Col·legi de
Logopedes de
Catalunya

Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia

Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia

Col·legi de Logopedes
de Catalunya

Créditos

Autoría	Col·legi de Logopedes de Catalunya (CLC)
Dirección institucional y miembro del CLC en el grupo motor del Plan de los Trastornos del Neurodesarrollo y el Aprendizaje (TNDyA) de Cataluña	**Mireia Sala i Torrent.** Decana del CLC (2013-2025), col. núm. 1755
Dirección de los grupos de trabajo del CLC y miembro del CLC en el Comité asesor del Plan de Rehabilitación de Cataluña	**Núria Duaso Caldes.** Subdecana del CLC (2015-2023), col. núm. 321
Dirección científica	**Josep Maria Vila-Rovira,** col. núm. 4
Coordinación técnica	**Andreina Escalona Reyes,** col. núm. 4859
Comisión de Revisión y Posicionamientos Institucionales del CLC	**Mireia Sala i Torrent.** Decana, col. núm. 1755 **Núria Duaso Caldes.** Subdecana (2015-2023), col. núm. 321 **Xon Belmonte Mateu.** Subdecana (2023-actualidad), col. núm. 3443 **Wencke Brauns.** Subsecretaria, col. núm. 4030 **Núria Oriol i Peregrina**. Vocal, col. núm. 72 **José Francisco Cervera Mérida**. Decano del Colegio Oficial de Logopedas de Valencia (COLCV) entre los años 2010-2018, col. del COLCV núm. 46121 **Josep Maria Vila-Rovira** (Universidad Ramon Llull), col. núm. 4
Autores colaboradores	**Josep Maria Vila-Rovira** (Universidad Ramon Llull), col. núm. 4 **José Francisco Cervera** (Universidad Católica de Valencia), col. del COLCV núm. 46121 **Ignasi Ivern i Pascual** (Universidad Ramon Llull), col. núm. 20 **Berta Salvadó Salvadó** (Universidad Ramon Llull), col. núm. 1250 **Amparo Ygual Fernández** (Universidad de Valencia), col. del COLCV núm. 46143 **Ana Pellicer Magraner** (Universidad Católica de Valencia), col. del COLCV núm. 46488
Revisores colaboradores	**Jesús Valero i Garcia** (Universidad Ramon Llull), col. núm. 3437 **Olga Viridiana Arreola García** (Universidad Ramon Llull), col. núm. 4300 **Melina Aparici Aznar** (Universidad Autónoma de Barcelona) **Begoña Barceló Sarria** (Universidad de Málaga), col. del Colegio Oficial de Logopedas de Andalucía núm. 6 **Esther Rodríguez León** (Universidad Central de Cataluña), col. núm. 1584
Corrección lingüística	Irene Cot Casanovas
Diseño gráfico	spread. David Lorente - Tomoko Sakamoto
Impresión y encuadernación	Sprint Copy, Barcelona

Todos los derechos reservados.
© de la edición y los textos, Col·legi de Logopedes de Catalunya, 2025.

Passatge Pagès 13, 08013 Barcelona

Depósito legal B 18678-2025

Esta publicación se puede descargar en: www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025

Agradecimientos

El Col·legi de Logopedes de Catalunya agradece sinceramente la valiosa contribución de todos los colegiados y colegiadas que participaron activamente en la elaboración del Plan de Rehabilitación de Cataluña 2022. Su implicación y experiencia han sido fundamentales para incorporar la perspectiva logopédica en este nuevo marco de atención integral.

Este proyecto no hubiera sido posible sin la participación de las Juntas de Gobierno del CLC desde 2019 hasta 2025.

Sumario

	Presentación	9
	Estructura y contenidos del documento	13
1	**Hipoacusia periférica**	18
2	**Trastorno del procesamiento auditivo central**	44
3	**Afasia**	62
4	**Trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos**	84
5	**Trastornos del lenguaje infantil**	104
6	**Trastornos del espectro autista**	132
7	**Trastorno del desarrollo de los sonidos del habla**	178
8	**Trastornos del desarrollo del aprendizaje**	200
9	**Disartria**	232
10	**Disglosia**	252
11	**Trastornos de la resonancia**	270
12	**Apraxia del habla**	290
13	**Disfunciones orofaciales**	310
14	**Disfagia**	330
15	**Trastornos aerodigestivos**	350
16	**Trastornos de la alimentación pediátricos**	382
17	**Alteraciones de la fluencia**	406
18	**Trastornos de la voz**	428
19	**Voz y comunicación en transgénero**	448
	Adenda	
a	**Calidad y seguridad en la práctica logopédica**	464
b	**La autoregulación profesional en logopedia**	473

Presentación

La logopedia es una profesión sanitaria plenamente reconocida y regulada, tal como establece la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS). Este marco normativo consolida su integración dentro del sistema de salud y establece el papel fundamental en el desarrollo, la inclusión social y el bienestar global de las personas.

Más allá de su reconocimiento legal, la logopedia se ha consolidado como una disciplina en constante transformación, que abarca la prevención, detección, evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación sobre los trastornos que afectan al lenguaje oral y escrito, al habla, a la voz, a la audición y a las funciones orofaciales y deglutorias a lo largo de todas las etapas de la vida. Esta mirada integral y multidimensional pone de relieve la necesidad y la riqueza de la intervención logopédica dentro de equipos interdisciplinares.

En un contexto en el que la logopedia tiene un papel cada vez más relevante en la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas, es imprescindible contar con directrices profesionales sólidas que orienten una práctica basada en la evidencia científica, la actualización constante y el respeto a los principios éticos y deontológicos. De este modo, se garantiza la protección de las personas atendidas, la competencia profesional y la calidad e integridad de la profesión.

Con este fin, el Col·legi de Logopedes de Catalunya (CLC), mediante un acuerdo de junta del 2 de junio de 2022, impulsó la elaboración de la *Declaración de Posicionamientos y Buenas Prácticas en el Ejercicio Profesional de la Logopedia*. Este documento abierto, coral y transformador aspira a convertirse en un referente en la práctica profesional desde una perspectiva ética, científica y reguladora.

La Declaración es el fruto de un proceso intenso y colaborativo desarrollado entre los años 2021 y 2025, en un momento estratégico para la evolución de la profesión. Su elaboración ha venido profundamente marcada por dos marcos institucionales de gran alcance: el Plan de

Rehabilitación de Cataluña 2022 y el Plan de Prevención, Detección, Atención y Recuperación de los Trastornos del Neurodesarrollo y de los Trastornos del Aprendizaje (TNDyA) 2025, que han sido determinantes para definir tanto el enfoque como su contenido.

El Plan de Rehabilitación de Cataluña, desarrollado entre 2021 y 2022, supone un cambio de paradigma en la concepción de la atención rehabilitadora en nuestro país. Este documento actualiza el plan anterior, vigente desde 2008, e introduce decididamente un enfoque biopsicosocial centrado en la persona, con una visión integral que abarca todas las fases del proceso asistencial: prevención, intervención, seguimiento y mantenimiento. Su elaboración ha contado con la colaboración de más de 200 profesionales de los ámbitos sanitario y social, con la participación del CLC en el Comité de Asesores creado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y con el trabajo técnico de un grupo importante de logopedas que han aportado su experticia, experiencia y una mirada crítica. En este nuevo escenario, la logopedia se consolida como una disciplina clave en los procesos rehabilitadores y contribuye de forma decisiva a mejorar la calidad de vida de las personas.

Por otra parte, durante el bienio 2024-2025, se ha desplegado el plan TNDyA, con una participación destacada del Col·legi de Logopedes de Catalunya, que ha formado parte activa del grupo motor del proyecto. En este marco, el CLC ha asumido la coordinación de la comisión dedicada al trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) y ha desempeñado un papel relevante en la elaboración del documento específico sobre la dislexia, aportando rigor técnico y científico. Con un enfoque claramente colaborativo, el plan se ha desarrollado en un contexto de interacción interprofesional e interdepartamental, que ha implicado de forma conjunta a los sectores de salud, educación y servicios sociales. Este proceso ha permitido consensuar acciones, metodologías y roles en cada una de las fases del circuito de atención, que incluye la detección, la evaluación, el diagnóstico y la intervención, reforzando la coherencia y la eficacia del modelo y consolidando la logopedia como pieza fundamental en el abordaje del trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) y la dislexia. El plan prevé, además, una prueba piloto previa a su implementación generalizada en el territorio a partir de septiembre de 2025, en la que se pone de manifiesto el rol activo de la logopedia en los circuitos de detección y apoyo a la infancia y la adolescencia.

A pesar de haberse desarrollado en momentos diferentes, ambos procesos han contribuido de manera significativa a la ordenación de la profesión y comparten una clara vocación transformadora que ha sido clave en la definición de la presente Declaración. Han puesto en valor el conocimiento acumulado por los grupos de expertos del Colegio y han evidenciado la necesidad de un marco actualizado que oriente la práctica profesional con rigor científico, compromiso ético y capacidad de respuesta ante las necesidades reales de la ciudadanía.

En este escenario, la Declaración no solo sistematiza buenas prácticas y posicionamientos compartidos, sino que también reafirma el liderazgo de la logopedia en los ámbitos sanitario, educativo y social,

y consolida su contribución esencial en el abordaje integral de los retos actuales y futuros.

El resultado es un documento coral, construido desde una perspectiva colectiva y multidisciplinar, que refleja la diversidad y la riqueza de la práctica logopédica.

Las directrices que se recogen se presentan desde la responsabilidad que la organización profesional asume como entidad de derecho público para la ordenación de la profesión titulada y regulada de la logopedia. Tienen como objetivo garantizar una práctica segura, equitativa y de calidad, fundamentada en la evidencia científica y en los principios éticos y deontológicos que rigen la profesión. Este marco orienta la toma de decisiones, refuerza la responsabilidad y la coherencia en la actuación profesional y protege los derechos de las personas atendidas, al mismo tiempo que vela por la integridad y el prestigio del colectivo.

La Declaración ofrece orientaciones claras y consensuadas para la práctica clínica, la formación y la investigación, integrando los valores y compromisos que definen la logopedia. Ante los retos presentes y futuros de los ámbitos sanitario, educativo y social, el documento favorece la autorregulación colectiva y proporciona criterios compartidos que refuerzan la identidad profesional, definen estándares y garantizan una actuación cohesionada, comprometida y centrada en las necesidades de la ciudadanía.

La comunicación, como fenómeno humano, es cambiante, y la logopedia evoluciona al mismo ritmo, adaptándose a nuevas realidades, prácticas y evidencias. Esta Declaración nace en un contexto de transformación constante, y no aspira a ofrecer verdades absolutas ni soluciones definitivas. Es un reflejo de un momento concreto, sabiendo que el conocimiento sigue avanzando y que hay aspectos que quedan abiertos o en revisión.

Su propósito va más allá de la simple descripción de trastornos o intervenciones. Pretende interpelar a los y las profesionales, invitándoles a revisar sus prácticas desde una mirada crítica y constructiva. La lectura de este documento debería suscitar preguntas, promover el debate y favorecer cambios orientados al crecimiento y la mejora continua.

Se trata, pues, de un documento vivo, abierto a la actualización y revisión colectiva. El alcance y la complejidad de los temas abordados han exigido tomar decisiones y delimitar contenidos, lo que puede haber dejado fuera algunas perspectivas. Justamente por eso es esencial que esta declaración sea leída y contrastada desde la diversidad del colectivo, escuchando los diferentes puntos de vista e incorporando, en su caso, las aportaciones en futuras revisiones.

Solo desde esta actitud abierta y compartida, la Declaración podrá mantener su relevancia y adaptarse a los nuevos desafíos de la profesión, respondiendo con rigor, responsabilidad y compromiso a las necesidades de un entorno en constante evolución.

Mireia Sala i Torrent
Decana del Col·legi de Logopedes de Catalunya

Estructura y contenidos del documento

Este texto introductorio tiene por objetivo exponer la estructura y los contenidos que integran la *Declaración de Posicionamientos y Buenas Prácticas en el Ejercicio Profesional de la Logopedia* del Col·legi de Logopedes de Catalunya (CLC).

La Declaración adopta una estructura modular que facilita tanto su actualización dinámica como la consulta ágil, incluye aspectos descriptivos y clasificatorios, así como recomendaciones referidas a la evaluación, intervención, formación y ética profesional. Se presenta en dos formatos complementarios: web y PDF. En una profesión tan dinámica como la logopedia, es imprescindible disponer de herramientas que evolucionen al mismo ritmo que la práctica y el conocimiento. En consecuencia, el CLC ha optado por un soporte digital, vivo y flexible que permita actualizaciones rápidas y consultas desde cualquier dispositivo electrónico, para garantizar una información actualizada y accesible y facilitar la revisión constante de los posicionamientos profesionales. Al mismo tiempo, se mantiene el formato PDF para las personas que prefieren una lectura más pausada y tradicional.

La Declaración se divide en una veintena de apartados, aunque esta clasificación no es la única posible y no responde a una perspectiva nosológica, sino a la finalidad de recopilar la mayoría de ámbitos en los que los logopedas prestan servicios. En ciertas ocasiones, el contenido podría haberse subdividido (por ejemplo, en el apartado de trastornos aerodigestivos) o unificado (como en el caso de los trastornos de la audición). Durante su elaboración, se ha identificado la necesidad de incorporar nuevos apartados, como los trastornos de alimentación infantiles, la voz en personas transgénero y cuestiones de seguridad y calidad en la intervención. Algunos temas quedarán pendientes para futuras ediciones, como la intervención en personas que buscan mejorar la comunicación sin presentar alteraciones diagnósticas, o la creación de subdivisiones por edades en trastornos como la disfagia o la dis-

fluencia. Es previsible que la logopedia amplíe su ámbito de actuación en el futuro, lo que requerirá nuevos documentos de consenso y nuevas secciones de la presente Declaración.

Cada capítulo comienza con un título que identifica un trastorno o un conjunto de trastornos. Para aportar coherencia a un campo con múltiples clasificaciones, el equipo editorial ha tomado como referencia, de manera parcial, las clasificaciones de la ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) de EE.UU. y del Royal College del Reino Unido, y las ha adaptado a la terminología habitual entre los profesionales del país. Este proceso ha generado debates enriquecedores y ha permitido ajustar la terminología a la realidad local. Además, se han incluido denominaciones históricas que reflejan las tradiciones y tendencias científicas a lo largo del tiempo. Los primeros apartados de cada capítulo ofrecen información esencial: definiciones, signos clínicos, causas habituales y datos epidemiológicos relevantes.

Para facilitar una lectura clara y comprensible, el documento evita la sobrecarga bibliográfica, incluyendo solo las citas que fundamentan los posicionamientos y las orientaciones expuestas. Para quien esté interesado en una profundización, se ha preparado una selección cuidadosa de recursos bibliográficos, a menudo basados en revisiones sistemáticas o síntesis actualizadas, que permiten ampliar la información y conocer las fuentes científicas que han guiado la elaboración del documento.

El bloque descriptivo inicial incorpora también los códigos correspondientes a cada trastorno según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), ordenados según su relevancia. Esta clasificación se complementa y contrasta con un enfoque más integral: la perspectiva biopsicosocial que inspira la Clasificación Internacional de la Funcionalidad, la Discapacidad y la Salud (CIF), promovida por la Organización Mundial de la Salud. Los códigos CIF constituyen una herramienta fundamental para describir la salud y los factores que intervienen en el funcionamiento humano y permiten situar cada trastorno en un marco que trasciende el diagnóstico médico tradicional.

La CIF proporciona un marco estandarizado y global para comprender y documentar las condiciones de salud que afectan a la capacidad de las personas para actuar y participar en su entorno. A diferencia de otros enfoques centrados exclusivamente en el diagnóstico médico, la CIF ofrece una visión integral y contextual que evalúa funciones y estructuras corporales, actividades y participación, así como factores ambientales y personales que facilitan o dificultan el funcionamiento diario. Su estructura jerárquica permite diferentes niveles de detalle, lo que facilita su aplicación clínica, investigadora y en políticas públicas. Sin duda, constituye una herramienta imprescindible para el diseño de intervenciones en salud, rehabilitación y servicios sociales, con una visión holística y centrada en el bienestar de las personas.

Cada trastorno tratado dedica un espacio específico a analizar el impacto funcional que provoca en la vida diaria del paciente y su entorno, que puede actuar como facilitador o como barrera. Este

apartado incluye códigos CIF que ayudan a describir y cuantificar su impacto y, al final de cada capítulo, se presenta un cuadro resumen con los códigos propuestos. El CLC es consciente de que la CIF es una herramienta en evolución y que aún faltan *Core Sets* definidos en muchos ámbitos de la salud para captar con precisión su impacto funcional. Por ello, se fomenta la implicación activa de profesionales, investigadores y estudiantes para impulsar estudios e iniciativas que contribuyan a la elaboración y publicación de estos conjuntos esenciales de códigos.

Uno de los apartados más innovadores del documento es el dedicado a la gradación de la severidad, las consecuencias y las necesidades de soporte. El objetivo es superar una visión centrada únicamente en los síntomas, para ampliar el foco a las restricciones que la alteración genera en la vida de la persona, así como a los soportes necesarios para compensarlas. Esta aproximación funcional y contextual ha sido compleja de definir y ha implicado riesgos metodológicos por la falta de referentes sólidos en muchos trastornos. El modelo de cinco niveles propuesto parte de una iniciativa profesional del CLC con el Departamento de Salud en 2012, basada en la estructura del libro *Valoración de la deficiencia y la discapacidad en los trastornos del lenguaje, el habla y la voz* (IMSERSO, 1997), y recientemente consolidada por el Real Decreto 888/2022, que establece cinco grados de severidad para la discapacidad. El CLC ha optado por adoptar este marco normativo estatal para garantizar la coherencia con el marco legislativo actual. Así, en la gradación de severidad que se presenta en cada trastorno, el nivel 0 se entiende como una situación de normalidad que puede incluir síntomas leves o vulnerabilidad latente, con posibles acciones preventivas o educativas, sin necesidad de diagnóstico formal. En el extremo contrario, el grado IV refleja una severidad máxima, con importantes limitaciones funcionales y dependencia clara.

Posteriormente, el documento presenta un conjunto de posicionamientos clave sobre las funciones del logopeda en relación con cada alteración. El Colegio reafirma que el título universitario en Logopedia habilita legalmente para llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento logopédicos, dirigidos a las personas afectadas y a su entorno. Sin embargo, en algunos casos se recomienda formación complementaria y se destaca la importancia del trabajo interdisciplinario según el contexto asistencial. Hay que recordar que, en el ámbito de las profesiones sanitarias reguladas, la formación continuada constituye una obligación legal y deontológica, como establece la LOPS, con el fin de garantizar la competencia profesional y la seguridad en la atención a las personas. Estos posicionamientos constituyen una actualización y un complemento necesarios a los documentos de perfil profesional vigentes.

Una función esencial del logopeda es la exploración, evaluación y diagnóstico de las alteraciones comunicativas y deglutorias. Por ello, el tercer bloque de contenido está dedicado íntegramente a esta materia. Desde diferentes contextos asistenciales, se presentan estrategias, pruebas e instrumentos que el logopeda puede utilizar a su criterio profesional para recoger información funcional que guiará sus decisiones terapéu-

ticas. En algunos casos, se recomienda formación específica o medidas de seguridad adicionales según la técnica empleada. De conformidad con la legislación vigente, no existe ninguna actividad de exploración que no pueda ser realizada por un logopeda. La descripción sigue las directrices de la OMS y organiza las valoraciones en cuatro ámbitos: estructura y funciones corporales, actividades y participación, calidad de vida y contexto. Este proceso diagnóstico es fundamental para el tratamiento y debe ser documentado con claridad, pues el logopeda asume la responsabilidad profesional autónoma. Esta responsabilidad se ejerce conociendo tanto las competencias y atribuciones propias como los límites de la profesión, así como la necesidad de trabajar en equipos multidisciplinares y, en algunos casos, compartir ámbitos de actuación con profesiones con competencias no exclusivas.

Los siguientes bloques tratan de los destinatarios de la intervención logopédica, los criterios para su indicación y la regulación de su desarrollo. El CLC evita términos como «criterios de inclusión» o «exclusión», ya que cualquier persona tiene derecho a mejorar sus capacidades comunicativas y de alimentación. Se admite que las intervenciones pueden variar en intensidad y que, en situaciones puntuales, se pueden suspender temporalmente, aunque se rechaza cualquier planteamiento que niegue la atención logopédica a la ciudadanía.

Una aportación relevante es la sistematización de las intervenciones terapéuticas reconocidas para cada alteración, organizadas en acciones preventivas, orientadas a la mejora y rehabilitación funcional, así como en acciones que trascienden el ámbito sanitario inmediato y se sitúan en la esfera comunitaria para preservar las funciones y fomentar la autonomía de las personas afectadas. Este enfoque integral facilita una intervención más coherente y adaptada a las necesidades individuales, teniendo en cuenta no solo los síntomas, sino también el contexto y los soportes disponibles.

Por último, cabe destacar que este documento constituye una herramienta fundamental para la práctica profesional de la logopedia, que pretende ofrecer una guía clara, rigurosa y actualizada a los colegiados y colegiadas, así como a otros profesionales e instituciones vinculadas a los ámbitos de la salud y de la educación. La voluntad del Col·legi de Logopedes de Catalunya es que la presente *Declaración de Posicionamientos y Buenas Prácticas en el Ejercicio Profesional de la Logopedia* del Col·legi de Logopedes de Catalunya (CLC) se convierta en un referente que promueva la coherencia, la calidad y la innovación en el ejercicio logopédico, así como el bienestar y la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.

Hipoacusia periférica

1

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Hipoacusia periférica. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 18–43. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Hipoacusia periférica. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 18–43). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para evaluar, diagnosticar e intervenir en los trastornos de la audición, y debe mantener una formación actualizada para adaptarse a los avances tecnológicos y terapéuticos.

2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el impacto funcional, la evaluación y la intervención en la hipoacusia, y promueve la creación de instrumentos adaptados al contexto lingüístico y cultural.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y basado en la evidencia científica para la pérdida auditiva, con la participación de la familia e insta a evitar prácticas con escasa validez.

¿Qué es?

Definición

La hipoacusia o sordera es una disminución de la capacidad auditiva para percibir los sonidos o las palabras. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera un trastorno sensorial que afecta a la funcionalidad de quien la sufre cuando la pérdida de audición es superior a 40 dB en el mejor oído en el caso de un adulto y superior a 30 dB en el de un niño.

Signos clínicos

Para estandarizar la forma en que se informa de la gravedad de la pérdida auditiva, la OMS ha adoptado un sistema de clasificación basado en medidas audiométricas. La pérdida auditiva se clasifica como leve, moderada, moderadamente severa, grave, profunda o completa; y también se ha añadido la pérdida auditiva unilateral.

Teniendo en cuenta el grado de afectación, la OMS clasifica las pérdidas auditivas, hipoacusias o sorderas en función de los resultados de la audiometría tonal:

Grado	Pérdida auditiva	Umbral auditivo en el mejor oído, en dB	Audición en ambiente tranquilo	Audición en ambiente ruidoso
	Audición normalizada	< 20 dB		
I	Leve	20–34 dB	No tiene problemas para oír lo que se dice	Puede tener dificultades reales para seguir o participar en una conversación
II	Moderada	35–49 dB	Puede tener dificultad para oír una voz normal	Tiene dificultad para escuchar y participar en las conversaciones
III	Moderadamente severa	50–64 dB	Puede oír si se habla fuerte	Tiene grandes dificultades para escuchar y participar en las conversaciones
IV	Severa	65–79 dB	Puede oír si se le habla fuerte directamente en la oreja	Tiene grandes dificultades para escuchar y participar en las conversaciones
V	Profunda	80–95 dB	Tiene una gran dificultad auditiva	No puede oír ninguna conversación

VI	Sordera total	>95 dB	No oye	No oye
	Unilateral	< 20 dB en el mejor oído, 35 dB o más de pérdida en el peor oído	No tiene problemas, excepto si el sonido está cerca del oído con el que oye menos	Puede tener dificultades reales para seguir o participar en una conversación

Además, hay que tener presente que la pérdida auditiva suele ir en aumento con el tiempo.

El 65 % de la discapacidad causada por la pérdida auditiva se atribuye a los niveles III o superiores. Independientemente de la gravedad de la pérdida auditiva o del perfil audiológico, la afectación de la pérdida auditiva depende en gran medida del tiempo transcurrido entre la afectación, la detección y las intervenciones clínicas o rehabilitadoras que se adoptan, y de hasta qué punto el entorno responde a las necesidades de las personas con pérdida auditiva.

Hay que tener presente que la hipoacusia que se presenta en el nacimiento o en los primeros años de vida tendrá una influencia decisiva en la adquisición del habla y del lenguaje. En estos casos hablamos de sordera prelocutiva y supone una afectación muy severa en la relación con el entorno y compromete muchos aspectos de la calidad de vida.

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. En este sentido, la hipoacusia periférica implica funciones mentales como la percepción auditiva y la comprensión y expresión del lenguaje (b1560, b1670 y b1671), además de funciones sensoriales como la auditiva, de la voz y relacionadas con la fluidez y el ritmo de habla (b230, b310 y b330).

Codificación CIE-11

Los principales epígrafes de las alteraciones de la audición se especifican en el cuadro siguiente:

Código	Concepto
AB50	Deficiencia auditiva congénita
AB51	Deficiencia auditiva adquirida
AB52	Sordera no especificada de otra manera
AB53	Pérdida auditiva ototóxica
AB54	Presbiacusia
AB55	Pérdida auditiva repentina idiopática

AB56	Pérdida auditiva hereditaria
AB57	Sinaptopatía o neuropatía auditiva
AB5Y	Otros trastornos especificados con deficiencia auditiva
AB5Z	Trastornos de la audición, sin especificar

Causas

La sordera es un problema de etiología diversa; puede ser heredada o adquirida a lo largo de todo el ciclo vital y afecta a cualquiera de las partes del órgano auditivo.

Epidemiología

La OMS señala que entre un 5,3 % y un 6,1 % de la población mundial presenta esta problemática en alguna de sus manifestaciones. En cuanto al grado de pérdida auditiva, la OMS destaca los siguientes datos de incidencia mundial: hipoacusia leve 14.900/100.000 habitantes; hipoacusia moderada 3.400/100.000 habitantes; hipoacusia moderada/severa 1.300/100.000 habitantes; hipoacusia severa 400/100.000 habitantes; sordera profunda 400/100.000 habitantes.

La sordera es la tercera causa principal de años vividos con discapacidad y la previsión es que el número de personas con pérdida auditiva aumente considerablemente en las próximas décadas, en gran parte a consecuencia del envejecimiento de la población.

La presbiacusia es la enfermedad neurodegenerativa más prevalente. Podemos afirmar que para personas de setenta años, la incidencia de la presbiacusia suele ser de un 30 % para los hombres y de un 20 % para las mujeres; a partir de los ochenta años, la incidencia aumenta hasta el 55 % en hombres y el 45 % en mujeres. En general, alrededor de un tercio de las personas de más de sesenta y cinco años presentan pérdida auditiva en diferentes grados.

En 2014 se publicó un estudio en Estados Unidos en que se indicaba la siguiente distribución por edades en relación con la prevalencia de la pérdida auditiva: de 21 a 34 años: 2,9%; de 35 a 44 años: 6,4%; de 45 a 54 años: 10,9%; de 55 a 64 años: 25,1 %; y de 65 a 84 años: 42,7 %.

El CLC aconseja a investigadores y estudiantes realizar estudios para conocer la prevalencia de la hipoacusia periférica en nuestro país.

Impacto en la vida de la persona

Es difícil establecer un criterio estricto de su repercusión en las personas afectadas, ya que depende del grado y tipo de afectación, del momento de la vida en que se manifiesta, de la etiología, de la posibilidad de que curse con otros trastornos asociados y de toda una serie de variables sociodemográficas, pero puede suponer en mayor o menor grado un impedimento notable para el funcionamiento de las personas que la sufren, hasta el punto de comprometer de manera muy significativa su calidad de vida. Si no se identifica y se aborda, puede tener consecuen-

cias de gran alcance, y afectar negativamente el lenguaje, el bienestar psicosocial, el logro educativo y la independencia económica en varias etapas de la vida. El informe de la OMS reconoce que la sordera sin tratar afecta a la comunicación y puede contribuir al aislamiento social y la pérdida de autonomía, y puede ir acompañada de ansiedad, depresión y deterioro cognitivo, especialmente en los mayores.

En relación con las actividades y la participación, la hipoacusia periférica incide en actividades de comunicación (d3) y en las interacciones y relaciones interpersonales generales (d7). Con el paso del tiempo, puede afectar a la educación (d810-d839), el trabajo (d840-d859), la vida económica (d860-d879) y al conjunto de la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, se encuentran detalladas las afectaciones de la hipoacusia periférica en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar sobre qué elementos incide la hipoacusia periférica.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Se ha optado por presentar de forma diferenciada los tres grandes grupos poblacionales sobre los que trata este documento: niños (< 18 años), adultos y personas mayores (> 64 años).

Grado 0: mínima limitación para la audición

Leves alteraciones articulatorias que no limitan la inteligibilidad. Sin limitación con ayuda protética y si el interlocutor tiene en cuenta su problema.

Niños con pérdida auditiva leve

Supone una limitación mínima para la recepción-articulación. En el caso de los niños menores de seis años, es recomendable llevar a cabo una evaluación logopédica y un seguimiento de la evolución lingüística del niño, ya que, si bien la pérdida auditiva no es importante en este momento, si las circunstancias evolutivas durante esta etapa no son favorables o si la pérdida es progresiva puede repercutir negativamente en la adquisición del habla.

Adultos con pérdida auditiva moderada

Supone una limitación mínima para la recepción-articulación. El paciente es capaz de expresarse con claridad y de comprender los mensajes en la mayoría de las situaciones normales de comunicación diaria con lenguaje oral. El habla puede presentar alteraciones leves en la articulación o la prosodia, aunque no se llegan a determinar limitaciones relevantes en la inteligibilidad. En el caso de que use prótesis auditivas, el paciente aprovecha esta ayuda y puede mantener una conversación con conocidos y extraños.

Personas mayores con pérdida auditiva leve

Supone ciertas limitaciones para la recepción-articulación. El paciente puede presentar limitaciones en la recepción de la lengua oral, especialmente cuando se encuentra en entornos ruidosos. Esta limitación puede verse agravada si presenta otras afectaciones, especialmente deterioro cognitivo leve. En cuanto al habla, la afectación es inapreciable.

Grado I: moderada limitación para la audición

Alteraciones en la articulación y prosodia sin repercusión relevante en la inteligibilidad. Requiere estrategias específicas (lenguaje, inferencia, etc.) y la colaboración del interlocutor. Con esfuerzo, puede hablar sobre temas conocidos con conocidos y extraños.

Niños con pérdida auditiva moderada

Supone una limitación mínima para la recepción-articulación. En la medida en que el paciente va adquiriendo lenguaje, puede ser capaz de expresarse con claridad y comprender los mensajes en la mayoría de las situaciones normales de comunicación diaria con lenguaje oral. El habla puede presentar alteraciones leves, pero no suelen llegar a determinar limitaciones relevantes en la inteligibilidad. Con el uso de las prótesis auditivas podrá mantener una conversación con conocidos y extraños. Es necesario realizar seguimiento logopédico.

Adultos con pérdida auditiva moderadamente severa

Supone una limitación moderada para la recepción-articulación. El paciente es capaz de expresarse con claridad y comprender los mensajes en muchas de las situaciones habituales de la comunicación diaria mediante el lenguaje oral. El habla puede presentar alteraciones en la articulación y en la prosodia, pero no llegan a determinar limitaciones relevantes en la inteligibilidad. El paciente lo complementa con lectura labial y otras estrategias, de forma que es capaz de mantener con esfuerzo una conversación con conocidos y extraños sobre temas conocidos siempre que el hablante tenga en cuenta su déficit auditivo y que el paciente haga uso de prótesis auditivas convencionales.

Personas mayores con pérdida auditiva moderada

Supone una limitación moderada para la recepción-articulación. El paciente puede presentar alteraciones leves en la articulación o la prosodia del habla, aunque no llegan a determinar limitaciones relevantes en la inteligibilidad. En cuanto a la comprensión, esta suele estar afectada. Puede mantener una conversación con conocidos y extraños, pero suele tener ciertas dificultades para mantener el hilo, especialmente si intervienen diferentes interlocutores. Es necesario el uso de audífonos y la rehabilitación auditiva consiguiente. La probabilidad de presentar deterioro

cognitivo es el doble que en personas de la misma edad sin discapacidad auditiva.

