los seres humanos interactúan, socializan y se comunican con otros individuos en los diferentes contextos que se encuentren,

esto se debe, en gran medida al uso del lenguaje, el cual constituye un sistema de signos Revista Científica Estudiantil de la Universidad de Granma

RNPS: 2554 ISSN: 3007- 4347

<https://revistas.udg.co.cu/index.php/reudgr>



148

convencionales que les permite comprender, expresar y comunicar ideas, sentimientos y pensamientos a sus semejantes. El lenguaje se concreta y se hace tangible en el habla, capacidad que tienen las personas para articular y pronunciar los sonidos dentro de un sistema lingüístico. En este artículo, exploraremos las causas de la rinolalia, su clasificación y ejercicios para su tratamiento, con el objetivo de mejorar la comunicación y la calidad de vida de los niños que la padecen.

Palabras claves: rinolalia; lenguaje; habla; comunicación

Summary

From the beginning of human development until now, human beings have interacted, socialized, and communicated with other individuals in the different contexts they find themselves in. This is largely due to the use of language, which constitutes a system of conventional signs that allows them to understand, express, and communicate ideas, feelings, and thoughts to their peers. Language is concretized and made tangible in speech, the ability people have to articulate and pronounce sounds within a linguistic system. In this article, we will explore the causes of rhinolalia, its classification, and exercises for its treatment, with the goal of improving communication and the quality of life of children who suffer from it.

Keywords: rinolalia; language; speech; communication

Introducción.

La rinolalia es un trastorno del habla que se caracteriza por una alteración en la resonancia vocal, resultando en una producción inusual de sonidos debido a la obstrucción o mal funcionamiento de las cavidades nasales.

Este fenómeno puede manifestarse de diversas formas, desde una hpernasalidad (exceso de resonancia nasal) hasta una hiponasalidad (falta de resonancia nasal), afectando la claridad y la calidad del habla en los niños.

Las causas que provocan dicho trastorno se definen como funcionales y orgánicas. Dentro de estas últimas, una de las más frecuentes son las malformaciones congénitas, especialmente la úvula bífida y el frenillo lingual corto. Cabe recalcar que las causas orgánicas son un daño producido en el aparato fonoarticulatorio, el cual dificulta a que no haya una adecuada pronunciación o articulación de los diferentes fonemas o palabras. Por su parte, en las causas funcionales se debe a la falta de movilidad de alguno de los órganos fonoarticulatorios.

La identificación temprana y el diagnóstico adecuado son fundamentales para implementar estrategias de intervención efectivas, que pueden incluir terapia del habla y ejercicios específicos. Numerosos investigadores reconocidos en el campo de la logopedia se han dedicado al estudio de la rinolalia, entre los que se destacan:

Susanibar (2015), define como una variación en la pronunciación y articulación de los sonidos de las palabras la cual afecta la claridad del habla, estos podrían ser diagnosticados en las diferentes etapas de la vida.

Para López (2020): La rinolalia es un trastorno del habla que se manifiesta por una alteración de la resonancia vocal, provocada por una disfunción en las cavidades nasales. Esta condición puede resultar en hipernasalidad o hiponasalidad, afectando la inteligibilidad y la calidad del habla del individuo.

Según, Fernández (2021), define rinolalia como la alteración de la resonancia vocal que ocurre cuando hay obstrucción o mal funcionamiento de las estructuras nasales. Esta alteración puede

ser consecuencia de factores anatómicos, funcionales o patológicos y se traduce en una producción de sonidos que puede dificultar la comunicación efectiva.

Desarrollo

La rinolalia se puede manifestar a través de una alteración en el aparato fonoarticulatorio puesto que la misma se caracteriza por una resonancia nasal evidente por el paso libre del aire por la nariz, lo que ocasiona que exista algunas manifestaciones al momento de emitir los sonidos, ya sea esta, porque omite, sustituye o distorsiona, a partir de esto se puede indagar a profundidad a través de un diagnóstico, para así, poder deducir si estas complicaciones se deben a un daño orgánico o funcional.