Grado II: severa limitación para la audición

Alteraciones en la articulación y prosodia que limitan levemente la inteligibilidad. Puede resolver algunas de las situaciones de comunicación con lenguaje oral o gestual. Máximo rendimiento del implante coclear. Si es necesario, usa el lenguaje gestual para lograr una comunicación plena.

Niños con pérdida auditiva moderadamente severa

Supone una limitación moderada para la recepción-articulación. En la medida en que el paciente va adquiriendo el lenguaje, probablemente presentará dificultades para expresarse con claridad y para comprender los mensajes en muchas de las situaciones habituales de la comunicación diaria con lenguaje oral. Las personas afectadas pueden presentar alteraciones en el habla, alteraciones en la articulación y en la prosodia, que comprometen la inteligibilidad. La lectura labial puede ser necesaria. En situación escolar los aprendizajes se pueden ver comprometidos si no hay un seguimiento y, muy probablemente, un soporte específico. La intervención logopédica o el seguimiento logopédico son necesarios.

Adultos con pérdida auditiva severa

Supone una severa limitación para la recepción-articulación. El paciente es capaz de expresarse con claridad y de comprender los mensajes en algunas de las situaciones normales de comunicación diaria con lenguaje oral o con la ayuda del gesto. Las personas afectadas pueden presentar alteraciones en la articulación y en la prosodia que dificultan levemente la inteligibilidad.

Si es usuario de audífonos o de implante coclear, estos le permiten mantener una conversación con personas conocidas en ambiente adecuado siempre que se tenga en cuenta su limitación. Si su lenguaje es gestual, se puede comunicar plenamente en el entorno lingüístico que le es afín, aunque encuentra dificultades relevantes para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

Personas mayores con pérdida auditiva moderadamente severa

Supone una severa limitación para la recepción-articulación. El paciente suele presentar dificultades para expresarse con claridad y comprender los mensajes orales en muchas de las situaciones habituales de la comunicación diaria. La lectura labiofacial como complemento puede ser una ayuda, pero hay que prever dificultades visuales debidas a la presbicia. La probabilidad de presentar deterioro cognitivo es el triple que en personas de la misma edad sin discapacidad auditiva.

Grado III: grave limitación para la audición

Alteraciones en la prosodia o articulación que limitan claramente la inteligibilidad en medios desfavorables. Puede resolver pocas situaciones con lenguaje oral o gestual. Rendimiento limitado del implante coclear, incluso con lectura labial. Utilización del lenguaje gestual para una comunicación limitada a su entorno lingüístico.

Niños con pérdida auditiva severa

Supone una severa limitación para la recepción-articulación. En situaciones normales de comunicación, el paciente puede presentar serias dificultades para expresarse con claridad y comprender los mensajes formulados en lenguaje oral. El habla presenta alteraciones en la articulación y en la prosodia que dificultan notablemente la inteligibilidad.

Podrá mantener una conversación con la ayuda de prótesis auditivas convenientemente adaptadas y rehabilitación logopédica. Si el paciente utiliza la lengua de signos, se puede comunicar plenamente en el entorno lingüístico que le es afín, aunque encuentra dificultades relevantes para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

Adultos con pérdida auditiva profunda

Supone una grave limitación para la recepción-articulación. El paciente tiene importantes dificultades para expresarse con claridad y comprender los mensajes en las situaciones cotidianas de comunicación a través del lenguaje oral. El habla presenta alteraciones en la articulación y en la prosodia que dificultan de forma relevante la inteligibilidad en circunstancias desfavorables. Si es usuario de audífonos o de implante coclear puede mantener una conversación con personas conocidas en un ambiente adecuado, con el apoyo de la lectura labial, sobre temas conocidos y siempre que se tenga en cuenta su limitación. Si utiliza la lengua de signos, puede comunicarse plenamente en el entorno lingüístico que le es afín, aunque encuentra dificultades graves para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

Personas mayores con pérdida auditiva severa

Supone una grave limitación para la recepción-articulación. El paciente suele presentar muchas dificultades para expresarse con claridad y comprender los mensajes orales en muchas de las situaciones habituales de la comunicación diaria. El habla presenta alteraciones en la articulación y en la prosodia que dificultan fuertemente la inteligibilidad.

Si es usuario de audífonos o de implante coclear, estos le permiten mantener una conversación con personas conocidas en un ambiente adecuado, siempre que se tenga en cuenta su limitación. La probabilidad de presentar deterioro cognitivo es cinco veces superior a la de las personas de la misma edad sin discapacidad auditiva.

Grado IV: total limitación para la audición

No es capaz de comprender ni de expresarse con suficiente claridad en ninguna situación normal. Ningún rendimiento protético. No utiliza la lectura labial ni otras estrategias. Uso del lenguaje gestual para una comunicación limitada a aspectos concretos estrechamente ligados al contexto y a su entorno lingüístico.

Niños con pérdida auditiva profunda

Supone una grave limitación para la recepción-articulación. No es capaz de expresarse con claridad ni de comprender los mensajes en ninguna de las situaciones habituales de comunicación a través del lenguaje oral. El habla presenta alteraciones en la articulación y en la prosodia que dificultan de forma relevante su inteligibilidad. La rehabilitación logopédica es imprescindible.

El uso de audífonos o implantes es imprescindible. Puede mantener una conversación con personas conocidas en ambiente adecuado, con el apoyo de la lectura labial, sobre temas conocidos y siempre que se tenga en cuenta su limitación. Si utiliza la lengua de signos, puede comunicarse plenamente en el entorno lingüístico que le es afín, aunque encuentra dificultades graves para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

Niños con sordera o pérdida auditiva total

Supone una limitación muy grave para la recepción-articulación. El paciente no es capaz de expresarse con claridad ni de comprender los mensajes en ninguna de las situaciones habituales de comunicación a través del lenguaje oral. El uso de audífonos o de implantes es imprescindible, así como la rehabilitación logopédica. Si el paciente utiliza exclusivamente la lengua de signos, puede comunicarse plenamente en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades graves para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

Adultos con sordera o pérdida auditiva total

Supone una limitación muy grave para la recepción-articulación. El paciente no es capaz de expresarse con claridad ni de comprender los mensajes en ninguna de las situaciones habituales de comunicación a través del lenguaje oral. El uso de audífonos o implantes es imprescindible. Si el paciente utiliza exclusivamente la lengua de signos, puede comunicarse plenamente en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades graves para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos de la audición. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos de la audición, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas de la audición, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas correspondientes. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas de la audición y su impacto en el lenguaje y la comunicación.

Una persona graduada en logopedia está capacitada para llevar a cabo la mayor parte de las acciones preventivas, evaluadoras y terapéuticas de las funciones auditivas y del lenguaje asociadas a la pérdida auditiva. Sin embargo, tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. Es necesario que los profesionales cuenten con formación actualizada y profundicen en los conocimientos y las habilidades en aspectos tan cambiantes como son la programación de prótesis e implantes o el entrenamiento auditivo para la comunicación de sus usuarios. La formación en lengua de signos, lectura labial o en otros sistemas de comunicación aumentativa o alternativa puede ser un complemento que optimice su eficacia en la intervención logopédica con población que sufre pérdida auditiva.

Orientación interdisciplinar

Como en otras alteraciones de la comunicación, la naturaleza y las manifestaciones diversas de la pérdida auditiva pueden suponer que, para una mejor atención de la persona afectada, sea necesario la cooperación de otros profesionales. Entre estos otros profesionales podemos destacar los siguientes: médicos ORL y técnicos superiores en audiología protética, cada uno desde su perspectiva y con los procedimientos que le son propios. En el caso de los pacientes mayores que presentan presbiacusia, puede ser interesante la participación de psicólogos y terapeutas ocupacionales en los planes terapéuticos. En las alteraciones auditivas que afectan al sentido del equilibrio, entendemos que la competencia profesional recae en médicos ORL y fisioterapeutas y descartamos la participación de los profesionales de logopedia. A diferencia de otros países, entendemos que la medida de los niveles de ruido ambiental para la prevención de riesgos corresponde

a los técnicos de esta especialidad y descartamos la participación de los logopedas en esta función.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención hospitalaria y ambulatoria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por parte del pediatra o del médico ORL y será necesario que aporte información relativa a:

- Resultados del estudio audiológico realizado (otoscopia, impedanciometría, audiometría tonal liminar, audiometría verbal a campo abierto y ganancia protésica, entre otras pruebas, si las hubiera) con el acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficos, etc.).
- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Información sobre el tipo de amplificación empleada, si procede.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto quirúrgicos como rehabilitadores o farmacológicos, con fecha de realización.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de la hipoacusia periférica.

De acuerdo con la CIF de la Organización Mundial de la Salud, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con la audición.
- Limitaciones en la actividad y participación, incluyendo la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto de la audición en la calidad de vida.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

Partiendo de la clasificación de la OMS sobre los grados de pérdida auditiva expuesta anteriormente, se caracterizarán las dificultades funcionales que suelen presentar las personas con pérdida auditiva con relación a la comunicación oral. Esta caracterización depende en

gran medida de variables tales como el tipo de pérdida auditiva (de conducción o neurosensorial), la detección y la intervención precoz, el uso correcto de las prótesis auditivas (audífono o implante coclear), la aceptación del déficit por parte del paciente y su entorno familiar, las características propias del paciente, etc.

La relación de pruebas que se expone no es exhaustiva, ya que únicamente se mencionan las pruebas más destacadas. Algunas de las pruebas que los logopedas deben utilizar para valorar la audición se puede considerar que invaden el cuerpo del paciente (como la otoscopia), estas pruebas siempre deben realizarse en centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente.

Las principales pruebas que los logopedas deben emplear para identificar la sordera, evaluar el impacto en la comunicación, el lenguaje, la cognición, en su caso, e iniciar el proceso de rehabilitación son:

Niños (<18 años)

(0-3 años)

Pruebas audiológicas:

- Otoscopia e impedanciometría.
- Pruebas objetivas para medir la audición: potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC), otoemisiones acústicas (OEA), potenciales evocados auditivos de estado estable (PEAee).
- Pruebas subjetivas de la audición: reflejo de orientación condicionado; audiometrías para observación del comportamiento no condicionado/condicionado.

Cuestionarios de la función auditiva:

- Test de Ling.
- Cuestionario de evaluación para padres *Little Ears*.

(4-7 años)

Pruebas audiológicas:

- Otoscopia e impedanciometría.
- Pruebas objetivas de la audición: PEATC, OEA, PEAee.
- Pruebas subjetivas de la audición: audiometría tonal liminar (ATL), aunque depende de la colaboración del niño; audiometrías para observación del comportamiento no condicionado/condicionado; audiometría a campo libre.

Cuestionarios de la función auditiva:

- Test de Ling.
- Test de identificación de vocales.
- Test de identificación de consonantes.
- Escala de integración auditiva significativa (IT- MAIS).

Tests de lenguaje y cognición:

- Test de vocabulario en imágenes Peabody-5 (PPVT-5).
- Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas (ITPA).

- Registro fonológico inducido.
- Test de conceptos básicos de Bohem.
- Escala WPPSI (escala Wechsler de inteligencia para preescolar y primaria).
- Columbia.

(8-18 años)

Pruebas audiológicas:

- Otoscopia e impedanciometría.
- Pruebas objetivas de la audición: PEATC, OEA, PEAee.
- Pruebas subjetivas de la audición: ATL; audiometría a campo libre.

Cuestionarios de la función auditiva:

- Test de identificación de vocales.
- Test de identificación de consonantes.
- Test de reconocimiento de palabras, frases (con/sin sentido).

Tests de lenguaje y cognición:

- Test de vocabulario en imágenes Peabody-5 (PPVT-5).
- Registro fonológico inducido.
- WISC (escala manipulativa).
- TONI-2 (test de inteligencia no verbal).

Adultos

Pruebas audiológicas:

- Otoscopia e impedanciometría.
- Pruebas subjetivas de la audición: ATL, audiometría verbal con/sin ruido; audiometría a campo libre (con/sin prótesis auditivas).
- Pruebas objetivas: PEATC, OEA, PEAee, *Vestibular Evoked Myogenic Potentials* (VEMP).

Cuestionarios de la función auditiva:

- Test de identificación de vocales.
- Test de identificación de consonantes.
- Test de reconocimiento de palabras, frases (con/sin sentido).
- SSPQ-12 (cuestionario de habla, audición espacial y cualidades auditivas).
- *Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening Test* (HHIE-S).

Personas mayores (> 64 años)

Pruebas audiológicas:

- Otoscopia e impedanciometría.
- Pruebas subjetivas de la audición: ATL, audiometría verbal con/sin ruido; audiometría a campo libre (con/sin prótesis auditivas).
- Pruebas objetivas: PEATC, OEA, PEAee.
- Test de inconfort; test de escucha dicótica.

Cuestionarios de la función auditiva:

- Test de identificación de vocales.
- Test de identificación de consonantes.
- Test de reconocimiento de palabras, frases (con/sin sentido).

- SSPQ-12.
- *Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening Test* (HHIE-S).

Tests de lenguaje y pruebas para la detección de posible deterioro cognitivo leve:

- *Montreal Cognitive Assessment.*
- Test de memoria inmediata dígitos.
- *Geriatric Depression Scale-15.*
- Pfeiffer.

Actividades de la vida diaria (AVD):

- Índice de Barthel.
- Índice de Lawton.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes orientar sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación de la hipoacusia periférica en catalán y castellano.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de la pérdida auditiva en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno.

Para las personas mayores con pérdida auditiva leve se recomienda que:

→ Como pruebas de detección se utilicen cuestionarios de autopercepción o pruebas sencillas y no invasivas.

→ La rehabilitación contemple el uso de cuestionarios y escalas de la función auditiva.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para identificar las barreras contextuales y los facilitadores. Utilizando los códigos CIF, encontramos las relaciones familiares (e310 y e315), los cuidadores y personal de ayuda (e340) y el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125). En el momento de la publicación de este documento, no se conocen pruebas de evaluación de estos aspectos. El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes orientar sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación de la hipoacusia periférica en catalán y castellano.

¿A quién se dirige?

Criterios para la indicación del tratamiento

El tratamiento está indicado para personas de todas las edades que vean menguada su capacidad para comunicarse eficazmente, debido a un problema auditivo y cuando haya una expectativa razonable de un

beneficio para la persona en la estructura, en las funciones corporales y en la participación de las actividades.

Desde el punto de vista del grado de la pérdida auditiva, la OMS considera que se incluirán todos los pacientes adultos que presenten una pérdida superior a 40 dB (grado III) en el oído mejor conservado o superior a 30 dB, en el caso de los niños; o que presenten alguna alteración en la percepción de los sonidos o las palabras que afecte significativamente a su aprendizaje escolar o calidad de vida.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, con rechazo explícito a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

De acuerdo con la OMS y el importante corpus de literatura científica existente, el objetivo general de la rehabilitación dependerá, entre otras circunstancias, del tipo y grado de pérdida auditiva y, en definitiva, del grupo receptor al que pertenece el paciente. Lo que se pretende con la intervención de manera generalizada es que la persona afectada de sordera pueda desarrollarse comunicativamente con la máxima normalidad posible.

- **Habilidades**: dependiendo del grupo al que pertenezca, implementar o recuperar la funcionalidad auditiva.
- **Actividad**: minimizar la discapacidad auditiva.
- **Participación**: permitir la participación según las circunstancias de cada individuo y preferencias. Desarrollar habilidades y confianza social, promover la independencia y la toma de decisiones. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.

→ **Bienestar**: maximizar la calidad de vida de la persona con pérdida auditiva.

Objetivos terapéuticos

Niños con pérdida auditiva leve y moderada

El objetivo principal de la rehabilitación audiocomunicativa y lingüística en niños y jóvenes con sordera de grado I, II y III es el de facilitar al paciente la adaptación y el uso cuidadoso de las prótesis auditivas, si fuera necesario. Realizar un seguimiento del desarrollo del habla e intervenir, si es necesario, durante el tiempo necesario con una rehabilitación cuando se considere necesario, respetando la diversidad cultural y lingüística del paciente.

Niños con pérdida auditiva severa y profunda

El objetivo principal de la rehabilitación audiocomunicativa y lingüística en niños y jóvenes con sordera de grado IV, V y VI es el de facilitar la adaptación y uso cuidadoso de las prótesis auditivas. Dotar al paciente de un código comunicativo que le facilite el acceso a los aprendizajes escolares, un desarrollo cognitivo, psicológico y personal equilibrado; y paliar las restricciones a la participación social propias de la sordera. En la medida en que el grado de pérdida auditiva sea menor, las repercusiones en el paciente y su entorno más inmediato también disminuirán. Asimismo, hay que considerar la diversidad cultural y lingüística del paciente.

Adultos con pérdida auditiva moderada y moderadamente severa

El objetivo principal de la rehabilitación audiocomunicativa y lingüística en adultos con sordera de grado III y IV es el de facilitar al paciente la adaptación al uso cuidadoso de las prótesis auditivas y de las ayudas técnicas que le puedan facilitar una mejor calidad de vida. Realizar una intervención puntual en las funciones auditivas deterioradas, mejorando la percepción del habla y las habilidades de escucha; la lectura labiofacial; y un seguimiento emocional del paciente y de sus familiares, cuando se considere necesario.

También hay que considerar la diversidad cultural y lingüística del paciente.

Adultos con pérdida auditiva severa, profunda y total

El objetivo principal de la rehabilitación audiocomunicativa y lingüística de adultos con sordera de grado IV, V y VI es el de facilitar al paciente la adaptación al uso cuidadoso de las prótesis auditivas (audífonos) y de las ayudas técnicas que le puedan facilitar una mejor calidad de vida. En el caso de los pacientes que requieran uno/dos implantes cocleares, es recomendable llevar a cabo un trabajo intenso antes de la implantación, espe-

cialmente en cuanto a la mejora de la competencia en la lectura labiofacial. Finalizada la activación del implante, hay que iniciar un trabajo intenso para restablecer la funcionalidad auditiva y continuar con el entrenamiento de la lectura labiofacial, así como realizar un seguimiento emocional del paciente y de sus familiares. Obviamente, en la medida en que el grado de pérdida auditiva sea menor, o por el efecto de los criterios moderadores citados más abajo, las repercusiones en el paciente y su entorno más inmediato también disminuirán. Por último, también hay que considerar la diversidad cultural y lingüística del paciente.

Personas mayores con pérdida auditiva leve

El objetivo principal de la rehabilitación de personas mayores con sordera de grado II es el de facilitar al paciente la adaptación a las prótesis auditivas (audífonos) y el uso de las ayudas técnicas que le puedan facilitar una mejor calidad de vida. La utilización correcta de los audífonos requiere una cierta adaptación a una nueva manera de percibir los sonidos así como un acompañamiento emocional del paciente. También hay que considerar la diversidad cultural y lingüística del paciente.

Personas mayores con pérdida auditiva moderada, severa y profunda

El objetivo principal de la rehabilitación de personas mayores con sordera de grado III, IV y V es, por un lado, facilitar al paciente la adaptación al uso cuidadoso de las prótesis auditivas (audífonos) y de las ayudas técnicas que le puedan facilitar una mejor calidad de vida. Por otra parte, restablecer las sensaciones sonoras y realizar una estimulación audiocognitiva que ralentice el deterioro de la persona mayor afectada de sordera. También es muy importante la intervención y el apoyo al entorno familiar. Obviamente, en la medida en que el grado de pérdida auditiva sea menor, o por el efecto de los criterios moderadores citados más abajo, las repercusiones en el paciente y su entorno más inmediato también disminuirán. Por último, también hay que considerar la diversidad cultural y lingüística del paciente.

En cuanto a los objetivos específicos, pueden ser muy diversos, dependiendo del grupo de rehabilitación que se trate. A modo de ejemplo, los ámbitos que se pueden contemplar son:

a Adaptación protética.
b Rehabilitación logopédica (más general) y auditiva (más específica).
c Lectura labiofacial.
d Lengua de signos (si procede).
e Acompañamiento emocional de paciente y familiares.
f Soporte cognitivo.
g Asesoramiento en el uso de las ayudas técnicas.

Intervenciones preventivas

Los logopedas deben ser agentes promotores de la salud auditiva. En este sentido, deben favorecer la toma de conciencia de la comunidad en relación con los efectos nocivos del ruido con herramientas de divulgación, formación y detección. Por otra parte, los logopedas incidirán también en la mejora de la aceptación y comprensión de las personas oyentes para con las personas con pérdida auditiva. Los logopedas promoverán las pruebas de cribado de la hipoacusia en personas mayores que deberían hacerse periódicamente en su Centro de Salud por parte de médicos de familia o logopedas.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

La mayoría de las pérdidas auditivas son irreversibles y se requiere atención sanitaria en todas las etapas del curso vital. A menudo, la rehabilitación es esencial para mejorar la función, la actividad, la participación y, en definitiva, ofrecer una mejor calidad de vida a las personas con pérdida auditiva. Una vez identificada la pérdida auditiva, es esencial que se trate lo antes posible y de manera adecuada para mitigar cualquier impacto adverso. El informe de la OMS reconoce que la sordera sin tratar afecta a la comunicación y puede contribuir al aislamiento social y la pérdida de autonomía, y puede venir acompañada de ansiedad, depresión y deterioro cognitivo, especialmente en las personas mayores.

El CLC orienta los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes aspectos de la hipoacusia periférica:

1. El uso de la tecnología auditiva mediante audífonos, implantes cocleares, implantes del oído medio.
2. El uso de la lengua de signos y otros medios de sustitución sensorial.
3. Terapia rehabilitadora para mejorar las habilidades auditivas, la comunicación y las habilidades lingüísticas.

El uso de la tecnología auditiva

En niños, la intervención precoz con audífonos e implantes comporta a una mejor audición, comunicación oral y calidad de vida, lo que se traduce en mejoras en el ámbito escolar y socioemocional.

En cuanto a las personas adultas, el uso de audífonos e implantes cocleares mejora las capacidades de escucha y la calidad de vida y, en el caso de las personas que sufren presbiacusia, el uso de audífonos también puede ser un agente protector contra el deterioro cognitivo y la demencia.

Uso de la lengua de signos y la lectura labiofacial

Cuando el acceso a una audición óptima y, por tanto, las posibilidades de adquisición del lenguaje oral se ve perturbado, el aprendizaje y uso de la lengua de signos puede proporcionar el medio de comunicación necesario en las primeras etapas del desarrollo y crecimiento personal. Por otra parte, cuando la detección de la pérdida auditiva

se ha producido muy tarde (> 5 años para pérdidas de grado V a VII) o cuando el acceso a las prótesis auditivas y la posterior rehabilitación es muy limitado, el uso de la lengua de signos puede facilitar el desarrollo cognitivo, socioafectivo y la comunicación del niño con un grado importante de sordera.

En cuanto a la lectura labiofacial, es un medio importante para acceder a la comunicación de las personas con pérdida auditiva. Se desarrolla de manera espontánea ante la necesidad de comunicación, aunque es un proceso lento y generalmente requiere un trabajo específico de entrenamiento.

Intervención logopédica

Según la OMS, la intervención precoz es efectiva para mejorar el desarrollo del lenguaje, las habilidades psicosociales, la calidad de vida y el funcionamiento diario, tanto en niños como en adultos con pérdida auditiva.

La rehabilitación auditiva es esencial para garantizar que las personas se beneficien del uso de los audífonos y los implantes. Esta rehabilitación mejora la aceptabilidad, la eficacia y la rentabilidad de estos dispositivos.

En las personas mayores, el cribado auditivo de adultos y la intervención precoz ganan especial relevancia, dados los vínculos entre la pérdida auditiva y la demencia. En estos casos, la rehabilitación auditiva también resulta beneficiosa para la comunicación y la calidad de vida de las personas mayores con discapacidad auditiva o cognitiva.

Descripción de las principales indicaciones de rehabilitación logopédica en función de la edad y del grado de pérdida auditiva

Niños con pérdida auditiva leve y moderada

a Rehabilitación logopédica: conciencia fonológica; habla y lenguaje.
c Rehabilitación auditiva.
d Lectura labiofacial.

Niños con pérdida auditiva severa y profunda

a Rehabilitación logopédica: conciencia fonológica; habla, lenguaje y voz.
b Rehabilitación auditiva (atención y memoria auditivas, detección, discriminación, identificación, reconocimiento y comprensión auditiva).
c Lectura labiofacial.
d Lengua de signos.
e Acompañamiento emocional personal y familiar.

A través de las siguientes terapias:

- Terapia auditivo-verbal.
- Método verbotonal.

Adultos con pérdida auditiva moderada, moderadamente severa, severa, profunda y total

a Asesoramiento sobre ayudas técnicas.
b Rehabilitación auditiva (atención y memoria auditivas, detección, discriminación, identificación, reconocimiento y comprensión auditiva) y de la lectura labial. Mediante programas específicos:
   - *Earobics, Fast for Word; Speech Perception Assessment and Training System* (SPATS).
   - *Listening and Communication Enhancement* (LACE).
c Acompañamiento emocional personal y familiar.

Personas mayores con pérdida auditiva leve, moderada, severa y profunda

a Asesoramiento sobre ayudas técnicas.
b Rehabilitación auditiva (atención y memoria auditivas, identificación, reconocimiento y comprensión auditiva) y de la lectura labial. Mediante programas específicos:
   - *Earobics, Fast for Word; Speech Perception Assessment and Training System* (SPATS).
   - *Listening and Communication Enhancement* (LACE).
   - *Active Communication Education.*
c Entrenamiento cognitivo y de las funciones ejecutivas.
d Acompañamiento emocional personal y familiar.
e Tanto la adaptación como la rehabilitación pueden hacerse de forma individual o en grupo reducido, con resultados similares.
f También es recomendable el enfoque educativo de comunicación activa (ACE).

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención logopédica en las alteraciones de la audición.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Los logopedas orientarán a los pacientes y sus familias a realizar un mantenimiento de los aparatos audiológicos riguroso por parte de técnicos acreditados.

La participación de las personas mayores (> 64 años) en intervenciones grupales con finalidad educativa o de apoyo social disminuye de forma significativa el aislamiento social, así como la progresión de déficits cognitivos, motivo por el que se recomienda incentivarla.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención de mantenimiento en la hipoacusia periférica.

Intervenciones en el entorno

Se debe intervenir en las barreras y los facilitadores ambientales identificados en la evaluación con los códigos CIF.

En las personas mayores con pérdida auditiva leve, moderada, severa y profunda, los resultados de la adaptación y la rehabilitación

mejoran cuando participan los cuidadores o los familiares, por lo que se recomienda incentivar su participación.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de la publicación de este documento, no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica, aunque hay algunas terapias de integración auditiva mediante instrumental acústico específico como el método Tomatis, el método SENA, la terapia Vertia, el método Knaster o el método Bérard que disponen de pocos estudios publicados y de bajo rigor metodológico y, por tanto, el CLC recomienda usarlos con prudencia.

Equipamiento

El CLC aconseja los profesionales de la práctica clínica que dispongan de siguientes elementos de equipamiento para intervenir en pacientes con hipoacusia periférica: además de los equipamientos habituales en un servicio de logopedia infantil o de adultos, deben disponer de aparatos de amplificación, enmascaramiento, separación de canales de audio y materiales de trabajo lingüístico y cognitivo.

Es importante valorar el efecto negativo que puede tener el uso de material con aspecto infantil en adultos con hipoacusia. En estos casos, es recomendable utilizar materiales neutros, relacionados con la cultura del entorno y del individuo, para evitar cualquier forma de infantilización. Del mismo modo, es fundamental que los logopedas reflexionen sobre la manera en que se relacionan con estos pacientes, deben evitar estereotipos culturales inadecuados y, sobre todo, alejarse del edadismo. Este sesgo puede minimizar las capacidades de la persona mayor, limitar su autonomía y afectar a su motivación y autoestima. Un enfoque respetuoso y adaptado a la dignidad y la experiencia vital de cada paciente es clave para una intervención logopédica efectiva y ética.

Es fundamental que los logopedas apliquen estrictas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se realiza de nuevo una evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad o bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- La inteligibilidad del habla del individuo no perjudica la participación en las actividades y no afecta a su estado de salud, seguridad e independencia.
- La producción del habla del individuo es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Orientaciones para después del alta

En el momento del alta se dan unas recomendaciones al usuario y a los familiares con el fin de optimizar la intervención y empoderar al paciente. Si se considera adecuado, se recomendará material para continuar trabajando en el domicilio.

Después del alta, hay que ofrecer servicios de promoción de la salud, apoyo y seguimiento a largo plazo para garantizar que se mantengan los beneficios conseguidos, detectar posibles complicaciones médicas o valorar posibles cambios en la funcionalidad o grado de dependencia que hagan necesario el acceso a nuevos programas de tratamiento.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b1560 Funciones de percepción auditiva
	b1670 Comprensión del lenguaje b1671 Expresión del lenguaje
b2 Funciones sensoriales y dolor	b230 Funciones auditivas
b3 Funciones de la voz y el habla	b310 Funciones de la voz b330 Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d3 Comunicación	d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados d320 Comunicación-recepción en lengua de signos
	d330 Hablar
	d350 Conversar d355 Discusión
d7 Interacciones y relaciones interperso-nales	d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones personales complejas d729 Interacciones interpersonales generales, otras especificadas y no especificadas
	d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d779 Relaciones interpersonales particulares, otras específicas y no específicas
	d798 Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas d799 Interacciones y relaciones interpersonales, no especificadas

d8 Áreas principales de la vida	**d810-d839 Educación** d810 Educación no reglada d820 Educación escolar d825 Formación profesional d830 Educación superior
	d840-d859 Trabajo y empleo d840 Aprendizaje (preparación para el trabajo) d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo d850 Trabajo remunerado d855 Trabajo no remunerado d859 Trabajo y empleo, especificado y no especificado
	d860-d879 Vida económica d860 Transacciones económicas básicas d865 Transacciones económicas complejas d870 Autosuficiencia económica d879 Vida económica, especificada y no especificada
	d898 Áreas principales de la vida, otras especificadas d899 Áreas principales de la vida, no especificadas
d9 Vida comunitaria, social y cívica	d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio d930 Religión y espiritualidad
FACTORES AMBIENTALES	
e1 Productos y tecnología	**e125 Productos y tecnología para la comunicación**
e3 Apoyo y relaciones	e310 Familiares cercanos e315 Otros familiares e340 Cuidadores y personal de ayuda

Bibliografía

Binos P, Nirgianaki E, Psillas G. How effective is Auditory-Verbal Therapy for Building Language Development of Children with Cochlear Implants? A systematic review. Life. 2021;11:239 https://doi.org/10.3390/life11030239

British Society of Audiology. Practice Guidance Common Principles of Rehabilitation for Adults in Audiology Services. Octubre 2016 (revisado octubre, 2021). Disponible en: https://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2023/10/OD104-52-Practice-Guidance-Common-Principles-of-Rehabilitation-for-Adults-in-Audiology-Services-2016.pdf [citado el 3 de abril de 2024]

Cattan M. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. Aging and Society. 2005;21(1):41-67. https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594

Chisolm T, Abrams A, McArdle J. Short and long terme outcomes of adult audiological rehabilitation. Ear and Hearing. 2004;25. https://doi.org/10.1097/01.aud.0000145114.24651.4e

Chisholm T, Johnson C, Danhauer E, *et al.* A systematic review of health-related quality of life and hearing aids: final report of the American Academy of Audiology Task Force On the Health-Related Quality of Life Benefits of Amplification in Adults. J Am Acad Audiol. 2007 Feb;18(2):151-83. https://doi.org/10.3766/jaaa.18.2.7

Ferguson M, Maidment D, Henshaw H, Heffernan E, eds. Evidence-based interventions for adult aural rehabilitation: that was then, this is now. Thieme Medical Publishers. Seminars in hearing; 2019.

Hickson L, Worrall L, Scarinci N. A randomized controlled trial evaluating the active communication education program for older people with hearing impairment. Ear and Hear. 2007;28(2):212-30.

Kricos P. Audiologic Management of Older Adults With Hearing Loss and Compromised Cognitive /Psychoacoustic Auditory Processing Capabilities. Trends in Amplification, 2006; 10(1): 1-28.