Clasificación por su etiología:

Orgánica: se producen cambios estructurales de los órganos de la articulación y la fonación (paladar óseo, velo del paladar, cavidad nasal, insuficiente inervación velar), que provocan una inadecuada distribución del flujo de aire en los resonadores, así como una incorrecta articulación de los sonidos del idioma.

Causas orgánicas de las rinolalias:

Fisuras palatinas, constituyen una malformación del paladar, las que pueden ser congénitas o adquiridas por traumas que provoquen orificios en el paladar. Estas pueden ser completas o incompletas, las que solo abarcan el paladar óseo, el paladar blando, la úvula o solo esta.

Fisuras submucosas, caracterizada por una membrana mucosa, que no permite detectar el defecto por simple exploración visual, por lo que es necesario un examen táctil-digital en la zona del paladar para emitir un diagnóstico consecuente.



Úvula bífida o doble, se reconoce que no provoca forzosamente una alteración resonancial, pero evidencia un elemento hereditario que puede conducir a malformaciones más extensas en otros miembros de la misma familia.

Las fisuras palatinas congénitas para su estudio se dividen en exógenas y endógenas:

En las exógenas se le confiere gran importancia a la influencia de virus, bacterias y toxinas en las distintas etapas del desarrollo del embrión, las que pueden ejercer una influencia directa en los tejidos a través de la placenta, provocando aumentos considerables de temperatura, cambios en el suministro de oxígeno, trastornos de las funciones endocrinas y del proceso de adquisición de las vitaminas necesarias para el normal desarrollo del embrión. Entre ellas se destacan:

Toxoplasmosis, enfermedad producida por los toxoplasmas que se adquieren por contacto o mediante la ingestión de alimentos que los contengan (leche, huevo y fundamentalmente, carne), aunque en algunos casos no existen síntomas evidentes de enfermedad en la madre.

Alteraciones nutricionales de la madre, por hipo o hipervitaminosis A y grupo B durante el embarazo, puede ser un factor que provoca la aparición de la fisura.

Déficit de oxígeno durante los primeros días del embarazo, las radiaciones iónicas, la ingestión de veneno teratógenos (alcohol, cloroformo y otros), el alcoholismo y las madres añosas.

En las endógenas se encuentran: Factor hereditario, que puede ser dominante o recesivo. En la constitución de las hendiduras palatales se observa la influencia de dos genes: las fisuras labiomaxilares palatinas y las palatinas puras; las recesivas abarcan el 10% de los casos según refieren los autores señalados.

Orificios palatinos, pueden aparecer por alteraciones adquiridas, traumas, o después de una intervención quirúrgica de una fisura palatina, en la sutura operatoria. En estos casos la afectación de la voz va a depender no solo de la magnitud del orificio, sino de la posición



anatómica que ocupa en el paladar, porque mientras más anterior sea su posición, hay menos dificultad para la voz y la dicción.

Velo corto, constituye una malformación palatina, el velo tiene poca extensión, lo que impide que haga contacto con la pared faríngea posterior, por la poca distancia en el momento que puede producirse mayor elevación.

Parálisis y paresias velares, son consideradas orgánicas cuando son provocadas por lesiones o enfermedades del Sistema Nervioso Central o periférico, también por traumatismos del velo después de amigdalectomías, que puede disminuir la movilidad del velo (causas orgánicas posquirúrgicas).

Dentro de los problemas nasales de tipo orgánicos aparece con frecuencia en la parte anterior crestas pronunciadas, desviaciones del tabique, pólipos y en la parte posterior vegetaciones adenoideas.

Funcional: se produce un mal funcionamiento del velo del paladar o de la pared posterior de la faringe en el proceso de emisión de los sonidos verbales, provocándose una incorrecta realización del anillo velofaríngeo, con el consecuente rompimiento del equilibrio entre los resonadores nasal y bucal.

Causas funcionales de las rinolalias:

Parálisis y paresias velares funcionales posquirúrgicas; se presentan después de la operación a nivel del istmo de las fauces y se diferencian de las orgánicas posquirúrgicas no solo porque no existe lesión anatómica, sino por las sensaciones dolorosas velares que se sienten y persisten como un hábito. Por ejemplo, en la adenoidectomía, a pesar de la ausencia de lesiones anatómicas en el velo, continua con la debilidad funcional existente antes de la operación.



Dificultades atencionales; la falta de atención del individuo sobre su habla. Esto sucede con frecuencia en educandos con retraso mental y en general, en personas que hablan con abandono, incluso algunos adolescentes “arrastran” el velo del paladar al hablar como si lo hicieran con los pies cuando caminan.

Discapacidad auditiva; en las personas sordas e hipoacúsicas que no pueden percibir su propia habla mediante el mecanismo de control auditivo-motor y se dificulta o imposibilita (en el caso de la sordera) la realización de esta función esencial para la comunicación oral.

Imitación; se refiere a patrones lingüísticos incorrectos cuando se imita el grado de nasalidad idiomática, en caso de hipofunción, se eleva exageradamente el velo como secuela de catarros continuos, que después de desaparecer el velo continúa imitando la manera de hablar anterior.

Clasificación según el momento de aparición:

Congénita: son aquellas donde la base de su etiología del surgimiento del trastorno ya está presente en el momento del nacimiento. Estas son más severas que las adquiridas

Ejemplo: fisura palatina congénita, velo corto.

Adquirida: se considera aquellos casos donde la base etiológica del trastorno aparece después del nacimiento.

Ejemplo: Proceso inflamatorios de la cavidad nasal, tumores.

Clasificación por la alteración del mecanismo anatomo-fisiológico se manifiestan en:

Rinolalia cerrada o hiporrinolalia: se caracteriza por la disminución evidente de la función del resonador nasal, como consecuencia de una obstrucción del paso libre del aire a la cavidad nasal en el proceso de emisión de los sonidos. En general, se reconoce por una causa orgánica, existe un obstáculo en la nariz o a la altura del velo del paladar.

La rinolalia

En estos casos los sonidos que se afectan en la pronunciación son los nasales (/m/, /n/, /ñ/), se sustituyen por lo general por sonidos oclusivos y africados, los que son semejantes por el lugar de articulación, por ejemplo: /m/ por /p/; /n/ por /d/; /ñ/ por /l/.

El timbre de la voz es hiponasal, voz apagada poco matizada y grata al oído.

Estos tipos de rinolalias pueden ser: funcionales u orgánicas (por adenoiditis, desviación del tabique nasal, amigdalitis crónicas, tumores en la cavidad nasal).

Se evidencia poca diferenciación entre la respiración nasal y bucal, predomina el tipo respiratorio clavicular que no es el más recomendable para el habla.

En los casos de adenoiditis, como consecuencia de la constante respiración bucal, los cambios estructurales de la oclusión dental y el incorrecto hábito de mantener la lengua en posición interdental, influyen en el desarrollo físico por las limitaciones de los movimientos respiratorios que obstruyen el normal desarrollo de la caja torácica y de los músculos del tórax.

Rinolalia abierta o hiperrinolalia:

Se caracteriza por una marcada resonancia nasal, como consecuencia del paso libre del aire por la cavidad nasal en el proceso de articulación y emisión de los sonidos.

La inspiración es corta y superficial, insuficiente aire inspirado y pérdida de aire espirado por la nariz y hay una incorrecta realización del anillo velo faríngeo

Son frecuentes los cambios de /p/ y /b/ por /m/; /t/ y /d/ por /n/; /k/ y /g/ se omiten. También se evidencian grandes dificultades en la pronunciación de los sonidos fricativos: /s/ y /f/, los que se omiten o se cambian por fonemas nasales. El fonema africado /ch/ se cambia por /g/, /j/ y /t/ o se omite y el vibrante /r/, por lo general se omite.