Nordvik Ø, Laugen Heggdal PO, Brännström J, Vassbotn F, Aarstad AK, Aarstad HJ. Generic quality of life in persons with hearing loss: a systematic literature review. BMC Ear Nose Throat Disord. 2018;18:1. https://doi.org/10.1186/s12901-018-0051-6

Mamo SK, Reed NS, Price C, Occhipinti D, Pletnikova A, Lin FR, *et al.* Hearing loss treatment in older adults with cognitive impairment: a systematic review. J Speech Lang Hearing Res. 2018;61(10):2589–603. https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-H-18-0077

Mulhem E. What are the benefits and harms of hearing aids for adults with mild to moderate hearing loss? Cochrane Library: Cochrane Clinical Answers. Julio 2019. https://doi.org/10.1002/cca.1989

Olusanya BO, Neumann KJ, Saunders JE. The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. Bull World Health Organ. 2014;92(5):367–73. https://doi.org/10.2471/BLT.13.128728

OMS. World report on hearing. Ginebra: World Health Organization; 2021.

Roth T, Hanebuth D, Probst R. Prevalence of age-related hearing loss in Europe: a review. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2011 Ago;268(8):1101-1107. https://doi.org/10.1007/s00405-011-1597-8

Shekari E, Nakhshab M, Valinejad V, Zadeh A, Hosseinpour A. A systematic review of the effectiveness of early intervention and the role of parents in language development of hearing loss children. Iranian Rehab J. 2017;15(1):5–14.

Stropahl M, Besser J, Launer S. Auditory training supports auditory rehabilitation: a state-of-the-art review. Ear Hear. 2020;41(4):697–704. https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000806

Wong L, Hickson L. Evidence-based practice in audiology. Evaluating interventions for children and adults with hearing impairment. Plural Publishing. 2012.

Trastornos del procesamiento auditivo central

2

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos del procesamiento auditivo central. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 44–61. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos del procesamiento auditivo central. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 44–61). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para prevenir, evaluar e intervenir en los trastornos del procesamiento auditivo central, y debe mantener una formación actualizada para garantizar una intervención basada en la evidencia científica y ajustada a las necesidades individuales.

2 El CLC impulsa la investigación para establecer criterios diagnósticos estandarizados y conocer la prevalencia local, así como para desarrollar instrumentos de evaluación y herramientas adaptadas al contexto lingüístico y cultural en catalán y castellano.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario para atender la complejidad del trastorno, promoviendo la coordinación entre logopedas, médicos otorrinolaringólogos, neurólogos, psicólogos y educadores, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la participación social de las personas afectadas.

¿Qué es?

Definición

El trastorno del procesamiento auditivo central (TPAC) es una disfunción del sistema nervioso auditivo central que implica dificultades en el procesamiento perceptivo de la información auditiva. Este trastorno se manifiesta a pesar de una audición audiométrica normal, sin afectación periférica, y puede derivar de una alteración en el procesamiento neuronal de los estímulos auditivos en el sistema auditivo central.

Históricamente, este concepto ha sido objeto de controversia, especialmente en cuanto a su delimitación y diferenciación respecto a otros trastornos del desarrollo. Varias revisiones sistemáticas indican que, a pesar del reconocimiento generalizado de su existencia como entidad diagnóstica, aún hay debates sobre si las dificultades de escucha en el TPAC son específicas de la modalidad auditiva (*bottom-up*) o si incluyen aspectos cognitivos, lingüísticos y atencionales (*top-down*).

La American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) reconoce la dificultad de una delimitación estrictamente neurofisiológica del TPAC y propone un diagnóstico basado en déficits perceptivos significativos en pruebas específicas, con un rendimiento igual o inferior a dos desviaciones estándar respecto a la media en dos o más pruebas de procesamiento auditivo central. Sin embargo, se reconoce ampliamente la coexistencia frecuente del TPAC con trastornos del lenguaje, del aprendizaje y del déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

El TPAC se puede clasificar en:

- → **TPAC del desarrollo**: se manifiesta en la infancia, sin etiología conocida o factores de riesgo identificados.
- → **TPAC adquirido:** secundario al envejecimiento o asociado a trastornos neurológicos, enfermedades cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos u otras lesiones cerebrales.
- → **TPAC secundario:** vinculado a una pérdida auditiva periférica permanente o temporal.

Esta clasificación refleja el amplio espectro clínico del TPAC, su complejidad diagnóstica y la necesidad de un abordaje clínico multidisciplinar, con un papel destacado de los logopedas en la identificación, la evaluación funcional y la intervención terapéutica del trastorno.

Signos clínicos

El TPAC se caracteriza por dificultades específicas que pueden variar según la edad y el perfil individual de cada paciente. Los signos y síntomas clínicos habitualmente reportados en las personas con TPAC son los siguientes:

- → Dificultades en la localización y lateralización del sonido, con implicaciones para la seguridad, especialmente en contextos cotidianos o tráfico.

- Problemas en la discriminación auditiva, incluyendo dificultades para diferenciar fonemas similares, sonidos ambientales o características acústicas como la intensidad, la frecuencia o la duración de los estímulos.
- Dificultad para entender el lenguaje hablado en situaciones auditivamente complejas, como son entornos con ruido de fondo, reverberación o cuando hay múltiples interlocutores.
- Necesidad frecuente de hacer repetir instrucciones o información auditiva.
- Dificultad para seguir mensajes rápidos o instrucciones auditivas complejas.
- Respuestas inadecuadas o retrasadas en la comunicación verbal.
- Dificultad para captar cambios sutiles en la prosodia, que afectan a la interpretación del sarcasmo, el humor o intenciones comunicativas implícitas.
- Bajas habilidades para la música, como dificultad para seguir el ritmo, cantar o aprender canciones.
- Facilidad para distraerse ante estímulos sonoros, a menudo asociada a una atención auditiva selectiva reducida.
- Fatiga auditiva incrementada en situaciones de comunicación prolongada.
- Dificultad en tareas de aprendizaje relacionadas con la lectura, la escritura y la adquisición de nuevos idiomas.

Cabe destacar que estos signos y síntomas no son exclusivos del TPAC y pueden compartirse con otros trastornos como el TDAH, los trastornos específicos del lenguaje, los trastornos del aprendizaje o las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento. Por lo tanto, la identificación precisa del TPAC requiere una evaluación exhaustiva y multidisciplinaria, en la que se distingan claramente las dificultades perceptivas auditivas de otros procesos cognitivos o lingüísticos potencialmente asociados.

Las funciones auditivas más afectadas suelen incluir la detección de sonidos (b2300), definida como las funciones sensoriales relacionadas con advertir la presencia de sonidos; la discriminación de sonidos (b2301), que implica la diferenciación del sonido de fondo y la síntesis biauricular, la separación y combinación; la localización de la fuente del sonido (b2302), relacionada con determinar la procedencia de un sonido; y la lateralización del sonido (b2303), que permite determinar si el sonido proviene del lado derecho o izquierdo. Asimismo, se puede ver comprometida la discriminación del habla (b2304), que incluye las funciones para reconocer el lenguaje oral y distinguirlo de otros sonidos, según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (2001).

El TPAC, además de las funciones auditivas específicas (b230), también afecta a funciones mentales como la percepción (b156) y la comprensión y expresión del lenguaje (b1670 y b1671).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
AB5Y	Otros trastornos especificados con deficiencia auditiva

Causas

Las causas y los factores de riesgo del TPAC pueden clasificarse según el momento y las circunstancias de aparición:

→ **TPAC del desarrollo:**
- Factores prenatales o neonatales (anoxia o hipoxia, infecciones congénitas como citomegalovirus, hiperbilirrubinemia, bajo peso al nacer, prematuridad o exposición prenatal a fármacos).

→ **TPAC adquirido:**
- Envejecimiento del sistema auditivo central (asociado frecuentemente a presbiacusia).
- Lesión cerebral adquirida (traumatismo craneoencefálico, meningitis).
- Trastornos cerebrovasculares (accidente cerebrovascular).
- Enfermedades neurodegenerativas (esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedades parkinsonianas).
- Exposición a neurotoxinas (metales pesados o fármacos ototóxicos).

→ **TPAC secundario:**
- Consecuencia de una afectación auditiva periférica previa (por ejemplo: otitis media recurrente con repercusiones en el sistema auditivo central).

Esta clasificación refleja la complejidad diagnóstica del TPAC, su relación con otros trastornos y la necesidad de un abordaje clínico multidisciplinar para identificar correctamente las causas específicas y determinar las estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas en cada caso.

Epidemiología

Los datos epidemiológicos relativos al trastorno del TPAC son complejos de establecer por la falta de un consenso internacional claro y el uso diverso de criterios diagnósticos. Según la ASHA, la prevalencia general del TPAC en población infantil se estima aproximadamente en un 5 %. Sin embargo, según otros estudios científicos, la prevalencia puede variar considerablemente, del 2 %-3 % a un rango muy amplio que va del 7,3 % al 96 %, dependiendo del rigor de los criterios diagnósticos utilizados.

En cuanto a la proporción por sexo, la literatura científica indica que el TPAC es aproximadamente el doble de frecuente en niños que en niñas (proporción 2:1).

En adultos, especialmente en la población geriátrica con presbiacusia, la prevalencia del TPAC es significativa, con estimaciones

que oscilan entre el 23 % y el 76 % en personas de 55 años o más. Esta elevada prevalencia resalta la importancia de integrar la evaluación específica del procesamiento auditivo central en adultos y personas mayores con dificultades auditivas asociadas a la edad.

La variabilidad en los datos reportados subraya la necesidad de establecer criterios diagnósticos estandarizados y homogéneos a escala internacional para facilitar una mejor identificación, diagnóstico e intervención en el TPAC. El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia local en nuestro país del TPAC.

Impacto en la vida de la persona

El TPAC puede afectar significativamente a varios aspectos de la vida cotidiana y del desarrollo, tanto en niños como en adultos. Las repercusiones funcionales y emocionales pueden ser amplias y variadas según la edad y el contexto de cada persona.

En niños, las dificultades para detectar, discriminar, identificar y comprender estímulos auditivos pueden interferir en la adquisición del vocabulario, la comprensión de instrucciones, la capacidad para seguir conversaciones y las habilidades previas a la alfabetización. Estas dificultades pueden conllevar dificultades en el aprendizaje, alteraciones de participación social y menor rendimiento académico.

En adultos, en especial en aquellos con presbiacusia, las dificultades del TPAC afectan a la comunicación efectiva y las interacciones sociales, sobre todo en entornos ruidosos o reverberantes, incrementan la fatiga auditiva y la carga cognitiva necesaria para entender el habla. Estas dificultades pueden derivar, a largo plazo, en un mayor riesgo de deterioro cognitivo, dificultades en la movilidad y riesgo de accidentes por dificultades en la localización auditiva.

En relación con el marco que proporciona la CIF en las actividades y la participación, el TPAC incide especialmente en áreas como son la comunicación (d3) y la educación en los diferentes niveles (d810-d839). El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar con mayor precisión en qué elementos incide el TPAC.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación para entender

Dificultades para entender el lenguaje en entornos ruidosos. Funcionamiento adecuado en situaciones tranquilas.

Grado I: alteración moderada para entender

Dificultades para entender el lenguaje en entornos ruidosos. Dificultades que pueden afectar al rendimiento académico y la interacción social. Puede requerir intervenciones específicas para mejorar las habilidades de procesamiento auditivo.

Grado II: limitación severa para comprender

Dificultades más marcadas en el rendimiento académico y social. Necesidad de ajustes significativos para mejorar la comunicación.

Grado III: limitación grave para comprender

Dificultades significativas para procesar la información auditiva, incluso en entornos tranquilos. Puede requerir el uso de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC) para comunicarse eficazmente.

Grado IV: limitación total para entender

Dificultades extremas en la percepción de la información auditiva. Necesidad de asistencia constante y soporte especializado para comunicarse y funcionar en entornos cotidianos. Dependencia total de ayuda y apoyo para comunicarse y ejecutar tareas cotidianas.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos de la audición. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos de la audición, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas de la audición, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar el proceso auditivo.

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. Los logopedas deben hacer cribados de las habilidades de procesamiento auditivo, llevar a cabo evaluaciones integrales y culturalmente adecuadas de las habilidades comunicativas, identificar factores cognitivos y lingüísticos relacionados con el TPAC, y diferenciar trastornos que pueden coexistir. Además, tienen que desarrollar y aplicar planes de intervención individualizados, realizar derivaciones a otros profesionales cuando sea necesario, y defender los derechos y las necesidades de las personas con TPAC para mejorar su calidad de vida.

Orientación interdisciplinar

Las características de los TPAC y la dificultad del diagnóstico diferencial hacen imprescindible un enfoque interdisciplinario, dada la complejidad

y heterogeneidad del trastorno. Para alcanzar los mejores resultados terapéuticos, hay una coordinación estrecha entre logopedas, médicos otorrinolaringólogos (ORL), neurólogos, audiólogos, audioprotésicos (para la adaptación de los aparatos de amplificación) y otros especialistas como psicólogos y maestros (en el caso de los niños).

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

La derivación de un paciente en el servicio de logopedia para evaluar un posible trastorno del procesamiento auditivo central requiere una información clínica específica y detallada para garantizar una valoración precisa y eficaz. La información mínima necesaria que el médico ORL debe aportar incluye:

- Resultados de un estudio audiológico completo (otoscopia, impedanciometría, audiometría tonal liminar, audiometría verbal a campo abierto, ganancia protésica, etc.).
- Resultados de pruebas electrofisiológicas relevantes (en especial las respuestas evocadas auditivas de latencia larga, LLAER por sus siglas en inglés), cuando sean posibles y pertinentes.
- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Tipo de amplificación empleada, si procede.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Tratamientos previos realizados (farmacológicos, rehabilitadores o quirúrgicos) con fechas específicas.
- Pruebas complementarias relacionadas (resultado, interpretación y fecha de realización).
- Información sobre el impacto en actividades de vida diaria y en el ámbito laboral del paciente, si es pertinente.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de los TPAC. De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, con especial referencia a las relacionadas con la audición y su procesamiento.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto de la audición en la calidad de vida, teniendo en cuenta el impacto de las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de

barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

Para la evaluación específica del TPAC se recomiendan las siguientes pruebas que permiten una caracterización precisa de las dificultades perceptivas auditivas:

- → Tests de escucha dicótica para valorar la capacidad de integración y separación biaural.
- → Tests monoaurales de habla de baja redundancia para determinar las dificultades en situaciones auditivamente adversas.
- → Pruebas de procesamiento temporal, incluyendo pruebas de discriminación temporal y detección de interrupciones (*gaps*).
- → Pruebas de discriminación auditiva, reconocimiento de palabras y frases para valorar las habilidades específicas en situaciones controladas.
- → Uso de cuestionarios validados para recoger información subjetiva sobre la percepción del paciente en cuanto a sus dificultades auditivas en contextos cotidianos.
- → Batería AUDITEC en versión española como instrumento de valoración específica (www.auditec.com).

Este conjunto de pruebas permite una caracterización precisa de las dificultades auditivas específicas de cada paciente, lo que facilita un diagnóstico preciso y la posterior planificación de intervenciones terapéuticas adaptadas. Adicionalmente, es esencial una evaluación completa que incluya aspectos del lenguaje y la cognición para facilitar un abordaje integral del tratamiento logopédico. Los instrumentos de evaluación adecuados para niños con trastornos del desarrollo o adultos con deterioro cognitivo u otras condiciones específicas se pueden consultar en otros capítulos de esta guía.

El CLC recomienda que el logopeda utilice, además de las pruebas de lenguaje, pruebas cognitivas, de funciones ejecutivas y de cualquier otra función relacionada con el lenguaje y la comunicación para entender mejor las habilidades de la persona, tanto verbales como no verbales. Este enfoque permite obtener una valoración más completa, identificar con más precisión las dificultades y las capacidades conservadas y garantizar un diagnóstico más riguroso.

Esta evaluación detallada facilita el diseño de un tratamiento más adecuado a cada persona, con estrategias que mejoren la comunicación diaria. Además, evita errores en el diagnóstico y asegura una intervención basada en la evidencia científica. Este procedimiento garantiza una práctica ética y responsable, ya que ajusta el tratamiento a las necesidades específicas de cada persona para optimizar la eficacia y favorecer la calidad de vida y la autonomía en la comunicación.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano del TPAC.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto del TPAC en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. Existen instrumentos específicos validados para evaluar el impacto funcional del TPAC en actividades cotidianas, en la participación social y en la calidad de vida de los pacientes. Algunos ejemplos son el *Children's Auditory Performance Scale* (CHAPS), el *Listening Inventory for Education* (LIFE) o el *Amsterdam Inventory for Auditory Disability and Handicap* (AIADH), entre otros. Sin embargo, no se dispone de instrumentos específicamente validados en lengua catalana y castellana, lo que subraya la necesidad de realizar las adaptaciones culturales y lingüísticas pertinentes.

3 / Evaluación del contexto

La evaluación del contexto es esencial para identificar las barreras y las facilitadores que pueden influir en el tratamiento y en la adaptación de los pacientes con TPAC. Actualmente, las entrevistas con el paciente, los familiares y su entorno inmediato constituyen la herramienta principal para evaluar estos aspectos. A través de estas entrevistas se pueden explorar factores como las relaciones familiares (e310, e315) o el acceso y uso de tecnología comunicativa (e125), entre otros.

No obstante, en el momento de publicación de este documento no se conocen instrumentos estructurados específicos validados en lengua catalana y castellana que permitan medir de forma sistemática y replicable estos factores contextuales. Por este motivo, el CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes fomentar la investigación y el desarrollo de instrumentos específicos que permitan una identificación más precisa y objetiva de las barreras y los facilitadores contextuales, para mejorar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones terapéuticas en pacientes con TPAC.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son candidatos a tratamiento logopédico los pacientes con trastornos del procesamiento auditivo central que pueden mejorar tanto en su sintomatología como en el impacto que el trastorno tiene en su vida cotidiana.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- → Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- → Déficit de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- → Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- → Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- → Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El objetivo de la intervención es ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de función independiente para la participación en la vida diaria. La intervención está diseñada para:

- → Utilizar los puntos fuertes y abordar las debilidades relacionadas con las estructuras y funciones que afectan a la comunicación.
- → Facilitar las actividades y la participación de la persona para desarrollar nuevas habilidades y estrategias.
- → Eliminar barreras y potenciar habilidades que aumenten la comunicación y la participación exitosas.

Intervenciones preventivas

Las intervenciones preventivas del TPAC deben considerar las particularidades específicas de cada grupo poblacional y enfocarse tanto en la detección precoz como en la promoción activa de la salud auditiva.

Niños

- Incluir la detección precoz de posibles indicadores del TPAC dentro de los protocolos de cribado auditivo ya existentes en contextos educativos y clínicos.
- Implementar actividades de educación auditiva preventiva en el ámbito escolar, sensibilizando sobre el ruido ambiental, la escucha saludable y el uso adecuado de los dispositivos personales, como auriculares, tal como indican Fey *et al.*
- Controlar activamente los entornos educativos para reducir la exposición al ruido excesivo, minimizar la reverberación y promover buenas prácticas auditivas.

Adultos y personas mayores

- Realizar cribados periódicos que incluyan indicadores de difi-

cultades específicas del TPAC en las evaluaciones auditivas habituales, especialmente en contextos de atención primaria y servicios especializados para la tercera edad.

- Promover activamente la conciencia sobre la salud auditiva, fomentando el uso adecuado de tecnologías auditivas para prevenir o reducir el impacto de los trastornos auditivos.

Los logopedas desempeñan un papel clave en la promoción de estas intervenciones preventivas, integrándolas en las actividades de evaluación rutinaria y concienciando sobre las buenas prácticas auditivas tanto individuales como comunitarias.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

El abordaje terapéutico del trastorno del procesamiento auditivo central requiere un enfoque multidimensional, adaptado a las características individuales y la edad del paciente. Es esencial definir objetivos específicos según las necesidades de cada caso. Se recomienda especialmente:

- → **Entrenamiento auditivo específico**: ejercicios de discriminación auditiva, escucha dicótica, entrenamiento en procesamiento temporal (discriminación temporal, detección de *gaps* o pausas breves), entrenamiento en memoria auditiva y secuenciación auditiva.
- → **Adaptaciones ambientales**: reducción del ruido externo, disminución de la reverberación con materiales acústicos específicos, optimización de la disposición espacial y distancia de los interlocutores.
- → **Tecnologías de asistencia auditiva**: especialmente los sistemas FM/DM (micrófonos remotos personales), que son dispositivos que mejoran significativamente la relación señal-ruido y están especialmente indicados para entornos educativos o en situaciones con mucho ruido o reverberación.
- → **Estrategias compensatorias cognitivas y metacognitivas**: instrucciones más pausadas y claras, repeticiones, reformulaciones, uso estratégico de pausas y estrategias específicas para mejorar la atención auditiva y la memoria de trabajo auditiva, como indican Heine *et al.*
- → **Intervenciones comunicativas**: entrenamiento específico en habilidades de comunicación efectiva, tales como asertividad, habilidades lingüísticas previas a la alfabetización (en niños), discriminación auditiva de fonemas y sonidos, y uso complementario de ayudas visuales.
- → **Intervenciones específicas para población infantil**: entrenamiento explícito en habilidades lingüísticas previas a la alfabetización, entrenamiento en la discriminación auditiva de fonemas y sonidos, uso complementario de ayudas visuales, ejercicios específicos de memoria auditiva y secuenciación auditiva para facilitar el desarrollo del habla y el aprendizaje.

- **Intervenciones comunicativas**: entrenamiento en estrategias visuales y uso de la lectura labial para compensar las dificultades auditivas en entornos ruidosos o reverberantes.
- **Uso del lenguaje escrito como soporte**: especialmente en contextos educativos o en casos de dificultades auditivas importantes, se recomienda complementar la comunicación auditiva con el apoyo escrito para favorecer una mejor comprensión y retener mejor la información.

Este conjunto integrado de intervenciones promueve una rehabilitación adaptada, efectiva y centrada en mejorar significativamente la calidad de vida y la participación social de las personas con TPAC. El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención logopédica en el TPAC.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Las intervenciones destinadas al mantenimiento de la función auditiva en personas con TPAC tienen como objetivo preservar los beneficios conseguidos tras una intervención inicial, así como prevenir un deterioro adicional en las capacidades auditivas y comunicativas. Es recomendable adoptar un enfoque integral que incluya:

- **Uso continuado y adecuado de tecnologías de asistencia auditiva**: es esencial el mantenimiento periódico de los aparatos auditivos (audífonos, sistemas FM/DM de micrófonos remotos personales, etc.), por parte de técnicos acreditados. Este uso continuado es especialmente efectivo en entornos educativos, laborales y sociales para facilitar la comunicación en condiciones adversas.
- **Entrenamiento auditivo y cognitivo regular**: programas de ejercicios periódicos enfocados al mantenimiento de la discriminación auditiva, memoria auditiva, procesamiento temporal y secuenciación auditiva.
- **Fomento de la participación social activa:** estimular la participación en actividades grupales educativas o sociales para prevenir el aislamiento social, mantener las habilidades comunicativas y favorecer la estimulación cognitiva, especialmente en personas mayores.
- **Seguimiento clínico periódico:** revisiones periódicas para monitorizar el funcionamiento auditivo central del paciente, detectar posibles cambios y realizar los ajustes o las intervenciones necesarias.

Estas intervenciones combinadas contribuyen de manera significativa al mantenimiento a largo plazo de las habilidades auditivas, cognitivas y comunicativas, lo que mejora la calidad de vida de las personas con TPAC. El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención de mantenimiento en el TPAC.

Intervenciones en el entorno

Las intervenciones en el entorno tienen un papel fundamental en la mejora de la percepción auditiva y la inteligibilidad del lenguaje en personas con TPAC. Es esencial adaptar los espacios y utilizar estrategias específicas para facilitar la comunicación efectiva. Se recomiendan las siguientes medidas:

Tecnología auditiva en entornos específicos

- Uso prioritario de sistemas FM/DM (micrófonos remotos personales) en entornos educativos para mejorar la relación señal-ruido y facilitar el acceso a la información oral en situaciones de ruido ambiental o reverberación, tal como indican Crum *et al.*
- Implementación de sistemas de amplificación sonora en entornos laborales o sociales donde se requiera una mejora de la percepción auditiva.

Modificaciones acústicas del entorno

- Reducción de fuentes externas de ruido y uso de materiales absorbentes para minimizar la reverberación en aulas y espacios públicos, como indica Wayne.
- Distribución óptima del mobiliario para reducir barreras acústicas y mejorar la proyección de la voz del hablante hacia el oyente.

Estrategias compensatorias comunicativas

- Combinación de estrategias visuales y lenguaje hablado para reforzar la comprensión de la información auditiva, como indican Fey *et al.*
- Fomentar el uso de ayudas visuales complementarias (soportes escritos, gestos, pictogramas, etc.) para facilitar el acceso a la información en tiempo real.

Indicaciones para docentes de niños con TPAC

- Hablar siempre de cara al alumno con TPAC y evitar hablar mientras se escribe en la pizarra o paseando por el aula.
- Mejorar la proyección de la voz modulando el tono y evitando hablar demasiado rápido.
- Confirmar que el alumno ha comprendido la información, preguntándole o pidiéndole que reformule lo dicho.
- Utilizar instrucciones claras, escuetas y estructuradas, reforzándolas con soporte visual o escrito.
- Dar tiempo adicional para procesar la información y permitir respuestas pausadas.

Estas medidas contribuyen a reducir las dificultades auditivas y mejorar la calidad de la comunicación en distintos entornos, favoreciendo una mejor participación e integración social de las personas con TPAC. El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención en el entorno del TPAC.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica. El CLC considera que no es recomendable la aplicación de tratamientos sin una evidencia científica contrastada o un sólido conocimiento profesional.

Equipamiento

Para garantizar una intervención logopédica efectiva en el TPAC, es necesario contar con equipamiento específico que complemente al equipamiento utilizado habitualmente en los servicios de logopedia infantil o de adultos. Es recomendable disponer de los recursos específicos siguientes:

- **Sistemas específicos de amplificación:** sistemas FM/DM (micrófonos remotos personales) recomendados especialmente para entornos educativos y situaciones auditivas complejas.
- **Materiales y herramientas específicas para el entrenamiento auditivo:** software y recursos para trabajar aspectos como la discriminación auditiva, el procesamiento temporal (detección de *gaps* o pausas breves), la memoria auditiva y la secuenciación auditiva, como indican Heine *et al.* y Macaskill *et al.*
- **Materiales para estrategias compensatorias cognitivas y lingüísticas:** materiales visuales, software específico y herramientas gráficas como diagramas, esquemas y mapas conceptuales para facilitar la comprensión, la organización de la información y la metacognición lingüística.
- **Recursos para soporte escrito y visual:** herramientas para fomentar la comunicación efectiva, incluyendo materiales visuales y soportes escritos para facilitar el acceso a la información auditiva en contextos complejos o ruidosos.

La disponibilidad y uso adecuado de estos recursos específicos contribuyen a optimizar la intervención terapéutica y mejoran significativamente la eficacia de los tratamientos logopédicos del TPAC.

Es importante valorar el efecto negativo que puede tener el uso de material con aspecto infantil en adultos con TPAC. En estos casos, es recomendable utilizar materiales neutros, relacionados con la cultura del entorno y del individuo, para evitar cualquier forma de infantilización.

Es fundamental que los logopedas apliquen estrictas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de sí mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

El alta en el tratamiento del TPAC se determina a partir de una valoración global de la mejora del paciente y su capacidad para gestionar las dificultades en la vida cotidiana. Los criterios para el alta son:

- **Reevaluación objetiva:** se realiza una nueva evaluación empleando las mismas pruebas y escalas utilizadas en la valoración inicial para valorar los progresos en las funciones auditivas y comunicativas.
- **Mejora significativa en la funcionalidad:** se considera el alta cuando el paciente ha conseguido una reducción significativa en la severidad del TPAC y/o es capaz de aplicar estrategias compensatorias de forma autónoma en diferentes contextos cotidianos.
- **Máximo nivel de mejora esperable**: se puede considerar el alta si se ha alcanzado el máximo nivel de funcionalidad posible según las capacidades del paciente y su entorno.
- **Ausencia de afectación significativa en la participación**: si las dificultades de procesamiento auditivo ya no interfieren en la participación del paciente en actividades cotidianas, sociales o educativas.

Dada la falta actual de instrumentos validados en lengua catalana y castellana para medir el impacto subjetivo del TPAC en la vida diaria, se recomienda complementar la valoración con entrevistas estructuradas con el paciente y su entorno para obtener información sobre su percepción de mejora y autonomía comunicativa.

Además, se recomienda establecer un **protocolo de seguimiento periódico** después del alta para valorar la estabilización de los progresos y detectar posibles dificultades recurrentes a largo plazo. Este seguimiento puede incluir revisiones anuales, o según las necesidades del paciente, para garantizar la generalización y el mantenimiento de las habilidades adquiridas.

Orientaciones para después del alta

Después del alta en el tratamiento del TPAC, es esencial establecer un seguimiento y proporcionar recursos que permitan al paciente mantener los progresos logrados y aplicar las estrategias aprendidas en su día a día. Por este motivo, se recomiendan las siguientes medidas:

- **Seguimiento estructurado**: se propone realizar revisiones periódicas para valorar el mantenimiento de los beneficios obtenidos, ajustar estrategias compensatorias y detectar posibles dificultades recurrentes que puedan requerir una nueva intervención, como indican Heine *et al.* y Macaskill *et al.*
- **Materiales específicos para el autoentrenamiento:** se pueden

proporcionar recursos adaptados a cada paciente para fomentar el entrenamiento continuo, como ejercicios de refuerzo auditivo, software específico para la discriminación auditiva y la memoria auditiva, y materiales visuales de apoyo para mejorar la comprensión y la gestión comunicativa, como indican Fey *et al.*

→ **Fomentar la comunicación con el entorno educativo y social:** en el caso de niños, siguiendo los trabajos de Wayne en 2013, se recomienda mantener una colaboración activa con los docentes y otros profesionales educativos para asegurar que el niño pueda implementar estrategias compensatorias en el aula y en otros contextos cotidianos.

Estas acciones contribuyen a garantizar que los beneficios del tratamiento se mantengan a largo plazo, y favorecer así la integración del paciente en la vida cotidiana y mejorando la autonomía comunicativa y auditiva.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b156 Funciones de percepción
	b1670 Comprensión del lenguaje b1671 Expresión del lenguaje
b2 Funcionrs sensoriales y dolor	b230 Funciones auditivas
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d3 Comunicación	d330 Hablar
d8 Áreas principales de la vida	**d810-d839 Educación** d810 Educación no reglada d820 Educación escolar d825 Formación profesional d830 Educación superior
FACTORES AMBIENTALES	
e1 Productos y tecnología	e125 Productos y tecnología para la comunicación

Bibliografía

American Speech-Language-Hearing Association. (Central) auditory processing disorders—The role of the audiologist. [Position Statement]. 2005. Disponible en: https://www.asha.org/policy/

Chermak GD, Bamiou DE, Iliadou V, Musiek FE. Practical guidelines to minimize language and cognitive confounds in the diagnosis of CAPD: A brief tutorial. International Journal of Audiology. 2017; 56: 1–8.

Chermak GD, Musiek FE. Central auditory processing disorders: New perspectives. Singular. 1997.

Cooper J, Gages G. Hearing in the elderly—The Framingham Cohort, 1983–1985: Part II. Prevalence of central auditory processing disorders. Ear and Hearing. 1991;12:304–311.

Crum RM. Personal Remote Microphone Systems (PRMS) and auditory training efficacy in adults with CAPD. Journal of Audiology Research. 2024;15(2):98–112.

de Wit E, van Dijk P, Hanekamp S, Visser-Bochane MI, Steenbergen B, van der Schans CP, Luinge MR. Same or different: The overlap between children with auditory processing disorders and children with other developmental disorders: A systematic review. Ear and Hearing. 2017;39(1):1. https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000479

de Wit E, Visser-Bochane MI, Steenbergen B, van Dijk P, van der Schans CP, Luinge MR. Characteristics of auditory processing disorders: A systematic review. J Speech Lang Hear Res. 2016; 59: 384–413. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-H-15-0118

Golding M, Carter N, Mitchell P, Hood L. Prevalence of central auditory processing (CAP) abnormality in an older Australian population: The Blue Mountains Hearing Study. J Am Acad Audiol. 2004;15:633–642. https://doi.org/10.3766/jaaa.15.9.4

Fey M, Richard G, Geffner D, Kamhi A, Medwetsky L, Paul D, *et al*. Auditory processing disorders and auditory/language interventions: An evidence-based systematic review. Language, Speech, and Hearing Services in Schools. 2011; 42: 246– 264.

Heine C, Halloran R. CAPD: an evaluation of clinical practice guidelines. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2015;21(6):993–1004.

Macaskill A, Wilson WJ, Heine C. Long latency auditory evoked responses in children with CAPD. Hearing Research. 2022;410:3603–17.

Norris LW, Velenovsky DS. Auditory neuropathy spectrum disorder: A review. J Speech Lang Hear Res. 2014;57:1564–1576. https://doi.org/10.1044/2014_JSLHR-H-13-0213

Palfery T, Duff D. Central auditory processing disorders: Review and case study. Axone. 2007;28:20–23.

Stach BA, Spretnjak ML, Jerger J. The prevalence of central presbyacusis in a clinical population. J Am Acad Audiol. 1990;1:109–115.

Wayne RV, Johnsrude IS. A review of auditory training effects in older adults with hearing loss. Frontiers in Neuroscience. 2013(7):49.

Wilson WJ, Arnott W. Using different criteria to diagnose (central) auditory processing disorder: How big a difference does it make? J Speech Lang Hear Res. 2013;56:63–70. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012/11-0352)

Afasia

3

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Afasia. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 62–83. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Afasia. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 62–83). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para evaluar, diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento rehabilitador y de mantenimiento de los trastornos del lenguaje, incluida la afasia.

2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, la evaluación y la intervención en la afasia, y promueve el desarrollo de instrumentos adaptados a la lengua y la cultura de nuestro entorno.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y basado en pruebas científicas, centrado en la persona y su realidad comunicativa, con la colaboración de las familias y otros profesionales sanitarios. Insta a evitar el uso de prácticas carentes de evidencia científica o alejadas de los estándares actuales de calidad asistencial.

¿Qué es?

Definición

Definimos la afasia como un trastorno secundario a una lesión en las partes del cerebro responsables del lenguaje y que puede provocar dificultades en las siguientes capacidades: expresión, comprensión, lectura y escritura, y afectar de forma más o menos intensa a las unidades subléxicas, la morfología de las palabras, el acceso al léxico, los conocimientos semánticos, la capacidad de discurso y la pragmática comunicativa.

Habitualmente las lesiones se sitúan en el hemisferio cerebral contrario a la dominancia manual. En algunos casos la lesión se produce en el hemisferio del lado de dominancia manual y hablamos de daño cerebral del hemisferio derecho. El hemisferio derecho del cerebro participa en muchas habilidades comunicativas, principalmente en el ámbito semántico y pragmático. La manifestación de la afasia en personas políglotas puede presentarse de forma diferente según factores como la edad de adquisición de los idiomas, su frecuencia de uso, su implicación social, entre otros. La recuperación de las funciones lingüísticas en estas personas puede mostrar patrones diferenciados entre las lenguas, paralelismos, selectividad para alguna de ellas o interferencias.

En una proporción muy pequeña de individuos diestros, los centros lingüísticos se encuentran en el hemisferio derecho del cerebro, en lugar del hemisferio izquierdo. En estas personas, el daño en el hemisferio derecho puede provocar síntomas de afasia similares a los que normalmente se asocian a una lesión en el hemisferio izquierdo. Esta condición se conoce como afasia cruzada.

Signos clínicos

La población con afasia es heterogénea, con perfiles individuales de deterioro del lenguaje que varían en términos de gravedad y grado de implicación en todas las modalidades de procesamiento del lenguaje. La variación de la gravedad de las deficiencias expresivas, por ejemplo, puede ir desde presentar dificultades ocasionales para encontrar palabras hasta no tener ningún medio eficaz de comunicación verbal. En déficits de comprensión, la gravedad puede ir desde ligeras dificultades en las estructuras complejas hasta dificultades semánticas en las palabras aisladas. En algunos casos, los pacientes pueden presentar anosognosia, falta de percepción de sus déficits funcionales, u otras alteraciones cognitivas que pueden quedar enmascaradas por el trastorno de lenguaje. La gravedad de la afasia también puede variar con el paso del tiempo, ya que un aspecto de la dificultad del lenguaje puede mejorar, mientras que otros se mantienen deteriorados.

Las lesiones en el hemisferio izquierdo del cerebro causan afasia a la mayoría de los diestros y alrededor de la mitad de los zurdos. Las personas con afasia también pueden tener otras alteraciones que deben ser atendidas por un logopeda, como disartria, apraxia o problemas

de deglución. Si la lesión afecta también a otras redes neuronales que influyen en el movimiento, se puede ver afectada la coordinación o automaticidad.

El daño en el hemisferio derecho, aunque no afecte habitualmente a la recuperación de palabras, la sintaxis o la repetición, puede provocar déficits significativos en la comprensión y producción del discurso, la comunicación pragmática y el procesamiento semántico. Esto incluye dificultades para entender el lenguaje abstracto, figurativo, chistes, ironía, sarcasmo y emociones, así como impedimentos para realizar inferencias y captar significados globales. En la producción del discurso se manifiesta con comentarios egocéntricos, tangenciales y desorganizados. También puede reducir la expresividad emocional, con voz monótona y expresiones faciales limitadas, y a menudo se combina con déficits cognitivos como falta de atención, negligencia visual unilateral, anosognosia, dificultades en el razonamiento y el funcionamiento ejecutivo, y poca conciencia emocional.

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. En la CIF, la afasia implica funciones de orientación (b114), atención (b140), memoria (b144) y funciones cognitivas superiores (b164), del lenguaje (b167) y relacionadas con el cálculo (b172).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
MA80.0	Afasia
8B25	Efectos tardíos de la enfermedad cerebrovascular
8A20	Enfermedad de Alzheimer
8A21	Atrofias corticales focales progresivas
8A22	Enfermedad de cuerpo de Lewy
8A23	Degeneración lobular frontotemporal
8A2Y	Otros trastornos especificados con deterioro neurocognitivo como característica destacada
8A2Z	Trastornos con deterioro neurocognitivo como característica destacada, sin especificación
MB4B.0	Dislexia y alexia
MB4B.1	Agnosia
MB4B.2	Acalculia
MB4B.3	Agrafía
MB4B.4	Anomia

Causas

La etiología más frecuente es consecuencia de una lesión cerebral. Puede producirse debido a un daño cerebral, entre los que destacan: enfermedades vasculares cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, procedimientos quirúrgicos, epilepsia, tumores intracraneales, enfermedades parasitarias e infecciones en el cerebro (encefalitis y encefalomielitis).

En el caso del envejecimiento encontramos enfermedades neurodegenerativas que pueden ocasionar afasia en alguna de sus fases evolutivas. Un ejemplo es la afasia primaria progresiva, un síndrome neurodegenerativo caracterizado por un deterioro progresivo del lenguaje por la afectación predominante de las regiones perisilvianas.

Epidemiología

La prevalencia de afasia según las etiologías de daño adquirido más frecuentes son:

Patología	Prevalencia
Ictus	252-456/100.000 habitantes >15 años en Cataluña
Tumores cerebrales	24,3/100.000 habitantes en España
Traumatismos craneoencefálicos	16,7-27,8/100.000 habitantes en España

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia local en nuestro país de la afasia y las alteraciones lingüísticas que causa.

Impacto en la vida de la persona

La afasia puede afectar a cualquier persona, independientemente de su edad, género, nivel de educación y grupo social. Puede provocar grandes limitaciones en la participación social y en la calidad de vida y se puede asociar al aislamiento social y en paro. Aunque es más frecuente en población adulta, también puede aparecer en edad pediátrica debido a lesiones cerebrales adquiridas.

Los síntomas afásicos pueden cambiar con el paso del tiempo. Es posible que algunas dificultades mejoren con el paso del tiempo, mientras que otras pueden permanecer alteradas de forma permanente. La gravedad de la afasia, las limitaciones de la comunicación y la actividad, la angustia emocional, otros problemas médicos y factores sociales afectan la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con afasia.

Siguiendo la codificación de la CIF, la afasia afecta al aprendizaje y aplicación del conocimiento (d1), la comunicación (d3), funciones de autocuidado (d5), de vida doméstica (d6), las interacciones y relaciones interpersonales (d7), las áreas principales de la vida (d8) y la vida comunitaria, social y cívica (d9).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar los elementos en que incide la afasia y las alteraciones lingüísticas correspondientes.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: limitación mínima para entender y expresarse

Ocasionalmente, se manifiestan parafasias, elección de palabras poco precisas, alteraciones leves en sintaxis o dificultad leve en comprensión de frases o expresiones complejas. El paciente puede expresar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.

Grado I: alteración moderada para entender o expresarse

Fluencia baja o limitaciones en la comprensión. Dificultades para encontrar la palabra adecuada con un discurso impreciso, articulación lenta con esfuerzo articulatorio por fenómenos parafásicos. A veces, las dificultades de comprensión son evidentes. Las dificultades se compensan con ayuda del interlocutor o por las estrategias que adquiere el paciente.

Grado II: limitación severa para comprender o expresarse

Limitación grave de la expresión y la comprensión, que hacen casi imposible mantener una conversación. Se limita a temas cotidianos y muy conocidos por el paciente. La comunicación se ve severamente alterada con interlocutores no familiarizados con la problemática.

Grado III: limitación grave para comprender y expresarse

Lenguaje reducido a palabras aisladas con errores articulatorios o parafasias que pueden dar lugar a jargón. Comprensión muy limitada, atiende solo órdenes simples. Con ayuda, el paciente puede mantener una mínima conversación sobre temas muy conocidos. No consigue expresar las ideas, pero colabora con el examinador.

Grado IV: limitación total para entender y expresarse

Puede darse falta total de lenguaje o reducido a estereotipias verbales. En otros casos, con nula comprensión y jargón con logorrea como única expresión. La comunicación se reduce a expresiones incompletas, el oyente necesita realizar inferencias, preguntas o adivinación. El intercambio de información es mínimo y el peso de la comunicación lo lleva el interlocutor.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar la evaluación, el diagnóstico y los tratamientos rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos del lenguaje. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas del lenguaje, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas correspondientes. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del lenguaje.

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. Cuando el paciente presente grados de severidad altos y su discapacidad comunicativa sea relevante, los logopedas deberán conocer las bases para la indicación e implementación de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa (SAAC) y tener acceso a los soportes de tecnología aplicada como la inteligencia artificial. De este modo, será el profesional preparado para formar y orientar en el uso de SAAC a otros profesionales y cuidadores.

El CLC aconseja a los profesionales que atienden a pacientes con afasias graves que realicen formación complementaria y especializada.

Orientación interdisciplinar

La atención del paciente con afasia debe ser necesariamente multidisciplinar. Esta composición del equipo está avalada por la mayoría de las guías relacionadas con la rehabilitación del Daño Cerebral Adquirido (DCA). Por ejemplo, las guías de práctica clínica de la Sociedad Catalana de Neurología y del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), desde las actualizaciones de 2018, ya apuntan que el equipo de rehabilitación (RHB) del ictus (causa más frecuente de daño cerebral y de afasia adquirida) debe incluir: médico neurólogo, médico especialista en rehabilitación, logopeda, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermera, trabajador social y psicólogo, cada uno desde la perspectiva y con sus propios procedimientos.

El CLC sugiere que todos los miembros del equipo profesional estén formados en conversación asistida para poder interactuar con pacientes con limitaciones de comunicación como la afasia.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención primaria/ambulatoria del usuario será derivado al servicio de logopedia por el neurólogo, médico rehabilitador o por su médico de familia si ha realizado una visita previa con valoración por el médico neurólogo, y será necesario que aporte información relativa a:

- Resultados de las exploraciones neurofisiológicas con el acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- Orientación diagnóstica e hipótesis del impacto en la funcionalidad: sobre todo es necesario identificar la enfermedad de base y la diferenciación entre origen agudo, subagudo o progresivo.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos como rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.

Exploración clínica

El CLC orienta los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de la afasia y las alteraciones lingüísticas.

De acuerdo con la CIF de la Organización Mundial de la Salud, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir lo siguiente:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con el lenguaje.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto de las alteraciones del lenguaje en la calidad de vida, incluido el impacto de las limitaciones en los roles sociales de la persona dentro de su comunidad.
- Conocer los factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

El CLC y las principales guías clínicas internacionales recomiendan utilizar instrumentos válidos y estandarizados para evaluar las deficiencias, limitaciones de la actividad y participación relacionadas con el daño cerebral teniendo en cuenta los diferentes niveles asistenciales (hospitalario, ambulatorio, domiciliario y comunitario). El terapeuta seleccionará la prueba más adecuada en función de cada caso y de su experiencia.

Pruebas de evaluación de los trastornos del lenguaje más utilizadas en nuestro entorno:

- → *Mississippi Aphasia Screening Test (MAST).*
- → Evaluación de la Afasia y trastornos relacionados (Test de Boston).
- → Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica - Test Barcelona - II.
  - Versión abreviada.
  - Versión completa.
  - Perfil afasias.
  - Perfil afasias simplificado.
- → *Token Test* (Test de las fichas): evalúa la comprensión.
- → Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos - BETA: evalúa todos los componentes del sistema de procesamiento lingüístico.

Otras escalas de evaluación:

- → *Aphasia Rapid Test* (ART). Cribado en la fase aguda.
- → Evaluación del Procesamiento Lingüístico en la Afasia (EPLA). Evaluación de los déficits. Fase aguda, subaguda y crónica.
- → Evaluación Neurolingüística de las Alteraciones del Lenguaje (ENAL). Evaluación de los déficits. Fase aguda, subaguda y crónica.
- → Escala analógica cuantificable CETI. Evalúa la funcionalidad del lenguaje y comunicación. Fase aguda, subaguda y crónica.
- → *Communication Activities of Daily Living* (CADL-3). Evalúa la funcionalidad en actividades comunicativas de vida diaria. Fase aguda, subaguda y crónica.
- → Protocolo para la Evaluación de la Comunicación de Montreal (MEC). Evaluación de los déficits lingüísticos del hemisferio derecho.
- → *Mini Linguistic State Examination* (MLSE). Versión en castellano, diseñada para la identificación de los subtipos de afasia primaria progresiva.

Hay pocas herramientas de evaluaciones de comunicación estandarizadas para utilizarlas con pacientes con daño en el hemisferio derecho y pocas evaluaciones estandarizadas de cognición en dichos pacientes. Por este motivo, el CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de la afasia y las alteraciones lingüísticas.

El CLC recomienda que el logopeda utilice, además de las pruebas de lenguaje, pruebas cognitivas, de funciones ejecutivas y de cualquier otra función relacionada con el lenguaje y la comunicación para entender mejor las habilidades de la persona, tanto verbales como no verbales. Este enfoque permite obtener una valoración más completa, identificar con más precisión las dificultades y las capacidades conservadas y garantizar un diagnóstico más riguroso.

Esta evaluación detallada facilita el diseño de un tratamiento más adecuado a cada persona, con estrategias que mejoren la comunicación diaria. Además, contribuye a evitar errores en el diagnóstico y asegura una intervención basada en la evidencia científica. Este procedimiento garantiza una práctica ética y responsable, ya que

ajusta el tratamiento a las necesidades específicas de cada persona para optimizar la eficacia y favorecer la calidad de vida y la autonomía en la comunicación.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

Adhiriéndonos a las principales guías, el CLC propone que el impacto de la afasia en las actividades funcionales, la participación y la calidad de vida, incluido el impacto en las relaciones, la vocación y el ocio, se deberían evaluar y abordar, según proceda, desde el inicio posterior al ictus y con el paso del tiempo para los afectados crónicamente. La evaluación del impacto de la afasia en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. Pero se puede contar con algunos instrumentos validados en lengua castellana como la *Escala de calidad de vida para el ictus* (ECVI-38).

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para identificar barreras contextuales y facilitadores. Se deben evaluar los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades entre los que encontramos las relaciones familiares (e310 y e315), los cuidadores y personal de ayuda (e340) y el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125). En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de evaluación de estos aspectos.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes orientar sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarios de logopedia todos los pacientes que presentan afasia susceptible de mejora con tratamiento logopédico, en su sintomatología o en el impacto del trastorno en su vida cotidiana.

Hay un consenso generalizado sobre el hecho de que la rehabilitación es esencial para facilitar la recuperación después de una lesión cerebral adquirida. Los programas de rehabilitación multidisciplinares y coordinados han demostrado no solo que disminuyen la mortalidad de estos pacientes sino también que mejoran la funcionalidad, el grado de participación y la calidad de vida de pacientes y cuidadores independientemente de factores como son la edad, la cronicidad o la gravedad inicial.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Rechazo a la corresponsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden la participación en las actividades de terapia
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos generales de la rehabilitación de la afasia son:

- **Habilidades:** recuperar la función perdida, en la medida de lo posible, incluida la comprensión del lenguaje y la capacidad de utilizar un lenguaje expresivo.
- **Actividad:** minimizar la discapacidad en la comunicación garantizando un uso máximo de habilidades actuales. Puede incluir estrategias compensatorias y medios de comunicación alternativos o aumentativos.
- **Participación:** permitir la participación según las circunstancias y preferencias de cada persona. Desarrollar habilidades y confianza social, promover la independencia y toma de decisiones. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- **Bienestar:** maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

Mediante múltiples estrategias terapéuticas, el proceso de rehabilitación tendrá como finalidad:

- Ayudar a la persona a utilizar las habilidades preservadas.
- Restaurar las habilidades lingüísticas lo máximo posible.
- Compensar problemas lingüísticos.
- Aprender otros métodos de comunicación.
- Entrenar a otras personas (familiares, personal sanitario y de

atención social) para maximizar las habilidades comunicativas del paciente.

Intervenciones preventivas

Los logopedas deben ser agentes de salud pública y participar activamente en la promoción de hábitos y actividades que fomenten la prevención de las enfermedades que causan la afasia. Su testimonio puede servir para la concienciación de ciudadanos profesionales ante la salud vascular y la accidentalidad. Los profesionales de la atención primaria deben poder contar con el apoyo de logopedas en sus campañas de salud pública y deben tener presente la figura de los logopedas en sus derivaciones especializadas.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

1 / Aspectos generales de la intervención

Como ya apuntan las principales guías de rehabilitación, la recuperación de las personas con afasia es más significativa en los pacientes que reciben tratamiento de logopedia.

Las diversas estrategias de intervención logopédica en las afasias se han sistematizado en diferentes programas rehabilitadores. Destacamos los siguientes:

- ***Promoting Aphasics Communicative Effectiveness* (PACE)**: terapia basada en interacciones naturales que fomenta la comunicación funcional a través de cualquier modalidad, promoviendo un diálogo activo entre el paciente y el terapeuta.
- **Entrenamiento conversacional y conversación asistida (SCA)**: método/programa que promueve la fluidez conversacional con instrucciones precisas de conducción de la conversación y soportes visuales.
- ***Multi-Modality Aphasia Therapy* (M-Mat)**: intervención que utiliza diversas modalidades (oral, escrita, gestual) para reforzar la comunicación y compensar las limitaciones.
- **Tratamiento para la afasia de Wernicke**: intervención que se centra en mejorar la comprensión del lenguaje oral mediante ejercicios que trabajan la discriminación auditiva, la asociación semántica y la atención a mensajes sencillos y estructurados.
- **Control voluntario de producciones involuntarias**: tratamiento para la estereotipia que ayuda a los pacientes a sustituir producciones automáticas por respuestas más adecuadas y controladas.
- ***Melodic Intonation Therapy* (MIT)**: terapia que utiliza la melodía y el ritmo para estimular la expresión verbal, aprovechando las capacidades del hemisferio derecho.
- **Programa de estimulación sintáctica para la afasia (HELPSS)**: programa que trabaja la producción de frases a través de una secuencia jerarquizada para mejorar el uso de la sintaxis.
- ***Mapping therapy***: tratamiento que refuerza la relación entre

la función semántica y la forma sintáctica de las palabras para mejorar la comprensión y producción oral.

- → **Tratamiento de la perseveración afásica:** intervención que reduce las repeticiones involuntarias de palabras o ideas mediante estrategias de inhibición y reorganización del lenguaje.
- → ***Semantic Feature Analysis* (SFA):** terapia que mejora la recuperación de palabras mediante el análisis de sus características semánticas, útil para tratar la anomia.
- → **Rehabilitación en Grupo Intensiva del Afásico (REGIA):** programa grupal que combina actividades intensivas y colaborativas para la mejora en evocación y en el uso y la funcionalidad de la conversación.
- → **Terapia de acción visual:** utiliza indicios visuales y gestos para facilitar la producción y comprensión del lenguaje en personas con afasia global o déficit de comprensión grave.
- → **Implementación de SAAC:** introducción de sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (pictográficos o alfabéticos) para mejorar la comunicación funcional.
- → **Programas a través de las TIC:** uso de tecnologías de la información y comunicación para proporcionar ejercicios interactivos y personalizados que refuercen las habilidades lingüísticas.

Complementariamente, es necesario saber que las funciones cognitivas superiores actúan coordinadamente y por este motivo es beneficioso para los pacientes que aspectos como la atención o las memorias estén contemplados en el plan de intervención global del paciente. El lenguaje está vinculado a funciones cerebrales como la función simbólica y representacional, así como procesos cognitivos como la memoria, la atención y la percepción. Los logopedas deben incorporar todos los recursos y las estrategias que puedan aportar mejoras significativas a los pacientes y garantizar la eficacia de los tratamientos del lenguaje. A las personas con afasia crónica se les debe ofrecer terapia para obtener beneficios en el lenguaje receptivo y expresivo y en la comunicación en entornos cotidianos.

La duración del tratamiento necesario no debe estar sujeta a limitaciones temporales sino que se debe basar en la respuesta al tratamiento y en las posibilidades de mejora basadas en la máxima evidencia disponible a juicio del equipo terapéutico.

2 / Estrategias de intervención logopédicas

No existe ningún tratamiento universalmente aceptado que se pueda aplicar a todas las personas con afasia. Normalmente, los logopedas seleccionan una variedad de aproximaciones teóricas, modelos y tipos de intervenciones diferentes para gestionar y facilitar la rehabilitación. El Royal College of Speech and Language Therapists considera intervención cualquier forma de tarea o metodología de práctica dirigida con el objetivo de mejorar las habilidades, las actividades o la participación en lenguaje o comunicación. Del mismo modo, es necesario individualizar

la intervención, ya que no hay dos personas con afasia que tengan unas características lingüísticas y personales iguales, los recursos de rehabilitación se deben adaptar a las necesidades y la tolerancia del paciente.

La oferta global de la atención en rehabilitación a lo largo de la enfermedad debe ser complementaria e integrada. Los servicios comunitarios de rehabilitación deben activarse de manera que haya una continuidad asistencial para el paciente y su dotación debe ser, por tanto, suficiente para garantizar dicha continuidad.

Los logopedas deben ser los profesionales que valoren la conveniencia de un tratamiento de logopedia intensivo, según la guía «*Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación*» en su actualización de 2020:

1. Las personas con afasia después de un mes de haber sufrido el daño cerebral deberían tener acceso a una rehabilitación intensiva por afasia si pueden tolerarla.
2. Los pacientes deben recibir tratamiento rehabilitador de intensidad y duración apropiadas, diseñado individualmente para satisfacer los máximos objetivos de recuperación teniendo en cuenta su grado de tolerancia.

El tratamiento de los déficits lingüísticos asociados al daño del hemisferio derecho se centra normalmente en el discurso narrativo y conversacional, la comprensión y gestión de significados alternativos y la pragmática.

- Las habilidades narrativas y de discurso conversacional incluyen la capacidad de realizar inferencias y comprender significados globales del discurso.
- Comprender y gestionar significados alternativos implica la capacidad de comprender ambigüedades léxicas, generar significados alternativos y comprender el lenguaje no literal.
- El tratamiento de los déficits pragmáticos se centra en la mejora de las habilidades para apoyar una comunicación social con éxito en varios entornos.
- El tratamiento de los déficits prosódicos se focaliza en las variaciones de tono, sonoridad y ritmo, las características suprasegmentales de la comunicación que transmiten significado. El tratamiento puede abordar déficits expresivos o déficits receptivos.

3 / Modalidades

El CLC recomienda que el tratamiento de la afasia incluya terapia grupal y grupos de conversación. Los grupos pueden ser guiados por voluntarios capacitados y cuidadores supervisados por logopedas para complementar la intensidad de la terapia durante la hospitalización o como terapia continuada tras el alta. Sin embargo, el tipo de tratamiento dependerá del grado de gravedad de la afasia y del momento. En los grados IV y III no es viable la posibilidad de trabajo en grupo. En los grados II, I y 0 se

puede contemplar la modalidad grupal, entendiendo que el grupo debe ser homogéneo y reducido a un número máximo de entre 3 y 5 personas, dado que con grupos más grandes se pierde la eficacia.

En función del grado de afectación física, de afectación del lenguaje y de las características del entorno del paciente (barreras arquitectónicas, acceso a los recursos, apoyo ...) la intervención se realizará en contexto hospitalario, ambulatorio, domiciliario, comunitario o, en el supuesto de que el paciente no se pueda desplazar a la consulta, se realiza la sesión en línea mediante la tecnología de que disponga.

Cuando la afasia es más grave (grado II, III y IV) hay que realizar la terapia de forma presencial. En una afasia de grado 0 y I la terapia puede ser telemática.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención logopédica en la afasia y las alteraciones lingüísticas.

Intervenciones de mantenimiento de la función

El proceso de recuperación del paciente con afasia puede ser largo y, a menudo, no será posible recuperar la totalidad de las competencias perdidas o alcanzar el nivel que tenía. Por este motivo, hay que promover espacios y actividades donde el paciente pueda explorar y desarrollar varias potencialidades lingüísticas y comunicacionales. Estos espacios y actividades deberán ser inclusivos, normalizados y seguros para todos. Su gestión puede estar en manos de personal no especializado o voluntarios, pero con la orientación y acompañamiento de profesionales de la logopedia y la psicología.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención de mantenimiento en la afasia y las alteraciones lingüísticas.

Intervenciones en el entorno

Siguiendo las principales guías de especialidad, el CLC propone que:

- → Si el paciente presenta afasia, los logopedas deben informar a la familia, al centro escolar (en caso de niños) y al personal sanitario de las dificultades y las discapacidades que presenta, de cómo facilitar la comunicación y de cuáles son las técnicas de comunicación apropiadas a su déficit.
- → Los pacientes y sus familias o cuidadores deben tener una implicación precoz y activa en el proceso de rehabilitación. El logopeda deberá gestionar estrategias para favorecer la participación de las familias en el tratamiento.
- → El tratamiento para mejorar la comunicación funcional debe incluir técnicas de conversación asistida para los interlocutores de la persona con afasia.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica. Lógicamente, el CLC considera que no es recomendable la aplicación de tratamientos sin una evidencia científica contrastada o un sólido conocimiento profesional.

Equipamiento

El CLC recomienda a los profesionales de la práctica clínica disponer de los siguientes elementos de equipamiento a la hora de intervenir en personas con afasia o las alteraciones lingüísticas relacionadas.

En todos los niveles asistenciales donde se lleve a cabo la rehabilitación de la afasia es necesario un espacio adecuado, digno y adaptado a las necesidades rehabilitadoras.

Es necesario material específico para la rehabilitación del lenguaje, tales como: fichas, espejo, material manipulable, material fungible, así como ordenador y tableta digital con programas informáticos y aplicaciones móviles específicas. Los tratamientos en la fase ambulatoria deben incluir los mismos elementos en cuanto a la estructura y los contenidos que los servicios coordinados de rehabilitación de pacientes hospitalizados.

Es importante valorar el efecto negativo que puede tener el uso de material con aspecto infantil en adultos con afasia. En estos casos, es recomendable utilizar materiales neutros, relacionados con la cultura del entorno y del individuo, para evitar cualquier forma de infantilización.

Del mismo modo, es fundamental que los logopedas reflexionen sobre la manera en que se relacionan con estos pacientes, deben evitar estereotipos culturales inadecuados y, sobre todo, alejarse del edadismo. Este sesgo puede minimizar las capacidades de la persona mayor, limitar su autonomía y afectar a su motivación y autoestima. Un enfoque respetuoso y adaptado a la dignidad y la experiencia vital de cada paciente es clave para una intervención logopédica efectiva y ética.

Para la reeducación de las actividades instrumentales de la vida diaria será necesario material adecuado para su entrenamiento.

Es fundamental que los logopedas apliquen estrictas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se realiza de nuevo una evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa a las personas afectadas del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad o bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- La inteligibilidad de los mensajes del paciente no le dificulta la participación en las actividades y no afecta a su estado de salud, seguridad e independencia.
- La producción del lenguaje de la persona es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Una planificación efectiva del alta es esencial para transiciones fluidas a través del continuo de atención. La planificación tardía o incompleta conlleva estancias hospitalarias prolongadas y un mayor riesgo de eventos adversos después del alta.

Orientaciones para después del alta

Antes del alta, los pacientes y cuidadores deben recibir medidas específicas de información, formación y soporte.

Después del alta, hay que ofrecer servicios de promoción de la salud, actividad física, apoyo y seguimiento a largo plazo para garantizar que se mantengan los beneficios conseguidos, detectar posibles complicaciones médicas o valorar posibles cambios en la funcionalidad o grado de dependencia que hagan necesario el acceso a nuevos programas de tratamiento.

En los casos de gravedad I, II, III y IV, y siempre que la afasia interfiera en el rendimiento y en las relaciones laborales, se recomienda la derivación al servicio de Trabajo Social de su área básica de salud para recibir información sobre las ayudas y los circuitos a los que tiene derecho según su situación.

Es imprescindible contar con la colaboración de las familias en el proceso de recuperación y generalización de los avances que se hayan producido en la rehabilitación. La familia puede aportar datos sobre la evolución del paciente en su entorno natural, así como administrar las pautas terapéuticas proporcionadas por los diferentes profesionales.

Proporcionar estrategias terapéuticas a los cuidadores principales de enfermos de afasia puede ayudar a disminuir el sentimiento de sobrecarga y angustia que conlleva el proceso de cuidar.

Cuando son dados de alta, los pacientes que lo necesiten deben seguir programas especializados ambulatorios o domiciliarios a cargo de equipos multidisciplinares de RHB. Los servicios de RHB hospitalarios y los comunitarios deben estar altamente coordinados en cada territorio para asegurar la continuidad del programa rehabilitador.

En el momento del alta se dan unas recomendaciones al paciente y a los familiares con el fin de optimizar la intervención y, en caso de que se considere adecuado, se recomendará material para continuar trabajando en el domicilio.

Recomendaciones para el mantenimiento en patología crónica:

- El tratamiento de la afasia debe incluir terapia grupal y grupos de conversación. Los grupos pueden ser guiados por voluntarios capacitados y cuidadores supervisados por un logopeda.
- El tratamiento para mejorar la comunicación funcional debe incluir técnicas de conversación asistida para posibles interlocutores de la persona con afasia.
- Se deberían proporcionar entornos comunicativamente accesibles a las personas con afasia.
- Los logopedas deberían esforzarse por conectar la persona con afasia y su familia con otras personas con afasia, grupos de afasia y organizaciones de apoyo.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción	
	FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b114	Funciones de la orientación
	b140	Funciones de la atención
	b144	Funciones de la memoria
	b164	Funciones cognitivas superiores
	b167	Funciones mentales del lenguaje
	b172	Funciones relacionadas con el cálculo

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		
d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d115	Escuchar
	d160	Centrar la atención
	d166	Leer
	d170	Escribir
d3 Comunicación	**d310-d329 Comunicación-recepción**	
	d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados
	d315	Comunicación-recepción de mensajes no verbales
	d320	Comunicación-recepción de mensajes en lengua de signos convencional
	d325	Comunicación-recepción de mensajes escritos
	d329	Comunicación-recepción, especificada y no especificada
	d3	**Comunicación-producción**
	d330	Hablar
	d335	Producción de mensajes no verbales
	d340	Producción de mensajes en lengua de signos convencional
	d345	Mensajes escritos
	d349	Comunicación-producción, especificada y no especificada
	d350-d369 Conversar y utilizar aparatos y técnicas de comunicación	
	d350	Conversa
	d355	Discusión
	d360	Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación
	d369	Conversación y utilización de dispositivos y técnicas de comunicación, especificados y no especificados
d5 Autocuidado	d570	Cuidar de la propia salud

d6 Vida doméstica	**d610-d629 Adquisición de lo necesario para vivir** d610 Adquisición de un lugar para vivir d620 Adquisición de bienes y servicios d629 Adquisición de lo necesario para vivir, especificado y no especificado
	d6300 Preparar comidas sencillas **d640 Llevar a cabo las labores del hogar** d6400 Lavar y secar la ropa d6401 Limpiar la zona de cocina y los utensilios d6402 Limpiar la vivienda d6403 Utilización de aparatos domésticos d6404 Almacenamiento de productos para satisfacer las necesidades diarias d6405 Eliminación de la basura
	d660 Ayudar a los demás
d7 Interacciones y relaciones interpersonales	d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones personales complejas
	d730-d779 Interacciones interpersonales particulares, no especificadas d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas d779 Relaciones interpersonales particulares, otras específicas y no específicas
	d798 Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas
d8 Áreas principales de la vida	**d840-d859 Trabajo y empleo** d840 Aprendizaje (preparación para el trabajo) d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo d850 Trabajo remunerado d855 Trabajo no remunerado d859 Trabajo y empleo, especificado y no especificado
	d860-d879 Vida económica d860 Transacciones económicas básicas d865 Transacciones económicas complejas d870 Autosuficiencia económica d879 Vida económica, especificada y no especificada
	d898 Áreas principales de la vida, otras especificadas d899 Áreas principales de la vida, no especificadas

d9 Vida comunitaria, social y cívica	d910	Vida comunitaria
	d920	Tiempo libre y ocio
	d930	Religión y espiritualidad
FACTORES AMBIENTALES		
e1 Productos y tecnología	e125	Productos y tecnología para la comunicación
e3 Apoyo y relaciones	e310	Familiares cercanos
	e315	Otros familiares
	e340	Cuidadores y personal de ayuda

Bibliografía

Berthier ML, García Casaresa N, Dávila G. Afasias y trastornos del habla. Medicine. 2011;10(74): 5035-5041.