Hay que considerar la mala implantación y maloclusión dentaria, la insuficiente movilidad labial (cuando hay fisura) y los trastornos auditivos en caso de una fisura palatina congénita.



Insuficiente desarrollo de los componentes de la lengua referidos al aspecto fonético, léxico y gramatical, hay que considerar la insuficiente alimentación, las frecuentes enfermedades respiratorias y digestivas en los niños con fisura palatina congénita.

Los trastornos digestivos, de la respiración y de la audición (por la obstrucción de la Trompa de Eustaquio), provocan en ocasiones estados de ansiedad, hiperactividad, llanto frecuente que interfieren en el desarrollo de su personalidad.

Rinolalia Espástica: incluida dentro del grupo de las hiperrinolalias funcionales, denominada hiperrinolalia activa. Se trata de un trastorno puramente funcional, que tiene lugar al producirse una contracción muscular de la parte superior de la faringe, que al mismo tiempo tira del velo del paladar hacia abajo, produciéndose además un levantamiento de la parte posterior de la lengua, lo que provoca que el aire pase en exceso por el esfínter palato- faríngeo. Este mecanismo se exterioriza en un habla característica definida como “amanerada”.

Rinolalia cerrada o hiporinolalia:

Se caracteriza por la disminución evidente de la función del resonador nasal como consecuencia de una obstrucción del paso libre del aire a la cavidad nasal en el proceso de emisión de los sonidos del idioma.

En general, se reconoce por una causa orgánica, existe un obstáculo en la nariz o a la altura del velo del paladar, puede ser hiporrinolalia anterior o posterior.

Ejemplo de la hiporinolalia anterior: donde la voz se asemeja a la que se produce si nos tapamos la nariz durante el habla, por problemas nasales de tipo orgánicos: crestas pronunciadas, deviaciones del tabique, pólipos.

En la hiporinolalia posterior: el habla da la impresión auditiva de una persona que tiene catarro, puede ser orgánica (vegetaciones adenoideas) o funcional (levantamiento exagerado del velo



La rinolalia

como secuela de un catarro, se mantiene imitando la manera de hablar anterior). En este caso, se altera la pronunciación de los sonidos nasales (/m/, /n/, /ñ/), se sustituyen por lo general por sonidos oclusivos y africados, los que son semejantes por el lugar de articulación, por ejemplo: /m/ por /p/; /n/ por /d/; /ñ/ por /l/, el timbre de la voz es hiponasal, voz apagada poco matizada y grata al oído. Se evidencia poca diferenciación entre la respiración nasal y bucal, predomina el tipo respiratorio clavicular que no es el más recomendable para el habla.

En los casos de adenoiditis, como consecuencia de la constante respiración bucal, los cambios estructurales de la oclusión dental y el incorrecto hábito de mantener la lengua en posición interdental, influyen en el desarrollo físico por las limitaciones de los movimientos respiratorios que obstaculizan el normal desarrollo de la caja torácica y de los músculos del tórax.

Manifestaciones que presentan: hiperactivos, excitados, se distraen, se cansan con facilidad y pierden el interés por la tarea que realizan, las que se evidencian en un retraso escolar. También se producen trastornos del sueño y rechazo a la ingestión de alimentos, que con frecuencia se confunde con anorexia; en realidad la obstrucción de la cavidad nasal y la alteración de la respiración provocan dificultades en el gusto.

Rinolalia mixta:

En este caso se combinan dos factores: una hiperrinolalia funcional (por mal funcionamiento del velo del paladar) y una hiporrinolalia orgánica (que ocasiona un cierre relativo en la parte anterior del conducto nasal).

Regularidades del habla, la voz y la conducta de los niños con rinolalia por fisura palatina congénita:



Deterioro del aspecto físico por la insuficiente alimentación, frecuentes enfermedades respiratorias y digestivas y el hecho de expresar un lenguaje incomprensible, provoca rechazo del colectivo escolar, se aíslan y presentan negativismo verbal.