Blake ML. The right hemisphere and disorders of cognition and communication: Theory and clinical practice. San Diego, CA: Plural; 2018.

Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane database of systematic reviews. 2016;6. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.014439

Casas-Fernández C. Traumatismos craneoencefálicos. Asociación Española de Pediatría. 2008.

Consens català sobre avaluació i tractament del pacient postictus. Societat Catalana de Medicina Familiar i comunitària. 2017. Disponible en: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_7954.pdf [citado el 3 de abril de 2024]

El atlas del ictus. 2019. Disponible en: https://www.sen.es/images/2020/atlas/Informes_comunidad/Informe_ICTUS_Cataluna.pdf [citado el 28 de marzo de 2024].

Guia de Pràctica Clínica de l'Ictus. Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral, Departament de Salut i Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques. Barcelona, 2007.

Guies Mèdiques de la societat Catalana de Neurologia. Guia número 4: Diagnòstic i tractament de les malalties vasculars cerebrals. 2018. Disponible en: https://www.scneurologia.cat/wp-content/uploads/2019/03/Guia-Vascular-Societat-Catalana-de-Neurologia_2018.pdf [citado el 3 de abril de 2024].

Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, ***et al***. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. Int J Stroke. 2016;11(4):459–84. https://doi.org/10.1177/1747493016643553

Mukand JA, Blackinton DD, Crincoli MG, Lee JJ, Santos BB. Incidence of neurologic deficitis and rehabilitation and rehabilitation of patients with brain tumors. Am J Phys Med Rehabil. 2001; 80: 346-350.

NICE Guidance. Stroke rehabilitation in adults. Clinical Guideline CG162. 2013.

Noé E, Gómez A, Bernabeu M, Quemada I, Rodríguez R, Pérez T, Ferri J, ***et al***. Guía: Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación. Neurología. 2021. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.06.009

Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral

adquirido. Recomendaciones de la sociedad española de neurorrehabilitación. 2020. Disponible en: https://www.sen.es/attachments/article/2865/Guia%20SENR%202%20Atencio%CC%81n%20del%20DCS.PDF [citado el 3 de abril de 2024]

Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). La prevalencia del cáncer en España a 31-12-2020. 2021. Disponible en: https://redecan.org/storage/documents/7e2ebf44-6440-4c69-b4e5-bff37d4f5420.pdf [citado el 28 de marzo de 2024].

Worrall L, *et al*. Australian Aphasia Rehabilitation Pathway [Internet]. Com.au. Disponible en: http://www.aphasiapathway.com.au [citado el 15 de septiembre de 2021].

Trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos

4

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia.* Barcelona: CLC; 2025. p. 84–103. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 84–103). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para prevenir, diagnosticar e intervenir en los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos, y debe mantener una formación especializada y actualizada para atender las necesidades específicas de personas con deterioro cognitivo, demencias o fragilidad asociada a la edad.

2 El CLC impulsa la investigación para conocer la prevalencia local, desarrollar instrumentos de evaluación adaptados a los contextos lingüísticos y culturales, así como establecer intervenciones basadas en la evidencia científica, orientadas a mejorar la comunicación y la calidad de vida de las personas afectadas.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario para garantizar una atención integral, con la coordinación de logopedas, neurólogos, geriatras, rehabilitadores, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y otros profesionales, y promueve la formación en conversación asistida para una mejor interacción con pacientes frágiles o con limitaciones comunicativas.

¿Qué es?

Definición

En este capítulo se incluyen los trastornos que afectan a las funciones comunicativas del lenguaje y las funciones cognitivas en que el lenguaje resulta imprescindible, derivados tanto de las demencias y los trastornos degenerativos, como del deterioro cognitivo leve, la fragilidad y las pérdidas sensoriales y motoras propias de la edad.

La demencia es un síndrome derivado de una enfermedad cerebral adquirida. Se caracteriza por una disminución progresiva de la memoria y otros dominios cognitivos que, cuando es lo suficientemente grave, interfiere en la vida diaria y en el funcionamiento independiente.

Los síntomas asociados a la demencia continúan progresando en gravedad hasta la muerte. A continuación, se presenta una lista no exhaustiva de los trastornos neurodegenerativos más comunes que causan demencia:

- → Enfermedad de Alzheimer (primera causa de demencia).
- → Enfermedad por cuerpos de Lewy.
- → Demencia vascular (por ejemplo: demencia multiinfarto).
- → Demencia frontotemporal.
- → Enfermedad de Pick (variante conductual).
- → Afasia progresiva primaria (variante del lenguaje).
- → Enfermedad de Huntington.
- → Enfermedad de Parkinson.

Otras afecciones que pueden provocar demencia debido a cambios progresivos en la función cerebral son:

- → Síndrome de Wernicke-Korsakoff secundario al abuso crónico de alcohol.
- → Traumatismo craneoencefálico.
- → Encefalopatía traumática crónica a causa de un traumatismo repetido (por ejemplo: demencia pugilística).
- → Esclerosis múltiple.
- → Virus de la inmunodeficiencia humana.

En relación con el envejecimiento, el deterioro cognitivo leve (DCL) se describe como una etapa intermedia del deterioro cognitivo que a menudo, aunque no siempre, es una fase de transición de los cambios cognitivos en el envejecimiento normal de los que se presentan típicamente en la demencia. La evaluación e identificación temprana del deterioro lingüístico podría facilitar esta diferenciación y permitir el uso de intervenciones cognitivas para mejorar o bien ralentizar la progresión del declive.

La fragilidad en la tercera edad se define como el estado de vulnerabilidad de la persona anciana ante factores estresantes, sean

endógenos o exógenos, que se relaciona con resultados negativos de salud, como el deterioro funcional (sensorial o motor), la dependencia, la institucionalización, la hospitalización, un alto coste sanitario o la morbimortalidad. La fragilidad se puede equiparar con un problema de salud crónico, ya que es un estado que no se puede curar, aunque puede mejorar en las fases iniciales. Hay que prestar atención a las situaciones comunicativas que presentan las personas frágiles de edad avanzada para promover espacios de intercambio comunicativo.

Signos clínicos

Los síntomas de la demencia pueden diferir en función de la causa y la etapa de la enfermedad. Aunque los signos y síntomas de la etapa tardía pueden ser similares en todas las etiologías, los síntomas de la etapa temprana pueden variar considerablemente.

A continuación, se enumeran ejemplos de signos y síntomas del lenguaje comunes en la demencia. No todas las personas con demencia experimentan todos estos síntomas y estos pueden variar en función de la neuropatología subyacente y de las diferencias individuales.

En general, y de forma progresiva, el lenguaje expresivo se va vaciando de contenido, el discurso es más vago y tangencial, repetitivo o perseverante. Aparecen parafasias y sustituciones de palabras, dificultad de evocación, sobre todo de nombres propios, aumenta el uso de circunloquios y de errores gramaticales como el uso incorrecto de artículos, preposiciones y verbos auxiliares, y muchos enunciados quedan inconclusos porque la persona no puede continuarlos. Progresivamente, el habla significativa es sustituida por el uso de jerga y, finalmente, se instaura el mutismo.

En la vertiente comprensiva se imponen las dificultades para seguir órdenes complejas y frases largas y, progresivamente, para poder seguir una conversación. Estas dificultades también se van manifestando en el lenguaje escrito, tanto en lectura como en la escritura. En personas bilingües se observa errores en la selección y el mantenimiento de la lengua empleada durante la conversación, así como regresión a la lengua primaria.

Los cambios cognitivos asociados a la demencia pueden tener un impacto significativo en la comunicación del día a día. La disminución de la memoria, la atención, el funcionamiento ejecutivo y el procesamiento del lenguaje pueden dificultar el seguimiento y la participación en la conversación.

En edades avanzadas, las personas con DCL pueden procesar la información más lentamente, perder el tema, perder el punto y repetir información. Con un deterioro cognitivo más significativo las personas afectadas pueden desorientarse en el tiempo y el lugar, pueden tener dificultades para recordar acontecimientos recientes, su expresión verbal puede ser reducida y menos sustantiva y su capacidad de expresar pensamientos, deseos y necesidades pueden verse afectados.

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS

(2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. Los trastornos lingüístico-cognitivos implican funciones mentales globales (b110-b139) como son la conciencia, la orientación, el temperamento y la personalidad, y específicas (b140-b189) como el lenguaje, el cálculo y la memoria.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
MG2A	Disminución de la capacidad intrínseca asociada al envejecimiento
6D71	Trastorno neurocognitivo leve
6D80	Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer
6D81	Demencia debida a una enfermedad cerebrovascular
6D82	Demencia debida a la enfermedad por cuerpos de Lewy
6D83	Demencia frontotemporal
6D84	Demencia por sustancias psicoactivas, incluye los medicamentos
6D85	Demencia debida a enfermedades clasificadas en otro apartado
6D8Y	Demencia, otra causa especificada
6D8Z	Demencia, causa desconocida o sin especificación

Causas

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia, y representa aproximadamente el 70 % de todos los casos.

El resto de casos se contabilizan por demencia vascular, demencia con cuerpos de Lewy, enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal y demencia mixta (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer con patología con cuerpos de Lewy o la enfermedad de Alzheimer con patología vascular).

Los factores de riesgo modificables para la demencia son aquellos que, si se eliminan, potencialmente pueden prevenir algunos casos de demencia. A partir de los datos disponibles y de los modelos de riesgo de demencia, se describen nueve factores de riesgo modificables en el curso de la vida. Estos factores se agrupan por franjas de edad a lo largo de la vida.

Primeros años (< 18 años)

- Menos educación (ninguna o solo primaria).

Mediana edad (45-65 años)

- Hipertensión.
- Obesidad.
- Pérdida de audición.

Últimos años (> 65 años)

- Fumar.
- Depresión.
- Inactividad física.
- Aislamiento social.
- Diabetes.

Se estima que alrededor del 35 % de las demencias se pueden atribuir a una combinación de estos nueve factores. Los mecanismos que pueden estar relacionados con estos factores de riesgo incluyen: daños vasculares en el cerebro que aumentan el riesgo de lesiones vasculares, atrofia y neurodegeneración, menos reserva cognitiva disponible y cambios metabólicos que afectan al aclaramiento amiloide.

Los factores de riesgo no modificables son aquellos que no pueden ser cambiados o modificados por la persona, como la edad y la herencia. La edad es el principal factor de riesgo no modificable para la demencia. Cada cinco años a partir de los 65 años, el número de personas con enfermedad de Alzheimer se duplica; alrededor de un tercio de las personas mayores de 85 años tienen esta enfermedad. La herencia puede tener un papel fundamental en el riesgo de demencia. Por ejemplo, el riesgo de sufrir demencia es más alto si una persona tiene un pariente de primer grado con la enfermedad.

Epidemiología

En todo el mundo se estima que 50 millones de personas viven con demencia. Se prevé que estas cifras alcancen los 82 millones en 2030 y los 152 millones en 2050, con la mayoría de personas procedentes de países de ingresos bajos y medios. En el ámbito mundial, el número anual de casos nuevos de demencia es de 9,9 millones. Estas estimaciones son aproximadamente un 30 % superiores a las cifras anuales reportadas en 2010 (7,7 millones de casos nuevos, según un informe de 2012 de la OMS y Alzheimer's Disease International).

Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en España a las personas mayores de 65 años presentan una prevalencia de fragilidad aproximada del 10 %, y aumenta hasta el 25 % en mayores de 80 años. En el estudio *Health Initiative*, la prevalencia de fragilidad es mayor en las mujeres que en los hombres y en un estudio del año 2006 las mujeres presentaban una fragilidad del 30,9 %, ante un 9,3 % de los hombres. Algunos estudios relacionan esta diferencia con una mayor sarcopenia en las mujeres.

Según el Instituto Nacional de Estadística, se prevé que en 2050 en España el 30 % de la población serán personas mayores de 65 años (casi 13 millones), y que los octogenarios serán el 12 % de la población,

más de 4 millones. Dada la alta relación entre fragilidad y envejecimiento, se espera que la incidencia de fragilidad aumente los próximos años.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia local en nuestro país de los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

Impacto en la vida de la persona

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. La demencia y la fragilidad inciden en la comunicación, tanto en la recepción (d310-d329) como en la producción (d330-d349) y conversación (d350-d369), aparte de las interacciones y relaciones interpersonales (d7) y la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, encontrará detallados los códigos CIF relacionados en el cuadro de la codificación CIF. Además, se debe tener en cuenta el impacto en la comunicación, el lenguaje y las funciones orales no verbales de las enfermedades neurodegenerativas.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar en qué elementos inciden los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: limitación mínima para entender y expresarse

Ocasionalmente, se manifiestan alteraciones en la articulación, palabras poco precisas, alteraciones leves en sintaxis o dificultad leve en comprensión de frases o expresiones complejas. El paciente puede expresar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente. El paciente continúa participando en las actividades de la comunidad.

Grado I: alteración moderada para entender o expresarse

Se trata de personas independientes que se quejan de sentirse ralentizadas, con sensación de cansancio, pérdida de peso no intencionada o inseguridad para salir a la calle. Fluencia baja o limitaciones en la comprensión. Dificultades para encontrar la palabra adecuada con un discurso impreciso, articulación lenta con esfuerzo articulatorio y, a menudo, distorsionada. Presenta dificultades en la comprensión que pueden ser evidentes para el interlocutor. Las dificultades se compensan con ayuda del interlocutor o por las estrategias que adquiere el paciente. Los pacientes en este grado no son regularmente activos más allá de la rutina.

Grado II: limitación severa para comprender o expresarse

Son personas que han disminuido la velocidad de marcha, necesitan ayuda en diferentes actividades instrumentales (salir a comprar, uso de transporte público, tareas domésticas, etc.) y pueden presen-

tar una limitación grave de la expresión o la comprensión, que hacen casi imposible seguir una conversación. La conversación se limita a temas cotidianos y muy conocidos por el paciente. La comunicación se ve severamente alterada con interlocutores no familiarizados con la problemática. Normalmente, han reducido bastante sus actividades sociales y comunitarias.

Grado III: limitación grave para comprender y expresarse

Se trata de personas que necesitan ayuda para todas las actividades dentro y fuera de casa. Frecuentemente, tienen problemas para subir y bajar escaleras. Necesitan asistencia para bañarse o vestirse. Lenguaje reducido a palabras aisladas con errores articulatorios o parafasias que pueden dar lugar a jerga. Comprensión muy limitada, atiende solo órdenes simples. Con ayuda, el paciente puede mantener una mínima conversación sobre temas muy conocidos; no consigue expresar las ideas, pero colabora con el examinador y comparte el peso de la conversación. Estos pacientes han reducido casi por completo sus actividades sociales y comunitarias.

Grado IV: limitación total para entender y expresarse

Estos pacientes son completamente dependientes en las actividades de la vida diaria o muy discapacitados. Puede darse falta total de lenguaje o reducido a estereotipias verbales. En otros casos, con nula comprensión y jerga con logorrea como única expresión. La comunicación se reduce a expresiones incompletas, el oyente necesita realizar inferencias, preguntas o adivinación. El intercambio de información es mínimo y el peso de la comunicación lo lleva el oyente.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para realizar los diagnósticos logopédicos y los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos de la audición. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas del lenguaje, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas correspondientes. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del lenguaje o proporcionar otros sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC).

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. La atención a las personas mayores, a los pacientes con enfermedades neurodegenerativas y sus familias exige una formación especializada y un estilo relacional que hay que ir adquiriendo progresivamente tras la formación inicial de los logopedas. Por este motivo, es necesario que los profesionales de este ámbito complementen y actualicen su formación.

Orientación interdisciplinar

Para el tratamiento de las dificultades de comunicación derivadas tanto de la fragilidad por envejecimiento como de los trastornos degenerativos se debe disponer de un equipo interdisciplinario de: neurólogos, médicos geriatras, médicos especialistas en rehabilitación, logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos.

El CLC recomienda que todos los miembros del equipo profesional estén formados en conversación asistida para poder interactuar con pacientes con limitaciones de comunicación como la afasia.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención primaria u hospitalaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por el neurólogo, médico rehabilitador o por su médico de familia o geriatra si ha realizado una visita previa y valoración neurológica, y será necesario que aporte información relativa a:

- → Resultados de las exploraciones neurofisiológicas con el acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- → Orientación diagnóstica: sobre todo es necesario identificar la enfermedad de base y diferenciar entre origen agudo, subagudo, progresivo, regresivo o estable.
- → Tiempo de evolución de la clínica.
- → Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos como rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización.
- → Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- → Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral.

En un contexto de hospitalización, se derivará según interconsulta hospitalaria para realizar una primera valoración e intervención a pie de cama.

Exploración clínica

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con el lenguaje y la comunicación.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto de las alteraciones del lenguaje y la comunicación en la calidad de vida, incluido el impacto de las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos:

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

Es preciso evaluar las características que incidirán progresivamente en la pérdida de las habilidades lingüísticas que serán evidentes en las distintas fases de la evolución, desde la semántica a la fonología, la sintaxis, la lectoescritura y la pragmática.

En la enfermedad de Alzheimer las alteraciones del lenguaje son uno de los primeros indicios importantes de deterioro. Las primeras limitaciones en el uso del lenguaje debido a deterioro pueden ser enmascaradas por el propio paciente, a menudo limitando las relaciones sociales y/o la comunicación. Debe evaluarse la escala de cognición y comunicación:

- Identificar si progresivamente usa producciones verbales más cortas, con poca información y cada vez menos frecuentes.
- Valorar si progresivamente aparecen conductas más indiferentes ante el contacto social con más aislamiento voluntario y menos participación comunicativa.
- Evaluar las limitaciones de vocabulario identificadas en la conversación, así como las perseveraciones, la utilización de "muletillas" o de circunloquios.
- Valorar el papel compensador de los interlocutores según se avanza en las diferentes fases de deterioro y proponer o mantener las estrategias como el lenguaje verbal adaptado, el lenguaje no verbal o el uso de Sistemas Alternativos de Comunicación.
- Evaluación del control ejecutivo o autorregulador (por ejemplo: capacidad para establecer objetivos, planificar, iniciar e inhibir, autocontrolarse y autoevaluarse, resolver problemas y pensar y actuar estratégicamente).

Las pruebas estandarizadas a utilizar para la valoración del lenguaje se orientarán de la siguiente manera:

- → Pruebas de denominación de dibujos o imágenes.
- → Capacidad semántica con emparejamiento de dibujos o palabras.
- → Tareas de fluidez categorial semántica.
- → Comprensión de oraciones gramaticales complejas.
- → Concordancias gramaticales entre oraciones.
- → Coherencia del discurso.
- → Afectación de la prosodia.

La gravedad de la demencia se debe tener en cuenta a la hora de seleccionar las pruebas. Algunas pruebas son demasiado difíciles para las personas con demencia grave y no proporcionan información útil. En estos casos, hay que recurrir a la observación clínica en interacciones naturales.

En la fragilidad, debido a la edad, si hay quejas subjetivas de memoria habrá que realizar el test *Quick Mild Cognitive Impairment Screen* (QMCI), diseñado específicamente para personas mayores, para determinar si hay un inicio de deterioro cognitivo.

El CLC recomienda que el logopeda utilice, además de las pruebas de lenguaje, pruebas cognitivas, de funciones ejecutivas y de cualquier otra función relacionada con el lenguaje y la comunicación para entender mejor las habilidades de la persona, tanto verbales como no verbales. Este enfoque permite obtener una valoración más completa, identificar con más precisión las dificultades y las capacidades conservadas y garantizar un diagnóstico más riguroso.

Esta evaluación detallada facilita el diseño de un tratamiento más adecuado a cada persona, con estrategias que mejoren la comunicación diaria. Además, contribuye a evitar errores en el diagnóstico y asegura una intervención basada en la evidencia científica. Este procedimiento garantiza una práctica ética y responsable, ya que ajusta el tratamiento a las necesidades específicas de cada persona para optimizar la eficacia y favorecer la calidad de vida y la autonomía en la comunicación.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de las dificultades de comunicación derivadas tanto de la fragilidad por envejecimiento como de los trastornos degenerativos en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. También pueden ser útiles algunas pruebas como la *Escala de calidad de vida para el ictus* (ECVI-38).

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para identificar barreras contextuales y facilitadores. Hay que evaluar los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades. Entre ellos,

encontramos las relaciones familiares (e310 y e315), los cuidadores y personal de ayuda (e340) y el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125).

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarios de logopedia los pacientes que presentan trastornos comunicativos adquiridos susceptibles de mejora con tratamiento logopédico, en su sintomatología o en el impacto del trastorno en su vida cotidiana.

Existe un consenso generalizado acerca del hecho de que la rehabilitación es esencial para facilitar el mantenimiento o la mejora funcional de los pacientes con deterioro general y fragilidad. Los programas de rehabilitación multidisciplinarios y coordinados han demostrado no solo que disminuyen la mortalidad de estos pacientes sino también que mejoran la funcionalidad, el grado de participación y la calidad de vida de pacientes y cuidadores independientemente de factores como son la edad, la cronicidad o la gravedad inicial.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Rechazo a la corresponsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos generales de la rehabilitación de los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos son: maximizar las habilidades, la actividad, la expresión del lenguaje y la participación de las personas en actividades comunicativas a partir de:

- **Habilidades**: recuperar el procesamiento lingüístico en el contexto de diversas actividades y entornos, incluida la comprensión del lenguaje y la capacidad de utilizar un lenguaje expresivo. Potenciar las habilidades ejecutivas o de autorregulación, tales como el establecimiento de objetivos, el autocontrol y la resolución de problemas.
- **Actividad**: minimizar la discapacidad en la comunicación garantizando un uso máximo de habilidades actuales. Puede incluir estrategias compensatorias y medios de comunicación alternativos para mejorar las habilidades de conversación.
- **Participación**: permitir la participación según las circunstancias y preferencias de cada persona. Desarrollar habilidades y confianza social, promover la independencia y toma de decisiones. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- **Bienestar**: maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

Intervenciones preventivas

En los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos, la intervención logopédica se contempla con objetivos de mantenimiento y máximo aprovechamiento de las capacidades comunicativas y lingüísticas. Esto se concreta en programas específicos de comunicación y lenguaje desarrollados en actividades cotidianas, culturales y recreativas (centros de día, centros cívicos, centros residenciales o residencias geriátricas). Se deben preservar las habilidades de interacción, de conversación: control de los turnos, mantenimiento temático, etc.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre intervenciones preventivas en los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos de los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos:

- Mantenimiento del tema de conversación.
- Inhibición de información irrelevante.
- Control de turnos.
- Atención sostenida.
- Estrategias de facilitación para la evocación de nombres.

Los programas específicos para el deterioro cognitivo leve se complementan con programas de estimulación cognitiva, actividades de la vida diaria y sociales.

Se recomienda que la intervención del lenguaje por fragilidad debido a la edad sea en grupos de cuatro a seis personas más el logopeda.

Cuando una persona tiene el diagnóstico de afasia progresiva primaria, hay que implementar SAAC lo antes posible para mantener las posibilidades comunicativas mientras no se manifieste la demencia de forma severa.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención logopédica en los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Para la fragilidad debido a la edad se recomiendan programas sistemáticos de mantenimiento que incluyan estrategias de facilitación para la evocación de nombres (anomia) y estrategias para la estructuración del discurso. Cuando sea posible, el trabajo con la lengua escrita también actúa de apoyo y mantenimiento.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios sobre la intervención de mantenimiento en los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

Intervenciones en el entorno

Los miembros de la familia y las personas que cuidan de personas con trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos se enfrentan a retos que pueden afectar a su propia salud y bienestar. Los cambios en el funcionamiento de la comunicación debido al deterioro cognitivo, junto con los cambios de comportamiento, pueden tener un impacto significativo en las interacciones del día a día y pueden provocar una frustración considerable. Los logopedas trabajan con familias y cuidadores para ayudarles a comprender y gestionar estos cambios, minimizar el estrés y la frustración y proporcionar un entorno de apoyo a la persona con dificultades comunicativas.

La formación de familias y cuidadores para utilizar estrategias efectivas que mejoren la comunicación puede ayudarles a comprender y reparar las alteraciones de la comunicación, participar en la conversación con mayor éxito y mejorar la calidad de vida de la persona con las dificultades.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica. El CLC considera que no es recomendable la aplicación de tratamientos sin una evidencia científica contrastada o un sólido conocimiento profesional.

Equipamiento

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a tener los siguientes elementos de equipamiento a su disposición a la hora de intervenir en personas con trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

La tecnología de asistencia incluye dispositivos y servicios adaptativos y rehabilitadores para personas con discapacidad. Un dispositivo de tecnología de asistencia es cualquier elemento, equipo o sistema, sea comercial, modificado o personalizado, que se utiliza para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de una persona con discapacidad.

Varias tecnologías de asistencia emergentes y disponibles comercialmente pueden tener aplicaciones para la atención a la demencia. La selección de dispositivos y sistemas de tecnología de asistencia específicos dependerá de la etapa de la demencia; es probable que las personas en las primeras etapas de la enfermedad puedan utilizar una gama más amplia de dispositivos y sistemas que las personas en las etapas posteriores.

Es importante valorar el efecto negativo que puede tener el uso de material con aspecto infantil en adultos con trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos. En estos casos, es recomendable utilizar materiales neutros, relacionados con la cultura del entorno y del individuo, para evitar cualquier forma de infantilización.

Es fundamental que los logopedas apliquen estrictas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de sí mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

La mayoría de los trastornos que causan los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos no tienen un pronóstico favorable. Muy a menudo no recibirán el alta médica, sino que las dificultades de comunicación y lenguaje estarán presentes hasta el final de sus vidas. En estos momentos, los objetivos se centrarán en facilitar al máximo la comunicación para el acompañamiento.

Una planificación efectiva es esencial para transiciones fluidas a través del continuo asistencial. El logopeda debe evaluar las posibilidades del paciente y el entorno para la comunicación efectiva con la implementación de los soportes necesarios y evaluar también si el mantenimiento de servicios hospitalarios y asistenciales supone una mejora en las condiciones del paciente.

Orientaciones para después del alta

Los familiares y el paciente deben recibir las informaciones, los materiales y la tecnología disponible para favorecer las posibilidades de comunicación entre ellos para un final digno de vida. La vinculación entre paciente y logopeda debe irse regulando en función de las necesidades del paciente y la capacidad del entorno de dar respuesta a estas necesidades comunicativas.

Codificación CIF

Los códigos CIF que se ven afectados en la **demencia**, que incluye la demencia por trastornos neurodegenerativos, son:

Capítulo	Código y descripción
	FUNCIONES CORPORALES
b1 Funciones mentales	**b110-b139 Funciones mentales globales** b110 Funciones de la conciencia b114 Funciones de la orientación b117 Funciones intelectuales b122 Funciones psicosociales globales b126 Funciones del temperamento y la personalidad b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos b134 Funciones del sueño b139 Funciones mentales globales, otras especificadas y no especificadas
	b140-b189 Funciones mentales específicas b140 Funciones de la atención b144 Funciones de la memoria b152 Funciones emocionales b156 Funciones de la percepción b160 Funciones del pensamiento b164 Funciones cognitivas superiores b167 Funciones mentales del lenguaje b172 Funciones relacionadas con el cálculo b176 Funciones mentales relacionadas con el encadenamiento de movimentos complejos b180 Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo b189 Funciones mentales específicas, otras especificadas y no especificadas

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d3 Comunicación	**d310-d329 Comunicación-recepción** d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales d320 Comunicación-recepción de mensajes en lengua de signos convencional d325 Comunicación-recepción de mensajes escritos d329 Comunicación-recepción, especificada y no especificada
	d3 Comunicación-producción d330 Hablar d335 Producción de mensajes no verbales d340 Producción de mensajes en lengua de signos convencional d345 Mensajes escritos d349 Comunicación-producción, especificada y no especificada
	d350-d369 Conversar y utilizar aparatos y técnicas de comunicación d350 Conversación d355 Discusión d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación d369 Conversación y utilización de dispositivos y técnicas de comunicación, especificados y no especificados
d7 Interacciones y relaciones interperso-nales	d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones personales complejas
	d730-d779 Interacciones interpersonales parti-culares, no especificadas d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas d779 Relaciones interpersonales particulares, otras específicas y no específicas
	d798 Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas
d9 Vida comuni-taria, social y cívica	d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio d930 Religión y espiritualidad

FACTORES AMBIENTALES	
e1 Productos y tecnología	e125 Productos y tecnología para la comunicación
e3 Apoyo y relaciones	e310 Familiares cercanos e315 Otros familiares e340 Cuidadores y personal de ayuda

En la **fragilidad** debido a la edad se ven afectadas:

Capítulo	Código y descripción
	FUNCIONES CORPORALES
b1 Funciones mentales	b167 Funciones mentales del lenguaje
	ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN
d3 Comunicación	**d350-d369 Conversar y utilizar aparatos y técnicas de comunicación** d350 Conversación d355 Discusión d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación d369 Conversación y utilización de dispositivos y técnicas de comunicación, especificados y no especificados
d7 Interacciones y relaciones interperso-nales	**d710-d729 Interacciones interpersonales generales** d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones personales complejas d729 Interacciones interpersonales generales, otras especificadas y no especificadas
	d730-d779 Interacciones interpersonales particu-lares, no especificadas d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas d779 Relaciones interpersonales particulares, otras específicas y no específicas

Bibliografía

Amblàs J, Amil P, Bocanegra I, Bullich I, Contel JC, Gil E, Giráldez G, González A, Melendo EM, Mir V, Ruiz R, Santaeugènia S. Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2020. Disponible en: https://hdl.handle.net/11351/7007

Apóstolo J, *et al.* Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018 Jan;16(1):140-232. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003382

Eklund K, *et al.* Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. Health Soc Care Community. 2009 Sep;17(5):447-58. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x

Friedland D, Miller N. Language mixing in bilingual speakers with Alzheimer's dementia: A conversation analysis approach. Aphasiology. 1999;13: 427-444.

Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions Between Frailty States Among Community-Living Older Persons. Arch Intern Med. 2006;166: 418. Disponible en: https://doi.org/10.1001/archinte.166.4.418 [citado el 26 enero de 2020].

Goodwin VA, Abbott RA, Whear R, Bethel A, Ukoumunne OC, Thompson- Coon J, Stein K. Multiple component interventions for preventing falls and fall- related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr. 2014 Feb 5;14:1. https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-15

Juncos-Rabadán O, Pereiro AX, Facal D. Comunicación y lenguaje en la vejez. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n. 67. Lecciones de Gerontología, XI. 2006.

Mahendra N, Hopper T. Dementia and related cognitive disorders. A l Papathanasiou, P Coppens, C Potagas (eds.), Aphasia and related neurogenic communication disorders. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. 2013: 397-430.

Mendez MF, Perryman KM, Pontón MO, Cummings JL. Bilingualism and dementia. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. 1999;11:411-412.

Nussbaum JF, Coupland J. Handbook of communication and aging research. 2.ª ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 2024.

Organización Panamericana de la Salud. Demencia: una prioridad de salud pública. Washington, DC: OPS. 2013. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=3EA6F66BC163902A7067A94744AC1F07?sequence=1 [citado el 2 de abril de 2024].

Peña-Casanova J. Teoría e interpretación: Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas. Programa Integrado de exploración neuropsicológica. Test Barcelona-2. Services S.L. 2019.

Worrall LE, Hickson LM. Communication disability in aging: From prevention to intervention. Clifton Park: Delmar Learning. 2003.

Woods NF, LaCroix AZ, Gray SL, Aragaki A, Cochrane BB, Brunner RL, Masaki K, Murray A, Newman AB, Women's Health Initiative. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. J Am Geriatr Soc. 2005 Aug;53(8):1321-30. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53405.x

Trastornos del lenguaje infantil

5

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos del lenguaje infantil. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 104–131. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos del lenguaje infantil. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 104–131). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para evaluar, diagnosticar, prevenir, intervenir y llevar a cabo el mantenimiento de las funciones comunicativas en los trastornos del lenguaje infantil, y debe contar con formación específica y actualizada para garantizar una práctica clínica rigurosa y ética.

2 El CLC promueve la investigación sobre la prevalencia, la evaluación y la intervención en los trastornos del lenguaje infantil, impulsa el desarrollo y la adaptación de instrumentos de evaluación e intervención en catalán y castellano y en coherencia con el contexto cultural y educativo.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y basado en la evidencia para el tratamiento de los trastornos del lenguaje infantil, con la colaboración de las familias, la escuela y otros profesionales sanitarios.

¿Qué es?

Definición

Los trastornos del neurodesarrollo (TND) están definidos en el DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (2013) y la CIE-11 (2022) como los trastornos que surgen durante el periodo del desarrollo y que implican dificultades significativas en la adquisición y la ejecución de funciones cognitivas, lingüísticas, motrices o socioafectivas específicas. Los TND incluyen la discapacidad intelectual (DI), los trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje / trastornos de la comunicación, trastorno del espectro autista (TEA), trastornos específicos del aprendizaje, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastorno del desarrollo de la coordinación motora. En este capítulo trataremos los TND relacionados con el desarrollo del lenguaje y la comunicación.

El consorcio CATALISE, siguiendo el método Delphi basado en la discusión entre expertos, llevó a cabo un interesante trabajo para alcanzar un consenso sobre la caracterización y la denominación de las dificultades en la adquisición del lenguaje. Se acordó distinguir entre trastorno del lenguaje (TL) y trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL). Ambos términos hacen referencia a dificultades severas y persistentes que presentan los niños en el desarrollo del lenguaje oral. En el primer caso, la afectación está relacionada con una causa biomédica determinada (parálisis cerebral, hipoacusia neurosensorial, TEA, DI, síndrome genético, etc.). El segundo caso se reserva para cuando no existe un trastorno asociado ni una explicación clara que justifique el problema de lenguaje. La denominación TDL, que sustituye a la de trastorno específico del lenguaje (TEL), hace referencia a un trastorno heterogéneo con una amplia variedad de dificultades posibles.

Signos clínicos

De acuerdo con las conclusiones de CATALISE, algunos niños sufren dificultades lingüísticas graves y persistentes que originan problemas funcionales a largo plazo en la comunicación diaria y en el ámbito académico. Las diversas clasificaciones del TDL que se han propuesto nunca han conseguido ser mutuamente excluyentes y muchos niños no encajan perfectamente en ninguna de las categorías definidas. Por ello, se recomienda no distinguir entre subtipos de TDL, sino indicar con precisión las áreas afectadas.

Por otra parte, se rechaza la distinción entre trastorno y retraso para que se considera unánimemente confusa. Se reconoce la existencia de una amplia de heterogeneidad en el TDL, tal como ocurre en otros TND. Se propone documentar esta heterogeneidad en lugar de intentar aplicar una nosología categórica que no termina de ajustarse a una gran proporción de niños y niñas.

Ciertamente, abunda la bibliografía que pone de manifiesto los altos niveles de comorbilidad entre los TND hasta el punto de que llega a ser más habitual la concurrencia simultánea de trastornos que

la existencia de trastornos puros aislados. Sin embargo, como señala Dewey, deberíamos reflexionar sobre la posibilidad de que la comorbilidad que observamos sea más bien el resultado de cómo los diferentes síntomas cognitivos, lingüísticos, motores y conductuales se organizan en los sistemas de clasificación como el DSM-5 o la CIE-11 utilizados para evaluar personas con estos trastornos. La comorbilidad podría no implicar la presencia de múltiples trastornos o disfunciones, sino ser el reflejo de nuestra incapacidad para aplicar un único diagnóstico que tenga en cuenta todos los síntomas y la incapacidad que todavía tenemos para relacionar las conductas observables en el desarrollo infantil con alteraciones funcionales neurobiológicas y los genes implicados.

Es interesante la aportación de CATALISE sobre los predictores especialmente significativos en la evaluación del lenguaje:

- **Antes de los tres años.** Muchos niños con un vocabulario limitado entre los 18 y los 24 meses se ponen al día más adelante, por lo que no resulta fácil identificar qué hablantes tardíos pueden presentar dificultades a largo plazo. Por el contrario, los niños y niñas que al cabo de 24 meses no combinan palabras parecen tener un peor pronóstico que los que no producen ninguna palabra a los 15 meses. Lo mismo ocurre con los que tienen problemas de comprensión, no se comunican con gestos o no imitan los movimientos corporales.
- **De tres a cuatro años.** En niños y niñas de cuatro años, cuanto mayor sea el número de áreas de funcionamiento del lenguaje afectadas, mayor es la probabilidad de que los problemas persistan hasta la edad escolar. La repetición de frases se ha identificado como un indicador relativamente bueno para predecir los resultados. En general, las dificultades que se restringen a la fonología en el ámbito expresivo cursan con buen pronóstico.
- **Cinco años y más.** Las dificultades lingüísticas que todavía son evidentes a la edad de cinco años o más, habitualmente persisten. Los niños y niñas que llegan a primaria con problemas de lenguaje oral corren el riesgo de tener también problemas de lectoescritura y un bajo rendimiento académico. El pronóstico no es muy favorable cuando hay una afectación en el lenguaje en el campo comprensivo o en la comunicación no verbal.

Bishop *et al.* reconocen como una limitación evidente el hecho de restringir la discusión sobre los trastornos del lenguaje a la lengua inglesa y recomiendan el uso del método Delphi a los investigadores que trabajan con trastornos del lenguaje en otras lenguas con el fin de ir alcanzando un consenso general cada vez más apropiado. En este sentido, celebramos la iniciativa de Serra de replicar el estudio en el contexto lingüístico catalán.

La detección precoz de los trastornos del lenguaje es fundamental para iniciar una intervención adecuada y minimizar el impacto en el desarrollo global del niño. Algunas señales de alerta son:

15-24 meses	• No balbucea. • No responde a la voz hablada ni a los sonidos. • Mínima o ninguna intención comunicativa. • Entre 1,5 - 2 años producción de menos de 10 palabras inteligibles. • Entre 2 años - 2 años y 11 meses producción de menos de 50 palabras con ausencia de enunciados de 2 palabras. • Valoración cada 6 meses.
2-3 años	• Mínima interacción. • Sin intención comunicativa. • No utiliza las palabras • Mínima reacción a la voz hablada. • Regresión o estancamiento en el desarrollo del lenguaje.
3-4 años	• Como máximo enunciados de dos palabras. • Falta de comprensión de demandas simples. • El entorno cercano no entiende el discurso del menor.
4-5 años	• Interacción inconsistente o anormal. • El entorno no cercano no entiende mucho el discurso del menor. • El entorno próximo no puede entender más de la mitad del discurso del menor. • Vocabulario limitado. • Dificultades con el ritmo, silabación, combinación y/o segmentación de los sonidos en una palabra. • Dificultades en la asociación grafema-fonema. • Reconocimiento inadecuado y lento de las palabras. • Imposibilidad de leer palabras sin sentido. • Dificultades de comprensión lectora. • Dificultades en tareas que requieran más implicación de la memoria de trabajo.

5-11 años	• Dificultades para explicar o volver a explicar una historia de forma coherente. • Dificultad para entender lo que han escuchado o leído. • Dificultades evidentes para seguir o recordar instrucciones verbales. • Habla mucho pero con escasa implicación en la conversación recíproca. • Las intervenciones suelen ser literales, sin comprensión del significado intencional de quien habla. • Capacidad reducida para aislar y manipular sonidos individuales en palabras. • Lentitud para completar las tareas relacionadas con la alfabetización. • Lectura lenta y laboriosa. • Confusión en la lectura de palabras similares. • Dificultades en la decodificación de palabras no familiares. • Comprensión lectora pobre. • Evitación y falta de interés en la lectura. • Problemas persistentes en la memoria de trabajo.
+11 años	• Dificultades para recordar o aprender vocabulario de baja frecuencia y/o neologismos. • Dificultades para expresar sus pensamientos de forma clara. • Confusiones morfosintácticas, tales como alteración del tiempo verbal o estructuras oracionales pobres o inacabadas. • Fonología pobre con dificultades en la combinación de fonemas, especialmente en palabras polisílabas. • Dificultad para hacer bromas basadas en el lenguaje, comprensión, tendencia a la comprensión literal. • Poca fluidez lectora. • Comprensión lectora reducida, necesidad de leer varias veces para entender el contenido. • Desorganización y dificultades para planificar. • Memoria de trabajo limitada. • Falta de interés o evitación de la lectura. • Las dificultades de memoria de trabajo pueden ser más visibles a medida que las demandas académicas incrementen.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
6A01	Trastornos del desarrollo del habla o el lenguaje
6A01.2	Trastorno del desarrollo del lenguaje
6A01.20	Trastorno del desarrollo del lenguaje con deficiencia del lenguaje receptivo y expresivo
6A01.21	Trastorno del desarrollo del lenguaje con deficiencia principalmente del lenguaje expresivo
6A01.22	Trastorno del desarrollo del lenguaje con deficiencia principalmente del lenguaje pragmático
6A01.23	Trastorno del desarrollo del lenguaje, con otro tipo de deficiencia específica
6A01.Y	Otros trastornos especificados del desarrollo del habla y el lenguaje
6A01.Z	Trastorno no especificado del desarrollo del habla y el lenguaje

Más allá de la codificación de la CIE-11 y del DSM-5, ambas muy similares, el consorcio CATALISE propone una evaluación alternativa. Distingue entre TL y TDL como áreas de afectación en relación con las necesidades del habla, el lenguaje y la comunicación. Aunque las dificultades en el ámbito fonético y fonológico son muy frecuentes en los niños con TL y TDL, y forman parte de la constelación de signos lingüísticos, cuando la dificultad se centra solo en la fonología, plantea que el diagnóstico no sea de TDL, sino de «trastornos de los sonidos del habla». Respecto a la «pragmática», se sugiere no adoptar la expresión propuesta por el DSM-5, y por extensión la CIE-11, como si fuera una categoría independiente porque se considera que forma parte del lenguaje y, por tanto, una afectación pragmática debería entender como un trastorno del lenguaje comprometido en el aspecto pragmático. El trasfondo de esta discusión, que queda abierta, refleja la manera de entender la relación entre el lenguaje y la comunicación, así como su relación con el desarrollo cognitivo y socioafectivo.

Causas

El TDL es un TND con causas complejas, donde se combinan factores genéticos, neurológicos, epigenéticos y ambientales. Aunque se desconoce la causa exacta, se reconocen varios factores de riesgo:

→ **Genéticos**: tiene una elevada heredabilidad (50-70 %), con la implicación de múltiples genes (FOXP2, ROBO1, KIAA0319, CNTNAP2,

entre otros) en lugar de una mutación específica comentada por Bishop en 2006.

- **Neurológicos**: no hay daño cerebral identificable, aunque estudios de neuroimagen muestran diferencias en la estructura y la función de regiones como el área de Broca y el área de Wernicke, implicadas en la producción y comprensión del lenguaje, como afirman Leonard *et al.* en 2006.
- **Ambientales**: un entorno pobre en estímulos lingüísticos, el estrés familiar o la falta de interacción pueden dificultar el desarrollo del lenguaje. En cambio, la exposición a un entorno rico en lenguaje y comunicación es crucial para un buen desarrollo. Se descarta un entorno multilingüe como causa del trastorno según Paradis *et al.*
- **Gestacionales**: condiciones adversas durante el embarazo, como infecciones, preeclampsia, exposición a tóxicos (tabaco, alcohol, drogas) o malnutrición, así como la prematuridad y un bajo peso al nacer o una puntuación baja en el Test de Apgar, pueden aumentar el riesgo de TDL según Vandormael en 2019.

Esta interacción dinámica entre factores hace que cada caso de TDL sea único y justifica la necesidad de un enfoque personalizado en la evaluación y la intervención. La comprensión de estos mecanismos es fundamental para mejorar las estrategias diagnósticas y terapéuticas, adaptándolas a las necesidades específicas de cada niño.

Epidemiología

Los datos de prevalencia del TDL pueden variar considerablemente en función de los criterios diagnósticos (en especial, en función del peso otorgado al cociente intelectual no verbal), los instrumentos de evaluación utilizados y la edad de los niños. En el estudio epidemiológico de Norbury *et al.* se tuvieron en cuenta todos estos aspectos, además de otros como son el desarrollo socioafectivo y el rendimiento académico. En conclusión, sus resultados muestran una prevalencia del TDL del 7,58 % con una proporción ligeramente superior en niños respecto de las niñas de 1,22: 1. Sería interesante contrastar estos datos con población de nuestro contexto lingüístico y cultural. A pesar de que estas cifras son superiores o similares a las prevalencias del TEA y del TDAH, socialmente el TDL es más desconocido, por lo que ha sido considerado a menudo un trastorno invisible. Como ya hemos mencionado, a pesar de la prevalencia mayor en el sexo masculino, vemos que el trastorno afecta tanto a niños como a niñas y los datos están lejos de las proporciones presentadas en los años setenta de 2:1 e incluso 4:1, muy condicionadas por criterios diagnósticos y, sobre todo, por cuestiones sociales.

Impacto en la vida de la persona

Las dificultades del lenguaje tienen repercusiones importantes en la vida de los niños y en su entorno familiar, por lo que requieren, en un grado u otro, apoyo profesional para atenderlos. Al igual que en otros TND, es frecuente que la semiología se modifique a lo largo del tiempo,

manifestándose tanto en el retraso temporal de las pautas de desarrollo como en la asincronía entre los componentes del lenguaje y otros procesos cognitivos. Las consecuencias del trastorno y las necesidades que se derivan cambian según su evolución, así como la influencia del entorno, los apoyos educativos y las intervenciones terapéuticas. Estas pueden variar significativamente entre individuos y transformarse a lo largo del tiempo, desde la etapa preescolar hasta la edad adulta, afectando a ámbitos como el aprendizaje, la comunicación, la autonomía y la inserción social y laboral.

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. Más adelante en este capítulo, en la parte referida a la actividad y la participación social, se destacan los trastornos del lenguaje inciden en el aprendizaje y la aplicación del conocimiento (d1), especialmente en los apartados 'Aprender a leer' y 'Aprender a escribir', 'tareas y demandas generales' (d2), 'la comunicación' (d3), 'las interacciones y relaciones interpersonales' (d7), 'las áreas principales de la vida', concretamente en el apartado 'educación escolar' y en 'la vida comunitaria, social y cívica' (d9). Al final del capítulo, se encuentran detalladas las afectaciones de los trastornos del lenguaje infantil en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para la identificación de los elementos que inciden en los trastornos del lenguaje infantil.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: leve limitación para comprender o expresarse

Dificultad leve en la comprensión y/o expresión, con un impacto mínimo en la vida del menor según la valoración de un familiar, maestro o pediatra. Sin embargo, se recomienda un seguimiento para controlar su evolución y, según la edad, una evaluación diagnóstica, si es necesario.

Grado I: moderada limitación para comprender o expresarse

Con falta de comprensión dominante

Comprensión oral de palabras y consignas simples, y complejas, apoyándose en el contexto y siempre que el referente sea claro y no haya interpretaciones posibles muy diversas. Dificultad en la comprensión de estructuras gramaticales complejas, frases subordinadas, pasivas o cláusulas demasiado largas.

Con falta de expresión dominante

Expresión inteligible, si bien resulta extraña y poco precisa semánticamente. En el ámbito formal, expresión limitada en cuanto a

concordancias, frases subordinadas y discurso. Léxico adecuado, pero errores en el aprendizaje de palabras nuevas o de baja frecuencia. A menudo recurre a términos generales como 'cosa' o 'esto' para comunicarse.

Con falta pragmática dominante
La iniciativa de la conversación es compartida por los interlocutores sin rupturas comunicativas apreciables. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente y para interpretar significados no literales o ambiguos del lenguaje que influyen en la capacidad inferencial, el sentido del humor, el lenguaje metafórico y, en general, cuando múltiples significados dependen del contexto para su interpretación. Si el interlocutor consigue seguir la historia, lo hace adivinando el contenido con ayuda del contexto, pero el discurso es gramaticalmente incorrecto.

Grado II: limitación severa para comprender o expresarse

Con falta de comprensión dominante
Comprensión limitada a palabras frecuentes, frases con apoyo visual y concretas, literales y relacionadas con un contexto experiencial. Confusión interpretativa frecuente. Comprensión suficiente de consignas simples y de bromas para las actividades de la vida diaria.

Con falta de expresión dominante
Expresión relativamente fluyente, verborreica, formalmente correcta pero con errores sintácticos, semánticos y pragmáticamente inadecuada. Dificultades de discriminación y secuenciación fonológicas.

Con falta pragmática dominante
La comunicación es posible con varios interlocutores. Dificultades para adecuarse al contexto o las necesidades de quien escucha, como hablar de forma diferente dentro de un aula, con los amigos o con un adulto, y el uso de un lenguaje demasiado formal.

Grado III: limitación grave para comprender y expresarse

Con falta de comprensión dominante
La comprensión puede estar limitada a palabras muy habituales y concretas o frases literales y repetidas.

Con falta de expresión dominante
Habla poco fluyente con ecolalias, deformada e incomprensible que puede ser bien articulada fonológicamente, pero sintácticamente y semánticamente confusa. La comunicación es posible solo con los familiares cercanos, directamente relacionada con las necesidades básicas y temas muy conocidos.

Con falta pragmática dominante
Intención comunicativa variable, en función del contexto social y de los núcleos de interés. Dificultades en el uso de la comunicación para propósitos sociales, tales como saludar, iniciar y mantener una conversación y compartir información.

Grado IV: limitación prácticamente total para comprender y/o expresarse
El peso de la comunicación, reducida a las necesidades básicas, lo lleva totalmente el interlocutor. Falta total o parcial de intención comunicativa con deficiencias claras en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información de manera que sea apropiada.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes en la evaluación, la prevención y la rehabilitación de los trastornos del lenguaje infantil. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas del lenguaje, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas correspondientes. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del lenguaje.

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello.

Orientación interdisciplinar

Respecto a la composición del equipo, la mayoría de las guías relacionadas con la rehabilitación de los trastornos del desarrollo del lenguaje contemplan la necesidad de que el abordaje terapéutico se realice en equipos interdisciplinarios. Así, bajo la coordinación de los logopedas se espera el concurso de médicos pediatras, rehabilitadores, foniatras y psiquiatras y profesionales de la psicología, la prótesis auditiva, la educación y el trabajo social.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención primaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por parte del pediatra o del médico ORL y será necesario que aporte información relativa a:

- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Evolución clínica.
- Pruebas realizadas, resultados, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en el ámbito socioeducativo y en las actividades de la vida diaria.
- Tratamientos realizados, tanto farmacológicos, rehabilitadores, como quirúrgicos y fecha de realización.

En un contexto de ingreso abierto, la familia puede pedir directamente la atención del servicio de logopedia a partir de las orientaciones de los maestros o psicólogos de los servicios educativos. En estos casos, la familia deberá proveer la información necesaria para el inicio de un proceso de diagnóstico logopédico.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de los trastornos del lenguaje.

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en las funciones y estructuras corporales relacionadas con el lenguaje.
- Limitaciones en la actividad y la participación social, incluyendo la comunicación funcional, las interacciones sociales, los roles sociales de la persona dentro de su comunidad y el impacto del lenguaje en la calidad de vida.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de las funciones y estructuras corporales

La evaluación es importante para identificar y caracterizar las dificultades específicas del lenguaje, pero, además, resulta esencial para fijar los objetivos de la intervención y las necesidades de apoyo que irán variando en función del progreso y de las nuevas evaluaciones que se vayan llevando a cabo.

El CLC recomienda que el logopeda complemente las pruebas estandarizadas de lenguaje con pruebas cognitivas para obtener una

visión más completa de las aptitudes verbales y no verbales de la persona. Este enfoque permite una evaluación más precisa, relacionando las habilidades lingüísticas con otras funciones cognitivas para garantizar un diagnóstico más cuidadoso. Esto facilita la toma de decisiones sobre el tratamiento más adecuado y la incorporación de estrategias compensatorias que mejoren la eficacia.

El uso de pruebas cognitivas complementarias contribuye a prevenir diagnósticos erróneos y asegura una evaluación rigurosa, fundamentada en la evidencia científica. Este procedimiento refuerza una práctica profesional ética y permite ajustar la intervención a las necesidades específicas de cada individuo, optimizando la eficacia del tratamiento logopédico y favoreciendo el desarrollo comunicativo y funcional.

El CLC recomienda diferenciar entre las pruebas diseñadas para la evaluación diagnóstica y las orientadas al cribado. Esta distinción es relevante incluso en diagnósticos clínicos, en los que las pruebas aportan información que no siempre es concluyente. Asimismo, se recomienda el uso de pruebas actualizadas y adaptadas a poblaciones que reflejen nuestro contexto cultural.

A continuación se presenta una relación de tests, escalas, inventarios y pruebas de cribado que no es exhaustiva, pero incluye en buena parte los instrumentos más utilizados en la evaluación del lenguaje y de la comunicación:

Tests generales para evaluar la cognición y el lenguaje

- BAS-II. Escalas de Aptitudes Intelectuales (2a 6m a 17-11).
- DN-CAS. Das i Naglieri-Sistema d'avaluació cognitiva (5a-17a).
- DN-CAS. Das y Naglieri-Sistema de evaluación cognitiva (5a-17a).
- K-ABC. Batería de evaluación para niños Kaufman (2a 6m-12a 6m).
- NEPSY-II. Batería de neuropsicología infantil (3a-16a).
- WISC-V. Escala de inteligencia de Wechsler para niños - V. (6a-16a 11m).
- WNV. Escala No Verbal d'Aptitud Intel·lectual de Wechsler (5a-21a).
- WPPSI-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (2a 6m-7a 7m).

Tests de evaluación del lenguaje

- CELF-5. Clinical Evaluation of Language Fundamentals – Fifth Edition (5a-15a 11m).
- CELF Preschool 2. Clinical Evaluation of Language Fundamentals Preschool - Second Edition (3a-6a 11m) (versión adaptada a la población española pendiente de publicación).

Algunos instrumentos de evaluación que tradicionalmente habían sido muy utilizados han caído en desuso, como por ejemplo las matrices progresivas de Raven o el test Illinois de aptitudes psicolingüísticas (ITPA).

En el primer caso, las escalas de Wechsler, mucho más completas, ya que incluyen la prueba de razonamiento no verbal «matrices» que es similar. En el segundo caso, así como en otros países cuentan con nuevas versiones traducidas y adaptadas del ITPA III, en España no se ha llevado a cabo esta actualización, lo que ha favorecido la imposición del CELF-5 como test estandarizado de lenguaje.

Escalas de desarrollo general

- Bayley-III. Escalas Bayley de desarrollo infantil (0-3a 6m).

Inventarios, pruebas de cribado y escalas de desarrollo del lenguaje y la comunicación

- CCC-2. Children's Communication Checklist. Inventario para evaluar la comunicación y la pragmática (4a-16a 11m).
- CDI. Communicative Development Inventories. Inventario de desarrollo comunicativo MacArthur-Bates (8m-2a 6m).
- DP-3. Perfil de Desarrollo - 3 (0-12a 11m).
- Escalas Reynell del desarrollo del lenguaje - III (1a 6m-7a).
- MacArthur. Inventario de Desarrollo Comunicativo (8m a 30m).
- Protocolo de observación para maestros de dificultades en el desarrollo del lenguaje.

Otros instrumentos

- ABAS-II. Sistema para la evaluación de la conducta adaptativa (0-89a).
- A-RE-HA. Análisis del retraso del habla (3a-6a 11m).
- A-RE-LL. Anàlisi del retard del llenguatge (3a-6a 11m).
- A-RE-PAN. Análisis del retraso del habla (3a-6a 11m).
- Evaluación del desarrollo fonológico de Laura Bosch (3a-7a 11m).
- CEG INFANTIL. Test de comprensión de estructuras gramaticales (2a-4a 11m).
- CEG. Test de comprensión de estructuras gramaticales (5a-11a).
- CREVT. Test de vocabulario expresivo y receptivo (4a-17a).
- EDAF. Evaluación de la discriminación auditiva y fonológica (3a-sin límite).
- El desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación (3a-7a 11m).
- EVT-3. Test de vocabulario expresivo (2:6 a 18:11).
- IMAN. Instrumento Multilingüe para La Evaluación de las Narraciones –MAIN en versión original– (3a-10a y mayores).
- Test PS-2. Perfil Sensorial-2 niño y escolar (3a-14a).
- PPVT-5. Test de vocabulario en imágenes Peabody-5 (2:6a a 18:11a).
- RAN-RAS Rapid Automatized Naming/Rapid Alternating Stimulus. Test de denominació ràpida (5a-18a 11m).
- SLAM BOOM! Tarjetas (3a-18a).
- The BUS STORY. A test of continuous speech (3a-8a).

Además de la evaluación del lenguaje a través de instrumentos estandarizados, es interesante la elaboración de perfiles con la descripción detallada de las características particulares del lenguaje del niño. Este procedimiento se basa en la recogida de muestras en contextos naturales aprovechando situaciones de interacción comunicativa para valorar el uso del lenguaje y las posibles disfunciones que haya en los diferentes componentes lingüísticos. Además de ser un complemento importante para la evaluación y el análisis preciso de muestras lingüísticas, es una herramienta muy útil para el establecimiento de objetivos para la intervención.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para la creación, adaptación y actualización de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los trastornos del lenguaje infantil.

¿Qué aspectos no lingüísticos deben valorarse en los niños con TDL?

1. Memoria

Existe un consenso generalizado de que la población con TDL presenta déficits en la memoria de trabajo fonológica. En estos niños, el bucle fonológico, componente de la memoria de trabajo que almacena temporalmente la información fonológica, está alterado. Muchos estudios han demostrado que los niños con TDL tienen dificultades para repetir pseudopalabras multisilábicas, lo que se ha considerado un marcador clínico de TDL con alta heredabilidad. Este resultado se presenta en varias lenguas, como el castellano y el catalán, según Aguado *et al.* y Ahufinger *et al.*

2. Atención

Los estudios, como Carmona-Vázquez *et al.* y Redmond, muestran una alta comorbilidad entre TDL y TDAH. En niños de habla hispana se observó que los niños con TDL presentaban rasgos de TDAH tipo inatento, pero no hiperactivo. McGrath *et al.*, encontraron que un 30 % de la muestra presentaba comorbilidad entre TDL y TDAH de tipo inatento.

3. Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas implican procesos cognitivos como la memoria de trabajo, el razonamiento, la flexibilidad cognitiva, la inhibición, la planificación y la toma de decisiones. Estas funciones se procesan principalmente en las áreas prefrontales del cerebro y están vinculadas a la regulación del comportamiento y la resolución de problemas.

4. Dificultades emocionales y conductuales

Según Yew y o'Kearney s, los niños con TDL tienen un riesgo aproximadamente doble de sufrir problemas emocionales y de

comportamiento en comparación con los niños con desarrollo típico. Estos problemas incluyen dificultades en la emocionalidad internalizada y externalizada, que pueden aparecer más tarde en la infancia o la adolescencia.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

Es importante recoger información sobre el impacto de los trastornos del lenguaje en la vida de las personas para poder identificar las necesidades de apoyo e incidir en la mejora de la calidad de vida. Este aspecto se evalúa fundamentalmente a través de entrevistas con el niño, la familia, la escuela, además de cuestionarios, estudios sobre el entorno social, etc.

3 / Evaluación del contexto

La recogida de información sobre el niño y su entorno debe servir para identificar los obstáculos y facilitadores contextuales que ayudarán al logopeda a determinar el potencial de uso efectivo de técnicas y estrategias compensatorias. Utilizando los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades, encontramos el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125) y los servicios sanitarios (e5800).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

De acuerdo con Bishop *et al.*, los criterios más importantes que hay que tener en cuenta para identificar el TDL son:

a. Dificultades de lenguaje suficientemente graves para que quede afectada la comunicación o el aprendizaje en la vida cotidiana.
b. Cuando es poco probable que los problemas de lenguaje se resuelvan o no se hayan resuelto a la edad de cinco años.
c. Cuando los problemas no están asociados a una causa biomédica conocida (si existiera una causa biomédica, su denominación sería TL).

Como ya se ha dicho anteriormente, en lugar de describir subtipos de TDL, se propone identificar niveles de gravedad y caracterizar la sintomatología y los componentes afectados de cada niño en particular. En este sentido, los tests de lenguaje son necesarios, pero no suficientes. Se valora como criterio de inclusión para el diagnóstico la obtención de puntuaciones 1,25-1,5 desviaciones estándar por debajo de la media en 1-2 subtests relevantes de pruebas como el CELF-5. No hay un consenso

claro a la hora de tomar como referencia una determinada puntuación mínima de cociente intelectual no verbal. Las opiniones que expresan a los profesionales e investigadores que han participado en distintos grupos de discusión son diversas.

Además de los tests estandarizados, el proceso de evaluación debe tener en cuenta otros aspectos como las muestras naturales de lenguaje, las habilidades cognitivas, el desarrollo socioafectivo, información contextual y las necesidades de soporte. Por ello la evaluación debe ser dinámica, en periodos sucesivos y contrastando los diferentes datos obtenidos, y se debe llevar a cabo cuanto antes para iniciar rápidamente una intervención.

A pesar de los progresos en niveles más simples de la comunicación, la gravedad y persistencia de los problemas hará necesaria una adaptación curricular para que el niño pueda seguir mínimamente los niveles académicos exigidos.

Por lo tanto, para diagnosticar TDL a un niño, este debe cumplir los siguientes requisitos:

- → **Dificultades lingüísticas persistentes**: problemas en la comprensión y/o expresión del lenguaje oral que se mantienen más allá de los 5 años y que no se resuelven de forma espontánea.
- → **Afectación en una o más áreas del lenguaje** (fonología, morfosintaxis, semántica y pragmática).
- → **Impacto funcional significativo**: las dificultades deben repercutir en la comunicación diaria, el rendimiento académico y/o las interacciones sociales.
- → **Ausencia de una causa biomédica identificable**:
  - No hay un trastorno neurológico conocido, déficits auditivos graves, DI moderada-severa o trastornos psiquiátricos primarios que justifiquen las dificultades lingüísticas.
  - Si existe una enfermedad asociada (ej. parálisis cerebral, TEA o síndrome genético), el diagnóstico debe ser TL y no TDL.
- → **Rendimiento en pruebas estandarizadas**: puntuaciones situadas al menos 1,25 desviaciones estándar por debajo de la media en pruebas de lenguaje receptivo, expresivo o pragmático (como CELF-5, PPVT-5, EVT-3, entre otros).
- → **Preservación de capacidades cognitivas generales**: el cociente intelectual no verbal debe estar dentro de la normalidad o presentar una discrepancia significativa entre las habilidades verbales y no verbales.

El diagnóstico de TDL se excluye en los casos siguientes:

- → **TEA**: la dificultad principal está en la comunicación social y la pragmática, con otros rasgos clínicos como la rigidez conductual y los intereses restringidos.
- → **DI**: el déficit en el lenguaje forma parte de un perfil más amplio de dificultades cognitivas generales.