Se muestran apáticos hacia la actividad social, evidencian dificultades en el aprendizaje, retraso escolar, distraídos, desinteresados, ansiosos, hiperactivos, con llanto frecuente, excitables, baja autoestima.

Insuficiente validismo social y desarrollo psíquico en general, como consecuencia del mal manejo familiar (sobreprotección, aislamiento).

Presentan trastornos del sueño y se fatigan con facilidad, también hay deformación de sus maxilares y los dientes, el paladar, los labios (esto trae consigo efectos emocionales negativos).

Insuficiente movilidad labial y velar, con reflejos condicionados después de eliminar el daño anatómico.

Insuficiente desarrollo del oído fonémático:

Presentan secreciones de la mucosa, tos frecuente y bronquitis, incluso hipoacusias (las afecciones de la membrana pueden afectar el oído medio).

Desde el punto de vista lingüístico se altera el habla y la voz porque se implica todo el componente sonoro del lenguaje: se afecta la pronunciación de los sonidos nasales, se produce una marcada resonancia nasal, se altera la respiración y las cualidades de la voz en general, con un marcado timbre nasal, la voz monótona y muy apagada.

Tratamiento logopédico preoperatorio:

Objetivo: Contribuir a un buen desarrollo físico del niño como base para la prevención de la insuficiencia general en el desarrollo del lenguaje y de dificultades en el aprendizaje.

Tareas:

Estimulación de la comunicación

Concentración visual y auditiva.

Desarrollo de la motricidad.

Actividades a desarrollar:

Conversar frecuentemente con el niño de forma suave y cariñosa, sonreírle, acariciarlo.

Jugar con el niño apareciendo y ocultándose de su campo visual.

Reforzar sus emisiones sonoras repitiéndolas con ellos, tanto en situaciones positivas como negativas.

Utilizar juguetes sonoros para provocar respuestas, cambiándolo de lugar, con la intención de que siga la mirada y trate de cogerlo.

Emplear la música (radio, grabaciones, instrumentos o la voz) para estimular la imitación del niño.

Trabajar la motricidad manual, que palpe los objetos, los manipule y los sostenga.

Dedicar especial atención a la gimnasia (ejercicios pasivos y activos, así como de brazos, piernas, cabeza y tronco.

Acciones psicoterapéuticas sistemáticas con la familia y el niño:

Desarrollar la imitación del niño como base para la formación del lenguaje.

Ejemplo:

Se selecciona un gato de juguete (este es un gato y dice miau, miau- el niño repite).

El gato se fue a la calle sin permiso de su mamá y se dio un golpe, ¡Cómo le duele la pata al gato!, ¡ay!, ¡ay!

Ejecución de órdenes y acciones: dame, coge, mira, otros.

A medida que el niño crece se complejizan las actividades verbales y motrices, con la intencionalidad de prever retraso en el desarrollo general, se enfatiza en la necesidad de influir en el desarrollo físico, estrechamente relacionado con la respiración, la adquisición del vocabulario pasivo y activo, el desarrollo del pensamiento en la construcción de frases. Se ha de sentar las bases en la comprensión del mundo que lo rodea, estimularlo para que se esfuerce y lograr la comunicación oral.

También, es muy importante el trabajo con las generalizaciones de distintas categorías, la gimnasia articulatoria pasiva y activa, con elementos aislados según sus posibilidades individuales.

Cuando concluye la etapa de la intervención quirúrgica, se deben cumplir una serie de tareas generales como:

Enriquecimiento del desarrollo sensorial del niño.

Precisión de la comprensión del lenguaje, la percepción auditiva y el oído fonémático.

Enriquecimiento del lenguaje activo.

Desarrollo de la respiración verbal.

Precisión de la movilidad del aparato articulatorio.

Corrección de la pronunciación.

Normalización de la voz

Desarrollo del lenguaje escrito.

Tratamiento post-operatorio:

Objetivo: Contribuir a la normalización del componente sonoro del lenguaje, la comunicación oral en general y la formación de su personalidad.

Tareas:

Desarrollo de la función respiratoria.

Desarrollo de la motricidad.

Normalización de la voz.

Corrección de la pronunciación

Desarrollo de los procesos fonético-fonémáticos y prevención de la dislexia y la disgrafía.

Desarrollo del resto de los componentes de la lengua (léxico, gramatical y pragmático).

Procedimientos que pueden emplearse

Los masajes, la gimnasia articulatoria. La corrección de la pronunciación se realiza mediante diferentes etapas de trabajo: preparatoria, instauración, automatización y diferenciación, con procedimientos similares a la dislalia. Se analiza la complejidad en la articulación de los fonemas.

El estado de los órganos articulatorios y las particularidades individuales de cada caso (se trabaja el orden de los sonidos alterados con sus correspondientes procedimientos) y se vincula el trabajo con el lenguaje oral y escrito.

Para normalizar el timbre en caso de rinolalia cerrada:

En la hiporrinolalia posterior funcional, por levantamiento exagerado del velo del paladar, es necesario realizar ejercicios funcionales para establecer un control cinestésico-motor de una nasalidad cada vez más creciente, donde se relaje el velo del paladar y aumente la función del resonador nasal.

La masticación sonora de Fröschels; la sinquinesia máxilo-vocal; ejercicios de articulación y fonación relajados, con el empleo del mínimo de esfuerzo muscular.

Ejercicios típicos del timbre (fonemas /m/, /n/, /ñ/).

Ejercicios de musitación suave y larga (mmm mmm)

Funcionalismo exagerado de los fonemas /n/ y /ñ/, luego automatizar en sílabas, palabras y frases.



Para normalizar el timbre en caso de rinolalia abierta:

En este caso, como la alteración está dada por el aumento de la función del resonador nasal y el paso exagerado del aire por el conducto nasal que se justifica por el mal funcionamiento del velo del paladar, es necesario lograr una presión aérea intrabucal satisfactoria, la que lleva implícito el fortalecimiento y movilización del velo; el mayor cierre posible palatofaríngeo y la dirección bucal del aire espiratorio.

El trabajo debe iniciarse con ejercicios de funcionalismo para el fortalecimiento y movimiento del velo, de modo que favorezca el desarrollo muscular de la pared faríngea a nivel del rolete de Passavant

Funcionalismo /p/; abuchar las mejillas con los labios bien cerrados y después de unos instantes de mantener en lo posible la presión de aire dentro de la boca, soltar explosivamente el aire, mientras se pronuncia una sílaba fuerte y corta con la /p/.

Sigmoterapia inicial o funcionalismo /s/; Con los dientes unidos y los labios en posición de sonrisa forzada, extendiendo bien las comisuras, emitir silbidos finos, largos y suaves.

Funcionalismo /k/; abrir bien la boca y hacer una contracción fuerte a nivel del istmo de las fauces en forma de chasquido, anteponiendo vocales.

Sinquinesia físico-vocal; técnica de estimulación funcional más completa del velo: de pie, colocar los puños cerrados junto a la línea media del cuerpo, ir subiendo poco a poco hasta la altura del pecho, al mismo tiempo que se va inspirando suavemente por la nariz y colocando los labios en preparación para pronunciar el sonido /p/; los codos deben quedar finalmente a mayor altura que los puños. En esta posición mantenida por unos segundos, se lanzan los puños hacia debajo de manera muy energética, hasta la posición inicial, cuidando hacerlo simultáneamente con el lanzamiento se emite una sílaba con el sonido /p/, bien corta y fuerte pé.