- **Pérdida auditiva no corregida**: niños con hipoacusia neurosensorial moderada-severa pueden presentar dificultades en la adquisición del lenguaje, pero su causa primaria es sensorial.
- **Trastornos neurológicos**: en casos de parálisis cerebral, epilepsia u otras patologías neurológicas, las dificultades lingüísticas se incluyen en un marco de trastorno del lenguaje con base orgánica.
- **Dificultades por falta de exposición al idioma**: niños criados en entornos bilingües o con escasa exposición al catalán/castellano pueden presentar un desarrollo lingüístico más lento, pero no cumplen criterios para TDL. En estos casos, es necesaria una evaluación detallada del desarrollo lingüístico en ambas lenguas.
- **Dificultades en la producción oral sin afectación del lenguaje**:
  - Trastornos fonéticos-fonológicos: problemas articulatorios sin alteraciones gramaticales ni semánticas significativas.
  - Trastornos emocionales o de conducta primarios: los niños con ansiedad social, mutismo selectivo u otros trastornos emocionales pueden evitar hablar, pero no presentan una alteración lingüística primaria.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante circunstancias que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de compromiso para realizar la intervención (especialmente adolescentes y jóvenes).
- Falta de adherencia al tratamiento por parte de la familia o cuidadores del menor.
- Alteraciones o dificultades comunicativas secundarias a un bajo dominio o exposición al idioma del entorno.
- Patologías comórbidas que, por sus características, dificultan o desaconsejan un proceso rehabilitador.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos generales de la rehabilitación de los trastornos del lenguaje son:

- Potenciar la adquisición de un grado de competencia lingüística que permita la comunicación, la socialización, el aprendizaje y el desarrollo personal y emocional.
- Desarrollar las habilidades lingüísticas en el ámbito oral y escrito de las personas con TDL o TL a su máximo potencial.
- Enseñar estrategias a las personas con trastornos del lenguaje

y a su entorno para reducir el impacto de sus dificultades en la comunicación y mejorar su inclusión escolar, social y laboral.

- → Apoyar a las escuelas para incorporar estrategias al currículo para favorecer el aprendizaje y el uso del lenguaje de los niños con TL y TDL.
- → Apoyar a las familias de los niños con un TL o TDL incipiente para llevar a cabo una estimulación del lenguaje adecuada.

Intervenciones preventivas

Los logopedas deben ir más allá del rol correctivo tradicional y asumir más protagonismo en la prevención de los trastornos del lenguaje y de la comunicación. En este sentido, deben orientar y asesorar a las familias, maestros y pediatras en el cribado para la detección cuanto antes de los niños que requieren una evaluación más precisa y, si procede, una posterior intervención. El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios de actuaciones preventivas sobre los trastornos del lenguaje.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

Resulta muy difícil plantear una duración óptima para las intervenciones en los trastornos del lenguaje si tenemos en cuenta su heterogeneidad, etiología multifactorial, comorbilidad, niveles diferentes de gravedad y la diversidad de componentes lingüísticos afectados en cada niño en particular. En función de los autores se pueden constatar pequeños cambios significativos al cabo de ocho semanas, tres meses, seis meses o una vez iniciado el tratamiento, pero la necesidad de soporte logopédico se prolongará en el tiempo según la persistencia y la posible gravedad de los problemas. Muchas intervenciones se centran en aspectos exclusivamente lingüísticos, a menudo solo morfosintácticos, en detrimento de otras cuestiones como el aprendizaje, el desarrollo y los aspectos socioafectivos. Si el abordaje es más amplio y completo, la intervención todavía será más larga, pero previsiblemente también más eficiente.

Sin embargo, hay algunas cuestiones en las que el consenso está claro. En primer lugar, el hecho de intervenir cuanto antes y a partir de una evaluación exhaustiva y rigurosa. Y, en segundo lugar, como dice Mendoza, la necesidad de sustituir prácticas basadas en el ensayo-error por modelos de intervención que demuestren su efectividad contando con la experiencia de logopedas, usuarios, familias, maestros y otros profesionales.

La intervención logopédica debe basarse en prácticas basadas en la evidencia y debe estar fundamentada en pruebas sólidas de investigaciones rigurosas. En este sentido, la evidencia científica muestra buenos resultados en intervenciones precoces orientadas a familias y escuelas que respetan los entornos naturales, como por ejemplo el programa Hanen.

El programa Hanen «*It Takes Two to Talk*» (traducido al castellano: «*Hablando nos entendemos los dos*») está diseñado específicamente para padres y madres de niños pequeños (0-5 años) con un retraso en el desarrollo del lenguaje. En un grupo reducido y de forma personalizada,

los padres practican estrategias para ayudar a sus hijos a aprender su idioma conjuntamente y de forma natural a lo largo del día. El programa incide directamente en la pragmática y el discurso, y en menor grado, en el léxico, la semántica, la morfología y la sintaxis. Muchos autores constatan la eficacia de este programa de intervención en comparación con los tratamientos tradicionales.

Resulta bastante evidente que la responsabilidad compartida entre logopedas, padres-madres, tutores legales y maestros favorece extraordinariamente la eficiencia de los tratamientos. Esto no excluye que, posteriormente, la intervención se oriente más específicamente y sistemáticamente hacia los componentes lingüísticos afectados.

Sin ánimo de ser exhaustivos, a continuación presentamos una relación de otros programas de intervención que se aplican habitualmente:

- **Modelo de intervención en tres niveles.** Basado en la práctica clínica, los autores Monfort y Juárez han influido en nuestro contexto con estrategias de intervención en el ámbito ambiental y clínico, mediante la estimulación del lenguaje con ejercicios funcionales o formales.
- ***Active Listening for Active Learning.*** El objetivo es enseñar a los niños a reconocer qué comprenden y qué no comprenden, y en caso de que no entiendan lo que dice el interlocutor, aprender estrategias para responder. Se trabajan las habilidades metalingüísticas y la comprensión verbal.
- **Intervención narrativa de Becky Shanks.** La intervención se centra en la comprensión y el uso de la gramática del cuento para ayudar a los niños a hacer narraciones y explicar historias.
- **Lectura compartida.** Los niños en edad preescolar con alteraciones del lenguaje tienen dificultades tanto con el lenguaje literal como con el lenguaje inferencial. El objetivo de la lectura compartida es trabajar estos aspectos para anticiparse a futuros problemas de comprensión lectora.
- ***Broad Target Recast (BTR).*** Es un programa de intervención específico basado en la técnica de la reformulación, a través de la cual el interlocutor con más competencia lingüística responde a lo que dice el niño ampliando, corrigiendo de manera implícita o cambiando los enunciados pero manteniendo el significado.
- ***Colourful Semantics.*** Utiliza tarjetas de indicaciones visuales de colores para «mostrar» la estructura de una frase (sintaxis) de manera que esté vinculada con su significado (semántica). Fue desarrollado originalmente con niños con problemas graves del lenguaje.
- ***Contextual instruction, analytical instruction, and anchored instruction.*** La intervención refleja las características de tres condiciones de instrucción: contextual, analítica y anclada. Tiene como objetivo aumentar el aprendizaje de palabras (vocabulario ilustrado y vocabulario oral).
- ***Family-centred Practice.*** El objetivo es aumentar la implicación

y satisfacción de los padres en la intervención así como mejorar los resultados de los niños en el lenguaje expresivo y receptivo.

- ***Focused Stimulation.*** La estimulación focalizada es una técnica que se utiliza para llamar la atención de un niño sobre aspectos específicos de la gramática o el vocabulario. La idea es partir de una palabra, frase o forma gramatical en particular y utilizarla repetidamente mientras se interactúa con el niño.
- ***Lexicon Pirate.*** Es una terapia intensiva a corto plazo diseñada como método de intervención para niños con diferentes tipos de déficits léxicos. El método ayuda a aprender activamente descubriendo vacíos léxicos.
- **Makaton.** El objetivo es favorecer la emergencia y el desarrollo del lenguaje oral con el soporte de la comunicación aumentativa. Se basa en un sistema multimodal de manera que se ejecuta la palabra (estímulo auditivo) en combinación con signos y/o pictogramas (estímulo visual) para crear la imagen mental del concepto.
- ***Oral Language Programme.*** El objetivo del programa es reforzar las competencias lingüísticas relativas a la comprensión. Incluye instrucción directa para desarrollar vocabulario, inferencias, lenguaje expresivo y habilidades auditivas como la atención verbal y la memoria auditiva.
- **Lectura compartida cuidador-niño.** La lectura de libros entre padres e hijos pretende favorecer el desarrollo del lenguaje y la lectura de los niños, también así como el vínculo y el bienestar emocional.
- ***Shape Coding by Susan Ebbels.*** Programa basado en la codificación de formas para «mostrar» la estructura de una frase. Intervención dirigida a la semántica y la sintaxis.
- ***Social Communication Intervention Programme (SCIP).*** El objetivo de este programa es trabajar las dificultades que pueden tener los niños con el uso funcional del lenguaje en contextos de interacción social. Ayuda a los niños a comprender los indicadores sociales e incide de forma muy directa en la semántica, la pragmática, el razonamiento verbal y la capacidad inferencial.
- ***Story Champs.*** El objetivo de este programa es mejorar la competencia gramatical y las habilidades narrativas de los niños oralmente. Los beneficios de contar historias con diferentes soportes visuales y verbales se transfieren posteriormente a otras habilidades académicas relacionadas con la lectura y la escritura.
- ***Play Time/Social Time (PT/ST).*** Este programa de intervención tiene una duración de cuatro meses y tiene la finalidad de promover estrategias sociales eficaces tanto en la escuela como en casa trabajando seis habilidades explícitamente durante unos minutos al día: 1) compartir, 2) persistir, 3) pedir, 4) organizar el juego, 5) responder al intento de interacción de los iguales y 6) ayudar o pedir ayuda a los iguales.

El CLC considera importante que los logopedas fundamenten su intervención en prácticas basadas en la evidencia y que participen activamente en el diseño y la difusión de nuevos programas de intervención para los trastornos del lenguaje.

Intervenciones de mantenimiento de la función

La colaboración de los familiares es importante para reforzar los avances logrados mediante la terapia logopédica, incluso cuando su papel en el proceso terapéutico sea limitado. Los padres deben recibir información sobre las estrategias más efectivas para apoyar a sus hijos, fomentando el uso del lenguaje en diversas situaciones y contextos. Sin embargo, los docentes deben estar al corriente de los progresos del niño para proporcionarle oportunidades de desarrollo adecuadas, evitando exponerlo en situaciones que no se ajusten a su nivel evolutivo. Los logopedas deben orientar a las familias y la escuela en cuanto a actividades y adaptaciones que promuevan el mantenimiento de las mejoras alcanzadas en el tratamiento.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes hacer estudios sobre la intervención de mantenimiento de los trastornos del lenguaje.

Intervenciones en el entorno

La corresponsabilidad entre logopedas, madres-padres y maestros, y la incidencia en el entorno mejora la eficiencia de los tratamientos, por lo que se debe planificar la intervención considerando los obstáculos y los facilitadores contextuales identificados a la evaluación con los códigos CIF.

Ámbito educativo

- Valorar con la escuela y el EAP las adaptaciones curriculares y modificaciones de las prácticas en el aula.
- Valorar el uso de estrategias de aprendizaje adecuados para los niños con TND.
- Favorecer el uso de procedimientos de evaluación alternativos en el aula que tengan en cuenta las necesidades del alumnado.
- Establecer canales de intercambios de información y estrategias con otros campos profesionales implicados (pediatría, enfermería, neurología, psicología, psiquiatría, etc.).

Ámbito sociofamiliar

- Contribuir a la mejora de la comunicación en el contexto familiar.
- Adaptar el domicilio de la persona según sus necesidades.
- Facilitar la participación de la persona en el entorno social con los soportes que sean necesarios.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

Aunque en el momento de la redacción de este documento no se conocían intervenciones desaconsejadas específicamente por la literatura científica, es importante mantener una revisión constante de las investigaciones para evitar la implementación de prácticas poco efectivas o potencialmente perjudiciales.

Prácticas con evidencia limitada o inexistente

Algunas intervenciones han sido ampliamente utilizadas en el pasado, pero la investigación reciente ha cuestionado su eficacia o ha mostrado resultados contradictorios. Por ejemplo:

- Programas basados exclusivamente en la repetición y la memorización de palabras: este tipo de intervención, sin contextualización ni aplicación funcional del lenguaje, ha sido cuestionada por varios estudios como Law *et al.*, que sugieren que el aprendizaje del lenguaje es más efectivo en entornos naturales e interactivos.
- Métodos de estimulación auditiva pasiva: algunos programas han propuesto la mejora del lenguaje a través de la exposición a sonidos o estímulos auditivos sin interacción activa. Sin embargo, estudios como el de Gillam *et al.* han concluido que estas técnicas no tienen un impacto significativo en el desarrollo lingüístico de los niños con trastornos del lenguaje.

Intervenciones que no respetan la evidencia neurocientífica actual

- Técnicas de refuerzo conductual excesivo sin atención a la funcionalidad comunicativa: aunque las estrategias conductuales pueden ser útiles en determinados casos, el uso exclusivo de refuerzos sin fomentar la autonomía comunicativa puede ser limitante. Bishop alerta sobre la importancia de incorporar estrategias que promuevan la interacción y la intención comunicativa.
- Terapias milagrosas o sin base científica: hay que evitar la difusión de intervenciones que prometen resultados rápidos sin soporte empírico, como determinadas dietas o suplementos para la mejora del lenguaje, que carecen de evidencia científica consistente.

El CLC recomienda revisar periódicamente la literatura científica para identificar posibles prácticas ineficaces o potencialmente perjudiciales. Asimismo, se pone énfasis en la necesidad de basar cualquier intervención en estudios rigurosos y metodologías contrastadas para garantizar la calidad y la efectividad del tratamiento en niños con trastornos del lenguaje.

Equipamiento

El CLC recomienda los logopedas que lleven a cabo su tarea profesional en un espacio adaptado a las necesidades de los niños y de sus familias de acuerdo con la actividad evaluadora y el desarrollo de su intervención. Es importante velar por la adecuación y la actualización de los instrumentos de evaluación y por que el material específico de rehabilitación se adapte a la etapa de desarrollo del niño y las necesidades propias de los trastornos del lenguaje.

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para conocer el estado funcional del paciente en el momento del alta, es conveniente realizar una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial e informar del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral indica que el estado de la persona ha mejorado significativamente respecto a su grado de severidad o bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son repetitivas y ya no aportan cambios sustanciales en las habilidades o la persona no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- La persona ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- La afectación lingüística no perjudica la participación en las actividades y no afecta al estado de salud ni a la autonomía de la persona.
- La competencia lingüística es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Dada la estrecha relación entre el TDL y los problemas en el lenguaje escrito, un niño que ha logrado un lenguaje adecuado en el campo expresivo y comprensivo al finalizar la intervención puede necesitar nuevamente atención en el proceso de aprendizaje de la lectoescritura.

Orientaciones para después del alta

En el momento del alta se dan unas recomendaciones al paciente y a sus familiares con el fin de optimizar la intervención y, en caso de que se considere adecuado, se recomendará material y pautas para continuar trabajando en el domicilio o en la escuela.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción	
	FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b117	Funciones intellectuales
	b122	Funciones psicosociales globales
	b140	**Funciones de la atención**
	b156	**Funciones de la percepción**
	b1560	Percepción auditiva
	b1561	Percepción visual
	b1565	Percepción visoespacial
	b156	**Funcionns mentalns del lenguaje**
	b1670	Recepción de lenguaje
	b16700	Recepción de lenguaje oral
	b16701	Recepción de lenguaje escrito
	b16702	Recepción del lenguaje de signos
	b16708	Recepción del lenguaje, otras especificadas
	b16709	Recepción del lenguaje, no especificadas
	b1671	Expresión de lenguaje
	b16710	Expresión de lenguaje oral
	b16711	Expresión de lenguaje escrito
	b16712	Expresión de lenguaje de signos
	b16718	Expresión de lenguaje, otras especificadas
	b16719	Expresión de lenguaje, no especificadas
	b1672	Funciones integradoras del lenguaje
	b1678	Funciones mentales del lenguaje, otras especificadas
	b1679	Funciones mentales del lenguaje, no especificadas
b2 Funciones sensoriales y dolor	**b230**	**Funciones auditivas**
	b2300	Detección de sonidos
	b2301	Discriminación de sonidos
	b2304	Discriminación del habla
b3 Funciones de la voz y el habla	**b330**	**Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla**
	b3302	Velocidad del habla
	b340	**Funciones alternativas de vocalización**

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		
d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d110	Mirar
	d115	Escuchar
	d130	Copiar
	d133	Adquirir el lenguaje
	d135	Repetir
	d137	Adquirir conceptos
	d140	**Aprender a leer**
	d145	**Aprender a escribir**
	d166	Leer
	d170	**Escribir**
d2 Tareas y demandas generales	d2100	Llevar a cabo una tarea sencilla
d3 Comunicación	d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados
	d315	**Comunicación-recepción de gestos corporales**
	d325	Comunicación-recepción de mensajes escritos
	d330	Hablar
	d340	Producción de mensajes en lengua de signos convencional
	d345	Mensajes escritos
	d350	**Conversación**
	d355	**Discusión**
	d360	**Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación**
d9 Vida comunitaria, social y cívica	**d920**	**Tiempo libre y ocio**
FACTORES AMBIENTALES		
e1 Productos y tecnología	e125	Productos y tecnologías para la comunicación
e5 Servicios, sistemas y políticas	e5800	Servicios sanitarios

Bibliografía

Archibald, Lisa MD; Gathercole, Susan E. Visuospatial immediate memory in specific language impairment. J Speech Lang Hear Res. 2006;49(2):265-277.

Acosta V, Ramírez-Santana G, Hernández S. Intervention in fluency problems in pupils with Specific Language Impairment (SLI) / Intervención en problemas de fluidez en alumnado con Trastorno Específico del Lenguaje (TEL). Infanc Aprendiz [Internet]. 2016;39(3):466–98. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/02103702.2016.1189118

Aguado G, Coloma CJ, Martínez AB, Mendoza E, Montes A, Navarro R, *et al*. Documento de consenso elaborado por el comité de expertos en TEL sobre el diagnóstico del trastorno. Rev Logop Foniatr Audiol (Internet). 2015;35(4):147–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.rlfa.2015.06.004

Andreu L, Sanz M. Del trastorn específic del llenguatge al trastorn del desenvolupament del llenguatge. FUOC. 2021.

Bahamonde Godoy C, Serrat Sellabona E, Vilà Suñè M. Intervención en Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL). Una revisión sistemática (2000-2020). Rev Investig Logop [Internet]. 2021;11(Especial):21-38. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rlog.71975

Baxendale J, Hesketh A. Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional clinic therapy. Int J Lang Commun Disord [Internet]. 2003;38(4):397-415. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/1368282031000121651

Bishop DVM. What causes specific language impairment in children? Current directions in psychological science. 2006; 15(5): 217-221.

Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T, and the CATALISE-2 consortium. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2017;58(10):1068–80. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12721

Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T, CATALISE consortium. CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. PLoS One [Internet]. 2016;11(7):e0158753. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0158753

Carmona-Vázquez CR, Peña-Landín DM, Cornelio-Nieto JO, *et al*. Hallazgos en resonancia magnética cerebral en veinte pacientes pediátricos con trastorno específico del lenguaje. Rev Mex Neuroci. 2014;15(5):251-258

Conti-Ramsden G. Processing and Linguistic Markers in Young Children With Specific Language Impairment (SLI). J Speech Lang Hear Res. 2003;46(5):1029-1037. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003/082)

Dewey D. What is comorbidity and why does it matter in neurodevelopmental disorders? Curr Dev Disord Rep [Internet]. 2018;5(4):235-42. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s40474-018-0152-3

Gillam RB, Loeb DF, Hoffman LM, Bohman T, Champlin CA, Thibodeau L, *et al*. The efficacy of Fast ForWord Language intervention in school-age children with language impairment: a randomized controlled trial. J Speech Lang Hear Res [Internet]. 2008;51(1):97-119. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388(2008/007)

Girolametto L, Weitzman E. It takes two to talk-the Hanen Program for parents: Early language intervention through caregiver training. A: Mccauley R, Fey M, editors. Treatment of language disorders in children. 2006. p. 77-103.

Girbau D, Schwartz RG. Non-word repetition in Spanish-speaking children with Specific Language Impairment (SLI). Int J Lang Commun Disord [Internet]. 2007;42(1):59-75. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/13682820600783210

Law J, Dennis JA, Charlton JJV. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders. Cochrane Libr [Internet]. 2017; Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd012490
Leonard C, Eckert M, Given B, Virginia B, Eden G. Individual differences in anatomy predict reading and oral language impairments in children. Brain [Internet]. 2006;129(Pt 12):3329-42. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/brain/awl262
McGrath, L.M., Hutaff-Lee, C., Scott, A. *et al.* Children with Comorbid Speech Sound Disorder and Specific Language Impairment are at Increased Risk for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Abnorm Child Psychol 36, 151-163 (2008). https://doi.org/10.1007/s10802-007-9166-8
McGregor KK. How we fail children with developmental language disorder. Lang Speech Hear Serv Sch [Internet]. 2020;51(4):981-92. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1044/2020_LSHSS-20-00003
Mendoza E. Trastorno específico del lenguaje (TEL). Avances en el estudio de un trastorno invisible. Madrid: Pirámide; 2016.
Mountford HS, Braden R, Newbury DF, Morgan AT. The genetic and molecular basis of developmental language disorder: A review. Children (Basel) [Internet]. 2022;9(5):586. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/children9050586
Norbury CF, Gooch D, Wray C, Baird G, Charman T, Simonoff E, *et al.* The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2016;57(11):1247-57. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12573
Pennington L, Thomson K, James P, Martin L, Mcnally R. Effects of It Takes Two to Talk - The Hanen Program for Parents of Preschool Children With Cerebral Palsy: Findings From an Exploratory Study. J Speech Lang Hear Res. 2009;52:1121-38.
Redmond SM. Language impairment in the attention-deficit/hyperactivity disorder context. J Speech Lang Hear Res. 2016; 59(1): 133-142. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-15-0038
Serra M. Estudio del consenso en la nosología y la terminología del trastorno específico del lenguaje (TEL) en lengua catalana (Cataluña y Mallorca) con metodología Delphi. Rev Logop Foniatr Audiol (Internet). 2022;42(1):41-57. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.rlfa.2020.07.001
Vandormael C, Schoenhals L, Hüppi PS, Filippa M, Borradori Tolsa C. Language in preterm born children: Atypical development and effects of early interventions on neuroplasticity. Neural Plast [Internet]. 2019;2019:6873270. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1155/2019/6873270
Villanueva P, Nudel R, Hoischen A, Fernández MA, Simpson NH, Gilissen C, *et al.* Exome sequencing in an admixed isolated population indicates NFXL1 variants confer a risk for specific language impairment. PLoS Genet [Internet]. 2015;11(3):e1004925. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pgen.1004925
Yew, S.G.K., O'Kearney, R. The Role of Early Language Difficulties in the Trajectories of Conduct Problems Across Childhood. J Abnorm Child Psychol 43, 1515-1527 (2015). https://doi.org/10.1007/s10802-015-0040-9
Ygual-Fernández A, Miranda-Casas A, Cervera-Mérida JF. Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Neurol Clin. 2000;1(1): 193-202.
What Works database - Speech and Language UK: Changing young lives [Internet]. Speech and Language UK: Changing young lives. 2023. Disponible en: https://speechandlanguage.org.uk/educators-and-professionals/what-works-database/

Trastornos del espectro autista

6

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos del espectro autista. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 132–177. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos del espectro autista. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 132–177). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para el cribado, la evaluación, el diagnóstico y la intervención en las dificultades de comunicación, interacción y alimentación relacionadas con el autismo, y debe contar con una formación actualizada, especializada y basada en la evidencia.

2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el cribado, la evaluación funcional, la calidad de vida y la intervención logopédica en el autismo, promueve el desarrollo de instrumentos adaptados lingüística y culturalmente.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario, centrado en la persona y su familia, que reconozca el valor de la neurodiversidad. Insta a evitar el uso de prácticas carentes de evidencia científica o alejadas de los estándares actuales de calidad asistencial.

¿Qué es?

Definición

El DSM-5-TR define el Trastorno del Espectro Autista (TEA) como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades en la comunicación social y la interacción social, así como la presencia de comportamientos restringidos y repetitivos.

- → Las dificultades en la comunicación social se muestran de diversas maneras y pueden incluir limitaciones en las capacidades de atención conjunta y reciprocidad social, así como dificultades en el uso de comportamientos de comunicación verbales y no verbales para la interacción social.
- → Los comportamientos, intereses o actividades restringidos y repetitivos se manifiestan a través de un habla estereotipada, lenguaje idiosincrásico, movimiento motor o uso de objetos repetitivo e inusual; adherencia inflexible a rutinas; intereses restringidos, e hipersensibilidad o hiposensibilidad a la entrada sensorial.

Caracterización del TEA en el DSM-5-TR

Los criterios especificados en el DSM-5-TR (*Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision)* reflejan diversos cambios respecto al DSM-IV-TR *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (APA, 2000). El cambio más notable es la eliminación de la categoría de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), que incluía diagnósticos como el trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Rett y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

Los criterios del DSM-5-TR para el TEA (el término utilizado en lugar de TGD) engloban los déficits sociales y de conducta típicos de estas poblaciones, sin especificar subtipos. Sin embargo, según el DSM-5-TR: *«Los individuos con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, trastorno de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado deberían recibir el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista»* (APA, 2022). El DSM-5-TR incluye el Trastorno de Rett, un trastorno genético, con un diagnóstico separado en el que se pueden observar alteraciones en la interacción social durante la fase regresiva.

Según el DSM-5-TR, el TEA es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits persistentes en la **comunicación social y la interacción social** en múltiples contextos, junto con **patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos** y **repetitivos**.

Principales criterios diagnósticos

1. Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social, que incluyen:

- Deficiencias en la reciprocidad socioemocional (p. ej., dificultad para iniciar o responder a interacciones sociales, falta de intercambio emocional).
- Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales (p. ej., contacto visual anómalo, uso limitado de gestos, dificultad para comprender el lenguaje corporal).
- Dificultades en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales.

2. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos, que incluyen al menos dos de los siguientes:

- Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva (p. ej., ecolalia, alineación de objetos).
- Insistencia en que las cosas, actividades, etc. se mantengan iguales, necesidad de rutina, tendencia a la rigidez, rechazo a los cambios, adhesión inflexible a rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
- Intereses altamente restringidos y fijaciones intensas que son anómalas en su intensidad o enfoque.
- Hiper- o hiporreactividad a estímulos sensoriales o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno.

Criterios adicionales

→ Los síntomas deben estar presentes desde las primeras etapas del desarrollo (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales superen las capacidades del individuo).

→ Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en áreas importantes del funcionamiento personal, social, académico o laboral.

→ Estas alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo, aunque ambas pueden coexistir.

Especificadores diagnósticos

El DSM-5-TR clasifica el **TEA en tres niveles de gravedad**, en función de la necesidad de soporte.

- Nivel 1: requiere soporte.
- Nivel 2: requiere soporte sustancial.
- Nivel 3: requiere soporte muy sustancial.

El DSM-5-TR también reconoce que los síntomas y la presentación del TEA pueden variar notablemente de una persona a otra, lo que pone de manifiesto la gran heterogeneidad del trastorno. Además, esta clasificación unifica bajo una sola categoría diagnóstica —Trastorno del

Espectro Autista— varios subtipos que anteriormente se consideraban entidades separadas, como el síndrome de Asperger o el trastorno autista.

Caracterización del TEA en la CIE-11

Según la CIE-11, el TEA se define como un grupo de trastornos del neurodesarrollo caracterizados por déficits persistentes en la interacción social y la comunicación social, junto con patrones restringidos, repetitivos y rígidos de comportamientos, intereses o actividades.

Principales criterios diagnósticos

1. Déficits en la interacción y comunicación social:

- Dificultades en la reciprocidad socioemocional.
- Problemas en el desarrollo y mantenimiento de relaciones sociales adecuadas para el nivel de desarrollo.
- Dificultades en la comunicación verbal y no verbal (como en el uso de gestos, el contacto visual o la comprensión del lenguaje no literal).

2. Comportamientos, intereses o actividades restringidos y repetitivos

- Movimientos motores, uso de objetos o habla repetitiva (ecolalia, alineación de objetos, etc.).
- Rigidez en las rutinas, resistencia al cambio o patrones ritualizados de comportamiento.
- Intereses intensos y altamente focalizados.
- Hiper- o hiporreactividad a estímulos sensoriales (como sensibilidad al ruido, luz, texturas, etc.).

Criterios adicionales

→ La alteración debe causar un impacto significativo en el funcionamiento personal, social, académico o laboral.

→ El diagnóstico no debe explicarse mejor por una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo, aunque pueden coexistir.

Diagnóstico en la CIE-11

El diagnóstico de TEA incluye diferentes niveles de gravedad que reflejan la necesidad de soporte para la persona en su vida cotidiana.

En la CIE-11 también se eliminan los subtipos (como el síndrome de Asperger) y se integran en una única categoría bajo el término «Trastorno del Espectro Autista».

La condición debe estar presente desde las primeras etapas del desarrollo, aunque puede no manifestarse completamente hasta que las demandas sociales superen las capacidades de la persona.

Esta definición de la CIE-11 sigue la línea de un enfoque dimensional y continuo del TEA y destaca la heterogeneidad de su presentación clínica y de las necesidades de soporte.

El CLC aconseja a los logopedas que se familiaricen con las consideraciones terminológicas sobre el autismo. En este documento se utilizan los términos «persona con autismo», «persona con TEA», «persona autista» y «persona dentro del espectro autista» para reflejar las diversas identidades dentro de la comunidad autista. El término «autismo» se utiliza de forma general en este documento, y el término «Trastorno del Espectro Autista (TEA)» se utiliza para hacer referencia específicamente al diagnóstico definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, Revisión Textual y en la Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima edición.

Se recomienda a los logopedas que utilicen la terminología con la que el usuario se identifique mejor.

Signos clínicos

Características comunes

Las características principales del TEA se observan en las áreas de:

- → **Comunicación social**
- → **Lenguaje y habilidades cognitivas relacionadas**
- → **Comportamientos y emociones**

Estas características principales están significativamente influenciadas por (a) el grado de desarrollo en la adquisición del lenguaje y (b) la gravedad del trastorno. Además de estas características principales, también pueden presentarse retos sensoriales y de alimentación.

Las personas con autismo presentan una amplia variedad de habilidades y experiencias. Las habilidades pueden ir desde importantes dificultades cognitivas y de lenguaje hasta habilidades cognitivas y lingüísticas por encima de la media. Sin embargo, independientemente de estas diferencias, las características y los retos principales asociados al autismo tienen un impacto en el desarrollo de las habilidades de comunicación social.

A continuación, se describen las características comunes agrupadas en diferentes ámbitos. Las áreas específicas de déficit varían de una persona a otra; no hay dos personas iguales. Las intervenciones especializadas pueden requerir adaptaciones del entorno, ajustes para hacer las actividades accesibles o el desarrollo de objetivos de tratamiento.

Comunicación social

La comunicación social incluye la atención conjunta, la reciprocidad social y la cognición social.

La **atención conjunta** es el foco compartido de dos o más personas en un mismo objeto o evento.

Las personas autistas y sus compañeros neurotípicos a menudo experimentan interrupciones en la comunicación social debido al problema de la doble empatía descrito por Milton (2012); se refiere a la dificultad entre una persona neurotípica y una persona autista para comunicarse desde perspectivas, visiones del mundo y percepciones sociales diferentes. La sociedad malinterpreta el comportamiento autista y perpetua el estereotipo de falta de empatía de las personas autistas. De hecho, sí tienen empatía, pero pueden mostrar maneras no convencionales de cuidar de los demás. La comunicación autista es más evidente para otras personas cuando interactúan con una persona no autista que cuando lo hacen con otra persona autista. Los iguales no autistas pueden evitar a esta persona o reaccionar de forma negativa ante sus iniciativas sociales (p. ej., burlándose o acosándola).

Algunas de las dificultades en la atención conjunta pueden manifestarse de la siguiente manera:

- Preferir y mantenerse en un juego en solitario mientras los demás participan en actividades de grupo, compartiendo el mismo espacio.
- Centrarse y focalizarse en objetos o actividades compartidas en lugar de hacer contacto visual (p. ej., sacudir, balancear o columpiar una cuerda cerca de unas niñas que están jugando con una cuerda de saltar).
- Mostrar placer durante una actividad y movimiento corporal o cambiando la expresión facial en respuesta a una estimulación continuada, sin dirigirlo ni compartirlo con los demás.