Después de dominar los funcionalismos, se ha de ejercitar diferentes variantes como:

Extender el funcionalismo añadiendo vocales acentuadas al final: sssssssssssssssssá, sssssssssssssssé

Anteponer vocales al funcionalismo. Assssssssss, essssssssss

Intercalar vocales en la emisión funcional: assssssssssá, essssssssé

Serie funcional simple, repitiendo el funcionalismo, acentuando cada una de las vocales: sssssássssássssá

Repetir series acompañadas de vocales acentuadas, después anteponiendo las vocales y por último intercalando las vocales, acentuando la última.

Serie funcional compleja, comienza por una vocal, a la que le sigue una secuencia del sonido consonántico terminado con la misma vocal acentuada. assssássssá esssséssssé

Ejercicios de cuchicheo fuertes y escalonadas realizaciones bucales.

Cuchicheo intenso y extenso, se exagera al máximo los movimientos articulatorios y pueden ser escuchadas palabras a una distancia de 1M o más (poca dosis de tiempo en cada sesión).

Finalmente, como parte de la estrategia de intervención logopédica, se proponen ejercicios de desnasalización a partir de /j/ o /s/. Se parte de la primera (/j/).

Pasos:

Soplo largo y amplio de jadeo, con la boca abierta, se sigue con la emisión prolongada de una vocal, al principio debe ser siempre la /a/. jjjjjjjaaa

Pequeña separación entre el jadeo funcional y la prolongación vocálica, jj jjj/ a a a a

El último paso sería la emisión consciente del sonido.

Gimnasia pasiva y masajes, aunque se le debe dar mayor importancia a la gimnasia activa para la ejercitación funcional de los órganos articulatorios.



Actividades en forma de juegos (educar la respiración, la voz y la pronunciación).

Por último, se señala que el pronóstico de corrección es reservado por cuanto las afectaciones del timbre, la nasalidad no se logra eliminar en su totalidad, se habla más de las posibilidades compensatorias que de superación en estas personas.

Pautas que ayudan a mejorar la rinolalia:

En correspondencia al trastorno que presente o fonemas que se encuentren afectados en el niño se le establecería una terapia de lenguaje con la finalidad de corregir o compensar dicho trastorno.

Las pautas se deben ejecutar dependiendo del trastorno que tengan el niño, esto no quiere decir que se le va a obligar a que hable bien, sino que, se debe establecer actividades que ayuden a la mejora o compensación del trastorno, para ello se plantea algunas sugerencias a tomar en cuenta tanto en la rinolalia abierta como cerrada.

Conclusiones

1. La Rinolalia es un trastorno del habla que, aunque puede parecer un tema específico, tiene implicaciones significativas en la comunicación y la calidad de vida de quienes la padecen. Su origen puede ser multifactorial, abarcando desde condiciones anatómicas hasta disfunciones funcionales, lo que subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario en su diagnóstico y tratamiento.

2. La sensibilización sobre la rinolalia es crucial, tanto en el ámbito educativo como en lo social.

La intervención temprana y el apoyo adecuado pueden marcar una diferencia significativa en la vida de los niños con rinolalia, permitiéndoles mejorar su capacidad comunicativa y por ende su interacción social.

Referencias bibliográficas

- Colas, P., Ruiz, S. y Delteil. F. (2020). Detección precoz de los trastornos del lenguaje oral en la infancia y su clasificación.
- Fernández Pérez de Alejo, G. y Rodríguez Fleitas, X. (2012). Logopedia. (Tomo 1). La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
- Fernández, G. y García, C. (2011). La organización de la atención logopédica integral en las instituciones educacionales. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
- Fernández, I. y Vázquez, G. (2008). Recursos tecnológicos para el tratamiento logopédico. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
- Figueredo Escobar, E. y otros. Logopedia (Tomo 1). La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
- Errasti Aguirrebeitia, N. (2024). Implicaciones logopédicas en la secuencia Pierre Robin.
- Tigre Lozano, K. J. y Villarroel Avila, X. A. (2023). Guía de actividades logopédicas en el contexto escuela-familia para la atención a un niño con rinolalia.