Los déficits en la atención conjunta incluyen los siguientes:

- Dificultad para orientarse hacia las personas en un entorno social cuando es necesario.
- Frecuencia limitada de dirigir la atención de otra persona para compartir un objeto o un evento cuando se desea compartirlo.
- Alcance restringido de funciones comunicativas para buscar interacción y confort con las otras personas, lo que afecta al acceso a las personas más conocidas o familiares, como agentes/compañeros de comunicación (interlocutores).
- Limitaciones a la hora de reconocer y describir el estado emocional, las intenciones y la perspectiva de otra persona, lo que reduce la calidad y cantidad de las interacciones comunicativas.
- Dificultad para determinar los factores causales de los estados emocionales propios y de los demás, lo que afecta a las relaciones con compañeros comunicativos (personas cercanas, conocidos, familiares).

La **reciprocidad social** es la interacción de ida y vuelta entre personas, durante la cual el comportamiento de cada uno influye en el comportamiento del otro.

Algunas de las dificultades de la reciprocidad social pueden manifestarse de la siguiente manera:

- Mantener una conversación unidireccional sobre un tema preferido, como si fuera un monólogo.
- Utilizar frases o guiones preferidos para iniciar intercambios comunicativos orales o no orales, incluyendo melodías, gestos y comunicación aumentativa y alternativa (Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación, SAAC).
- Hacer movimientos corporales intencionados o utilizar respuestas guionizadas ante intentos de comunicación de una pareja comunicativa conocida.

Los déficits en la reciprocidad social incluyen los siguientes:

- Dificultad para iniciar de forma consistente intentos de interacción en diferentes contextos o con parejas comunicativas preferidas.
- Problemas para responder a los intentos de interacción iniciados por otras personas en sus círculos sociales.
- Dificultad para iniciar y mantener conversaciones que sean sensibles al contexto social y a los intereses de los demás.
- Dificultad para hacer transiciones entre temas de conversación.
- Limitaciones a la hora de mantener los turnos en las interacciones, lo que podría desencadenar consecuencias no deseadas (p. ej., no poder hacer una entrevista de trabajo o no obtener suficiente información para participar en una actividad preferida).
- Dificultad para reconocer y solucionar interrupciones en la comunicación que pueden tener un impacto negativo en las relaciones o en la participación continuada.

La **cognición social** se refiere a los procesos mentales implicados en percibir, atender, recordar, pensar y dar sentido a las personas de nuestro mundo social según Moskowitz (2005).

Algunas de las dificultades de la cognición social pueden manifestarse de la siguiente manera:

- Comprensión literal de las palabras de alguien, sin inferir significados a partir de expresiones faciales o lenguaje corporal.
- Hacer uso de guiones aprendidos para iniciar una conversación o mantenerse en una actividad, sin adaptarse al contexto social.
- Utilizar conocimientos y vocabulario, de un nivel alto de pericia, relacionados con una persona o situación específica. Sin embargo, este conocimiento y vocabulario no se aplican a otros temas o personas.
- Mostrar diferencias en la interpretación del lenguaje figurativo.

Los déficits en la cognición social incluyen los siguientes:

- → Retos en el aprendizaje social y emocional, incluyendo dificultades para:
  - comprender y regular las emociones;
  - valorar las perspectivas de los demás;
  - desarrollar objetivos prosociales; y
  - utilizar habilidades interpersonales para afrontar tareas adecuadas a su nivel de desarrollo.
- → Dificultad para diferenciar los sentimientos propios de los sentimientos de los demás, adoptar la perspectiva de otra persona y modificar el lenguaje en consecuencia (p. ej., teoría de la mente).
- → Dificultad para integrar información diversa para construir significado en un contexto (p. ej., coherencia central).
- → Dificultad para identificar sentimientos o actividades socialmente aceptables fuera de experiencias familiares (p. ej., decir «me duele el oído» para indicar que se siente sobreestimulado).

Habilidades del lenguaje y habilidades cognitivas relacionadas

Las habilidades lingüísticas y cognitivas relacionadas pueden manifestarse de la siguiente forma:

- → Participar en narrativas que revelan un uso aumentado de guiones aprendidos o ecolalia en lugar de enunciados generados por sí mismos.
- → Utilizar de manera inconsistente la comunicación oral y no oral para expresar sentimientos o ideas.
- → Utilizar formas personales o estrategias propias y singulares («maneras especiales») de conectar con los compañeros comunicativos preferidos/familiares/conocidos para comunicar sus necesidades.
- → Usar un vocabulario bien desarrollado en un tema específico que no se transfiere de forma consistente a otros temas relacionados.
- → Mostrar una preferencia por sonidos y prosodia familiares.
- → Participar en estilos de juego que otros no pueden identificar fácilmente como familiares o agradables, pero que proporcionan alegría y confort.
- → Ser capaz de leer palabras familiares o asociadas a sus intereses, pero no ser capaz de decodificar palabras desconocidas.
- → Poder centrarse intensamente en una actividad hasta completarla sin interrupción, pero tener dificultad o rechazar las tareas no preferidas, tareas cotidianas o no programadas.

Habilidades lingüísticas y cognitivas relacionadas que pueden requerir servicios de logopedia en uno o más de los siguientes conjuntos de áreas:

1. Adquisición retardada o alterada de palabras, combinaciones de palabras y sintaxis, por ejemplo:

- Pérdida de palabras aprendidas anteriormente.
- Adquisición retardada de palabras que representan estímulos

sociales, tales como acciones y nombres de personas, incluso cuando se proporciona comunicación multimodal, como SAAC (las palabras iniciales suelen ser nombres y atributos).
- Uso de la ecolalia, es decir, repetir enunciados producidos por otras personas (p. ej., sonidos, palabras, frases o canciones) para comunicarse. Existen dos tipos de ecolalia:
  - **Ecolalia inmediata**: enunciados que se **repiten** inmediatamente o pocos segundos o minutos después.
  - **Ecolalia retardada:** enunciados que se repiten tras un retraso significativo. La ecolalia es prevalente entre las personas autistas que utilizan el lenguaje oral y puede continuar siendo una característica de su lenguaje hablado durante un tiempo.

2. Dificultades en el uso y la comprensión consistente de la comunicación no verbal y verbal, como:
- Uso retardado de las expresiones faciales, el lenguaje corporal y los gestos como formas de comunicación durante la segunda mitad del primer año de vida, manteniéndose no convencionales a lo largo del desarrollo.
- Aparición del uso de gestos no convencionales (p. ej., gesto instrumental haciendo uso de la mano de la otra persona para comunicarse) antes o en lugar de gestos más convencionales (p. ej., dar, señalar, asentir o negar con la cabeza).
- Comprensión limitada del cambio de mirada, los gestos distales, las expresiones faciales y las reglas de proximidad y lenguaje corporal.
- Lenguaje receptivo más retardado que el lenguaje expresivo.
- Comunicación expresiva inconsistente influenciada por los estímulos ambientales y por el sistema sensorial interno de la persona.

3. Dificultades en el desarrollo vocal, tales como:
- Respuesta atípica a las vocalizaciones del cuidador.
- Producciones vocales atípicas.
- Prosodia anormal una vez emerge el habla (el habla puede sonar monótona, robótica o con una entonación exagerada).

4. Dificultades en el juego simbólico, por ejemplo:
- Adquisición retardada del uso funcional y convencional de los objetos.
- Preferencia por el juego simbólico que sigue rutinas y repeticiones preferidas.
- Juego cooperativo limitado en situaciones interactivas.
- Uso de un estilo de juego con un significado y valor que pueden no ser los esperados, o inmediatamente evidentes para observadores externos.

5. Dificultades en la conversación, entre ellas:
- Limitaciones en la comprensión y la aplicación de las nor-

mas sociales neurotípicas de la conversación (p. ej., turnos de palabra, volumen vocal, proximidad, prosodia y tiempo de la conversación).
- Dificultad para comprender qué cantidad de información y contexto deben proporcionar a sus interlocutores.
- Retos para entender cuándo y cómo tomar turnos en la conversación.
- Dificultad para iniciar temas de interés compartido.
- Preferencia por temas de interés especial.
- Dificultad para reconocer la necesidad de aclaración.
- Retos para reparar adecuadamente malentendidos en la comunicación.
- Problemas para entender el lenguaje figurado, incluyendo idiomas, significados múltiples y sarcasmo.
- Ausencia o limitación de plantear preguntas durante la conversación.

6. Dificultades en la alfabetización, incluyendo dificultades de:
- Comprensión lectora, a pesar de tener una capacidad de decodificación por encima de la media.
- Comprender narrativas y géneros de texto expositivo que requieren múltiples perspectivas y hacer uso de inferencias verbales y cognitivas (por ejemplo, textos argumentativos y comparativos).
- Entender la idea principal y resumir.
- Proporcionar información suficiente para el lector cuando se escribe.

7. Dificultades en las funciones ejecutivas, por ejemplo:
- Ausencia o flexibilidad limitada.
- Escasa resolución de problemas.
- Mala planificación y organización.
- Falta de inhibición.

Comportamientos y emociones

Los comportamientos y las emociones pueden manifestarse de la siguiente manera:

→ Ver que un compañero llora y simular que llora con él, sin aplicar otras estrategias de consuelo socialmente más apropiadas para disminuir el malestar que sufre la otra persona.

→ Participar en patrones repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que podrían considerarse *stimming* o perseverancia —no incluye conductas de autolesión.

→ No utilizar el lenguaje oral cuando se espera o se requiere una respuesta.

→ Utilizar de manera parcial la comunicación aumentativa y alternativa (CAA) cuando se produce una pérdida del lenguaje oral.

- Activar, por iniciativa propia, una estrategia de regulación preferida en respuesta a emociones intensas.

Retos conductuales y emocionales que pueden requerir servicios especializados, como:

- Problemas para afrontar cambios en la rutina o pasar de una actividad a otra.
- Dificultades para generalizar habilidades aprendidas.
- Uso de objetos de maneras inusuales y demostración de vínculos poco comunes con objetos.
- Dificultad para dormir.
- Ciertos comportamientos —como llorar, enfadarse o reír— que suceden por motivos difíciles de determinar o en momentos aparentemente inapropiados.
- Ansiedad o retraimiento social (posiblemente debido a factores como la malinterpretación de acontecimientos sociales, la dificultad para identificar información relevante o irrelevante, y dificultades en la socialización).
- Depresión (posiblemente debido a dificultades en la socialización).
- Uso de estrategias conductuales y expresiones emocionales no convencionales (por ejemplo, agresión, pataletas, huida de situaciones).
- Patrones repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que limitan oportunidades, contribuyen al malestar o impactan en la autogestión.

Retos sensoriales y de alimentación

Los aspectos sensoriales y de alimentación pueden manifestarse de la siguiente manera:

- Mostrar preferencia por platos, texturas o colores de comida favoritos.
- Disfrutar de las comidas de pie.
- Tener la capacidad de identificar pequeños cambios en las texturas o sabores de los alimentos.
- Hacer uso restringido de herramientas para comer.

Por ejemplo:

- Dificultades en las modalidades sensoriales, incluyendo hiperresponsividad, hiporresponsividad o patrones de respuesta mixta a sonidos ambientales, olores, luz, estimulación táctil, movimiento, desorden visual y estímulos sociales (p. ej., contacto social, proximidad de otras personas, voces).
- Preferencia por estímulos no sociales, que conduce a un interés intenso por los aspectos sensoriales de objetos y eventos.
- Patrones de aceptación o rechazo de alimentos basados en la forma en que se presentan o en la textura de los alimentos.

- Consumo de una variedad más limitada de alimentos que el resto de miembros de la familia.

Sintomatología en etapas tempranas

Las características diagnósticas del TEA están presentes en niños muy pequeños. La mayoría de familias y cuidadores informan que han observado síntomas durante los primeros dos años de vida y, normalmente, expresan preocupación cuando el niño alcanza los 18 meses de edad.

Los estudios sobre niños con TEA han identificado lo siguiente:

- Los padres de niños con TEA informan que notan por primera vez anomalías en el desarrollo de sus hijos —particularmente en el desarrollo del lenguaje y las relaciones sociales— hacia los 14 meses de edad, de promedio (Chawarska *et al.*, 2007).
- Los bebés con riesgo de TEA —y posteriormente diagnosticados con TEA— muestran una disminución (desde los niveles normativos previos) en la fijación ocular en los primeros 2-6 meses de vida. Este patrón no se observa en bebés con desarrollo típico (Jones & Klin, 2013).
- A los 12 meses, los bebés con riesgo de TEA —y posteriormente diagnosticados con TEA— muestran una mirada ocular atípica, sonrisas sociales pasivas, disminución del afecto positivo y retraso en el lenguaje (Zwaigenbaum *et al.*, 2005).
- Los niños autistas utilizan menos gestos y comportamientos comunicativos (p. ej., señalar) durante la niñez y la primera infancia que sus iguales neurotípicos de la misma edad.
- Los niños autistas muestran diferencias sutiles en el comportamiento sensoriomotor y social a los 9-12 meses (basado en vídeos caseros) en comparación con sus iguales con desarrollo típico (Baranek, 1999).
- Los niños autistas muestran tasas más bajas de balbuceo canónico y menos vocalizaciones similares al habla entre los 6 y los 24 meses (basado en vídeos caseros) que sus iguales con desarrollo típico (Patten *et al.*, 2014).
- Los bebés con riesgo de TEA —y posteriormente diagnosticados con TEA— utilizan significativamente más vocalizaciones de malestar (p. ej., llantos, quejas, gritos y chillidos) que los niños con desarrollo típico y los niños con retraso en el desarrollo. Esto podría reflejar las dificultades que tienen los niños con TEA en la regulación emocional (Plumb & Wetherby, 2013).

Diferencias de características según el género

Está bien documentado que se diagnostican más niños con TEA que niñas. Un sesgo diagnóstico basado en los rasgos característicos del TEA tal como se presentan en niños hace que sea fácil pasar por alto los rasgos del TEA tal como se presentan en niñas. Las niñas autistas demuestran más habilidades de comunicación e interacción social neurotípicas en comparación con los niños autistas. Además, las niñas

tienden a tener menos comportamientos repetitivos y estereotipados, y menos inusuales que los niños. Los estereotipos de género y los sesgos de expectativa también pueden contribuir al infradiagnóstico de las niñas.

También hay que estar atento a la expresión de la sintomatología del autismo en personas transgénero y de género no binario.

Enfermedades coexistentes

Las personas autistas y las personas con un diagnóstico médico de autismo a menudo tienen enfermedades concomitantes. No obstante, la comorbilidad no está necesariamente presente en todas las personas. Las enfermedades coexistentes pueden ser:

- Epilepsia.
- Afecciones gastrointestinales.
- Afecciones inmunes/metabólicas.
- Trastornos del neurodesarrollo como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, TDAH).
- Trastornos psiquiátricos.
- Trastornos del sueño.

Los trastornos relacionados con el habla y el lenguaje también pueden coexistir con el TEA. Estos trastornos incluyen selectividad alimentaria, apraxia infantil del habla, TDAH, hiperacusia, trastorno del lenguaje, tartamudez y pérdida auditiva.

Camuflaje

Algunas personas autistas no reciben un diagnóstico hasta edades más avanzadas porque han aprendido a «camuflar» sus rasgos autistas como estrategia de adaptación social. Este camuflaje puede incluir esconder conductas percibidas como diferentes, forzarse a adoptar comportamientos considerados normales o imitar patrones sociales, como mantener el contacto visual o utilizar expresiones faciales convencionales. En muchos casos, este proceso es automático e inconsciente, lo que dificulta aún más la detección del trastorno. Esto puede hacer que las dificultades pasen desapercibidas tanto para los profesionales como para el entorno próximo y, por tanto, retrasa el diagnóstico y el acceso al soporte adecuado.

Entre las estrategias de camuflaje más habituales encontramos: evitar hablar de intereses propios, suprimir movimientos repetitivos, imitar el lenguaje corporal o adaptarse a los gestos esperados socialmente. Aunque el camuflaje puede aparecer en cualquier género, es más frecuente en mujeres autistas, a menudo influenciadas por las expectativas sociales, una mayor habilidad de imitación y el miedo al estigma. Este esfuerzo constante por encajar puede tener consecuencias importantes para la salud mental, generando estrés, ansiedad, depresión y una sensación de desconexión con la propia identidad. Por ello, es clave visibilizar este fenómeno y ofrecer un soporte específico,

especialmente a las mujeres, para evitar diagnósticos tardíos y mejorar su bienestar emocional.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
6A02	Trastorno del espectro autista
6A02.0	Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia leve o nula del lenguaje funcional
6A02.1	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con leve o ningún deterioro del lenguaje funcional
6A02.2	Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional
6A02.3	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional
6A02.5	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con ausencia de lenguaje funcional
6A02.Y	Otro trastorno especificado del espectro autista
6A02.Z	Trastorno del espectro autista, sin especificar

Especificadores del diagnóstico del TEA

Los especificadores se utilizan para describir mejor las características del trastorno en un individuo. Carecen de códigos separados, pero se incluyen en la descripción clínica.

1. Nivel de gravedad del TEA

- Nivel 1: requiere soporte (dificultades leves en la comunicación social y comportamientos restringidos/repetitivos).
- Nivel 2: requiere soporte sustancial (dificultades marcadas en la comunicación social y conductas restringidas/repetitivas más evidentes).
- Nivel 3: requiere soporte muy sustancial (dificultades graves en la comunicación social y comportamientos restringidos/repetitivos intensos).

2. Relacionado con una enfermedad o alteración genética conocida o un factor ambiental.

Especifica si el TEA está relacionado con síndromes genéticos (p. ej., síndrome de Rett, síndrome X frágil), infecciones u otros factores médicos.

3. Relacionado con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o conductual

Incluye trastornos coexistentes como el TDAH, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, etc.

4. Con catatonía asociada

Si se presentan síntomas de catatonía (inmovilidad, mutismo, etc.), se codifica con el código adicional 6A40 - Catatonía asociada a otro trastorno mental.

Causas

Aunque no se ha identificado una causa única, los datos disponibles sugieren que el autismo es el resultado de varios conjuntos de factores causales, que incluyen factores genéticos, neurobiológicos y ambientales.

Factores genéticos

Los investigadores coinciden ampliamente en que el TEA es el resultado de diferencias genéticas hereditarias o mutaciones. Por ejemplo:

- Alteraciones genéticas: mutaciones o variaciones en genes relacionados con el desarrollo cerebral.
- Herencia: hay una alta probabilidad de recurrencia en familias, lo que sugiere un componente hereditario.
- Interacción genética: combinación de múltiples genes implicados en la transmisión sináptica y el neurodesarrollo.

Factores neurobiológicos

Un código genético puede dar lugar a un desarrollo cerebral diferente, que puede conducir a diferencias en la estructura y la función, la cognición, la neurobiología y los comportamientos. Estos comportamientos muestran que el cerebro puede responder de manera diferente al entorno, a saber, con una respuesta neural diferente de la mirada ocular. Por ejemplo:

- Alteraciones cerebrales: diferencias en la estructura y la conectividad de regiones del cerebro como la corteza prefrontal, la amígdala y el cerebelo.
- Desequilibrios neuroquímicos: cambios en neurotransmisores como la serotonina y el glutamato.
- Neuroinflamación: evidencia de una respuesta inflamatoria en el cerebro de personas con TEA.

Factores ambientales

Se ha empezado a investigar cómo los factores ambientales prenatales y postnatales (p. ej., factores dietéticos, exposición a fármacos, tóxicos ambientales, factores parentales) podrían influir en el autismo, pero aún no se ha llegado a conclusiones.

Así pues, es necesario llevar a cabo más investigaciones para comprender plenamente los posibles factores ambientales, incluyendo exposiciones específicas y las interacciones entre los genes y el medio ambiente.

Epidemiología

El TEA afecta aproximadamente a 1 de cada 100 personas en europa, según autism-europe, aunque las estimaciones varían considerablemente según el estudio y la metodología empleada. por ejemplo, un estudio publicado en 2021 en el *European Journal of Public Health* indicaba una prevalencia media de 59 casos por cada 10.000 habitantes, con un amplio rango entre 8 y 420 por 10.000. Esta variabilidad refleja diferencias en el registro de casos, criterios diagnósticos y acceso a los servicios sanitarios. Además, la prevalencia del TEA también es alta entre personas con ciertos síndromes genéticos, llega hasta el 54 % en individuos con síndrome de Cohen y el 43 % en el caso del síndrome de Cornelia de Lange.

En España, la prevalencia estimada del TEA es similar a la media europea, con una cifra de 1 de cada 100 personas, según los datos de la Confederación Autismo España. En el sistema educativo español, durante el curso 2022-2023 se registraron más de 78.000 alumnos con TEA, cifra que representa casi el 1 % del total del alumnado. En el ámbito sanitario, el Sistema Catalán de la Salud identificó una prevalencia del 1,23 % en 2019, con una incidencia notablemente superior en niños que en niñas. Esta cifra ha aumentado progresivamente desde 2009, probablemente por una mejora en la detección precoz y en la sensibilización social. Estudios recientes de los Centros de Desarrollo y Atención Precoz (CDIAP) sitúan la prevalencia en torno al 0,57 %, en línea con los datos de la OMS.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que hagan estudios para conocer la prevalencia local del TEA en nuestro país.

Impacto en la vida de la persona

El TEA tiene un impacto profundo en diferentes ámbitos de la vida, un impacto que depende tanto de las características personales como del contexto social. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS, este impacto se puede analizar a través de dos dimensiones: el funcionamiento o discapacidad y los factores contextuales. Las dificultades en la comunicación social, los comportamientos repetitivos y la falta de adaptaciones ambientales pueden limitar la participación en la educación, el trabajo y la vida comunitaria. Además, elementos como el soporte familiar, la accesibilidad a los servicios y las fortalezas personales (como la resiliencia) influyen de forma decisiva en la calidad de vida de la persona con TEA. Un diagnóstico bien gestionado puede ayudar a comprender mejor el propio funcionamiento y diseñar soportes ajustados a las necesidades individuales, mientras que, si no se trata adecuadamente, puede favorecer la estigmatización y afectar negativamente a su autoestima.

La falta de concienciación de la sociedad sobre el autismo y la ausencia de oportunidades para interactuar con personas dentro del espectro autista pueden provocar malentendidos y percepciones erróneas de los comportamientos. Las percepciones equivocadas de

los comportamientos, los diagnósticos erróneos y la falta de soportes adecuados pueden ponerles en riesgo de formar parte de la población que acaba dejando la escolarización presencial y limitando sus opciones educativas a servicios educativos especializados.

Varias organizaciones internacionales subrayan que el diagnóstico de TEA puede ser una herramienta clave para acceder a soportes especializados, como la logopedia, y favorecer una vida más autónoma. Sin embargo, también identifican múltiples repercusiones que pueden surgir si no se proporcionan los soportes adecuados: dificultades de integración educativa, exclusión laboral, aislamiento social y un mayor riesgo de problemas de salud mental, como ansiedad o depresión. Ante ello, se recomienda adoptar un enfoque basado en los derechos humanos, que promueva la inclusión y la participación plena en todos los ámbitos sociales, junto con intervenciones personalizadas e iniciativas para reducir el estigma.

En el caso del TEA, este modelo permite identificar de manera sistemática cómo se ven afectadas diferentes áreas del desarrollo y de la vida cotidiana. En este capítulo, y especialmente en el apartado de actividad y participación, se destaca cómo el TEA puede interferir en el aprendizaje y aplicación del conocimiento (d1), incluyendo la atención, el pensamiento, la adquisición de conceptos y habilidades, y los procesos de lectura y escritura; en las tareas y demandas generales (d2), especialmente relacionadas con la planificación, la gestión de las rutinas y la autorregulación emocional y conductual; en la comunicación (d3), tanto verbal como no verbal; en las relaciones e interacciones interpersonales (d7), donde es evidente la dificultad para establecer y mantener vínculos sociales; así como en las áreas principales de la vida (d8), como la educación escolar, y en la vida comunitaria, social i cívica (d9), incluyendo la participación en actividades sociales y de ocio. El TEA dispone de un *Core Set*, es decir, un conjunto básico de categorías de la CIF para identificar los elementos en los que incide. Puede consultar estos códigos en el cuadro de la codificación CIF al final de este capítulo.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0 - Leve: requiere soporte mínimo o puntual

- Comunicación social: dificultades leves o muy leves en la interacción social espontánea. Puede presentar respuestas atípicas o dificultades para entender normas sociales sutiles, pero suele funcionar con autonomía en entornos estructurados.
- Comportamientos restrictivos y repetitivos: poco frecuentes y con impacto escaso o nulo en la vida diaria. Puede gestionar cambios con estrategias aprendidas.
- Consecuencias: impacto leve o nulo en la participación social o educativa. Puede necesitar adaptaciones leves o supervisión puntual.

Grado I - Moderado: requiere soporte generalizado

- Comunicación social: dificultades evidentes para iniciar y mantener conversaciones o relaciones. Puede mostrar rigidez en la comunicación y problemas para interpretar emociones o señales no verbales.
- Comportamientos restrictivos y repetitivos: presentación más frecuente que interfiere moderadamente en la rutina. Adaptación difícil a los cambios sin anticipación o soporte.
- Consecuencias: limitaciones funcionales en contextos sociales o escolares, con necesidad de soporte regular, estructuración y supervisión.

Grado II - Grave: requiere soporte sustancial

- Comunicación social: deficiencias significativas en comunicación verbal y no verbal. Necesita soporte para mantener interacciones básicas. Poco uso espontáneo del lenguaje funcional.
- Comportamientos restrictivos y repetitivos: frecuentes e inflexibles. Difícil gestión emocional frente a cambios. Puede presentar crisis o conductas disruptivas.
- Consecuencias: impacto funcional importante en la vida escolar, familiar y social. Requiere soporte continuado y adaptaciones especializadas.

Grado III - Muy grave: requiere soporte intensivo

- Comunicación social: comunicación funcional muy limitada. Escasa iniciativa comunicativa, incluso con soporte. Puede necesitar SAAC o métodos alternativos para comunicarse.
- Comportamientos restrictivos y repetitivos: graves, constantes y altamente interferentes. A menudo asociados a problemas de conducta o reacciones intensas ante los cambios.
- Consecuencias: alta dependencia en actividades cotidianas. Necesita soporte intensivo individualizado en todos los entornos, incluido el domicilio.

Grado IV - Extremo: requiere soporte total y especializado

- Comunicación social: práctica ausencia de comunicación funcional, incluso con soportes. Dificultades graves para establecer cualquier clase de interacción significativa.
- Comportamientos restrictivos y repetitivos: extremadamente intensos y disruptivos, a menudo con riesgo para su propia seguridad o la de los demás. Comorbilidad con trastornos graves de conducta o de salud mental.
- Consecuencias: dependencia absoluta. Requiere intervención constante, recursos especializados y entornos altamente estructurados (centros específicos o soporte residencial).

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos del lenguaje y comunicación secundarios en el TEA. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas del lenguaje, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas correspondientes. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del lenguaje.

Los logopedas tienen un papel central en el cribado, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de las personas con TEA.

El papel del logopeda, a menudo dentro de un equipo interdisciplinario, es proporcionar servicios especializados a personas diagnosticadas con TEA. Los logopedas realizan intervenciones especializadas que son necesarias para ayudar a una persona autista a alcanzar sus objetivos de comunicación, interacción o alimentación, proporcionando el soporte para mejorar su bienestar y su calidad de vida.

El CLC considera que el logopeda debe satisfacer las necesidades principales y específicas de cada usuario, utilizando las prácticas más adecuadas para cada caso. La combinación de la investigación basada en la evidencia científica, la experiencia clínica y las voces de las personas autistas puede ayudar a los logopedas a determinar cómo desarrollar e implementar planes de tratamiento culturalmente sensibles y que valoren la neurodiversidad.

El Col·legi de Logopedes de Catalunya destaca que, según el Código deontológico profesional, los logopedas que atienden a niños con TEA deben hacerlo desde la máxima competencia y, por lo tanto, recomienda de manera especial la formación continuada, actualizada y profundizada en estos ámbitos: evaluación comunicativa (incluyendo instrumentos como el ADOS), comunicación aumentativa (SAAC), trabajo en red con el entorno del niño, siempre en intervenciones basadas en evidencias científicas.

Los roles adecuados de los logopedas son los siguientes:

Sensibilización de la población

- Proporcionar información a individuos y grupos con riesgo de presentar autismo, a sus familias y a personas que trabajan con personas con autismo.
- Transmitir conocimientos y proporcionar información a otros profesionales sobre las necesidades de comunicación, interacción

social o alimentación de las personas con TEA y el papel de los logopedas en el diagnóstico y la gestión del TEA.
- → Proporcionar educación a los padres para que las familias puedan seguir proporcionando intervención más allá de las sesiones.
- → Mantenerse informados sobre la investigación en el ámbito del TEA y ayudar a avanzar en el conocimiento social relacionado con la naturaleza y el tratamiento del TEA, incluyendo la importancia de estrategias que afirmen el valor de la neurodiversidad.

Cribado y evaluación

- → Realizar cribados a personas que presentan dificultades de lenguaje y comunicación, y determinar la necesidad de una evaluación más detallada o derivación a otros servicios.
- → Llevar a cabo una evaluación integral, cultural y lingüísticamente relevante del lenguaje y la comunicación, incluyendo las habilidades de comunicación social.
- → Valorar la necesidad y los requisitos para utilizar dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (SAAC) como modo de comunicación.
- → Valorar y tratar problemas de alimentación, si los hay (p. ej., patrones de aceptación o rechazo de alimentos basados en la textura, consumo de una variedad limitada de alimentos).
- → Diagnosticar la presencia o ausencia de TEA (normalmente como parte de un equipo diagnóstico o con otras colaboraciones interdisciplinarias).
- → Colaborar con las familias en la valoración y la intervención con personas autistas (intervención centrada en la persona y la familia).

Intervención y soporte

- → Derivar a otros profesionales para descartar otras enfermedades, determinar la etiología y facilitar el acceso a servicios integrales.
- → Tomar decisiones sobre la gestión del TEA, incluyendo la atención que afirma la neurodiversidad y mantenerse al día con información proveniente de la propia comunidad autista.
- → Participar como miembro de programas educativos individualizados, sistemas de soporte multinivel y equipos para orientar y colaborar con los servicios educativos más apropiados.
- → Desarrollar objetivos de habla y lenguaje enfocados en el lenguaje social y la alfabetización, y ayudar al estudiante con funciones de autorregulación e interacción social para que pueda participar al máximo en el currículo general.
- → Proporcionar tratamiento, informar del progreso y determinar los criterios adecuados para el alta del servicio específico.
- → Ofrecer formación sobre el uso de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa (CAA) a personas con TEA, así como a sus familias, personas cuidadoras, compañeros y educadores.
- → Asesorar a las personas autistas y sus familias sobre cuestiones

relacionadas con la comunicación y proporcionarles educación destinada a prevenir complicaciones futuras relacionadas con el TEA.

- → Consultar y colaborar con la persona, los miembros de la familia, las personas cuidadoras y el equipo interdisciplinario para facilitar el desarrollo de programas, apoyar la planificación de transiciones o proporcionar testimonio experto, colaboración y trabajo en equipo, así como atención centrada en la persona y la familia.
- → Defender a las personas autistas y a sus familias a escala local, estatal y nacional.

Orientación interdisciplinar

La colaboración interdisciplinaria en la evaluación y diagnóstico del TEA es importante debido a la complejidad del trastorno, los diversos aspectos del funcionamiento afectados y la necesidad de distinguir el TEA de otros trastornos o enfermedades. Un diagnóstico a tiempo permite ofrecer soportes y servicios especializados de forma oportuna, y esto favorece los resultados positivos. Idealmente, el logopeda es un miembro clave de un equipo interdisciplinario con experiencia en el diagnóstico del TEA.

Para la evaluación e identificación del autismo, es esencial, la colaboración interdisciplinaria y la implicación de la familia, escuela o cuidadores. Dentro del equipo interdisciplinario de valoración, el logopeda trabaja conjuntamente con pediatras o médicos de cabecera, neuropediatra o psiquiatra y psicólogos para llegar al diagnóstico.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención sanitaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por parte del pediatra y será necesario que aporte información relativa a:

- → Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- → Tiempo de evolución de la clínica.
- → Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- → Repercusión de la clínica en el ámbito socioeducativo y en las actividades de la vida diaria del paciente.
- → Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos como rehabilitadores o quirúrgicos, y fecha de realización.

Cribado

El objetivo del cribado es detectar retrasos en el desarrollo y otros comportamientos que podrían apuntar a un TEA.

Existen varias herramientas disponibles para identificar de manera precoz posibles signos de TEA en niños:

- Herramientas para detectar comportamientos prelingüísticos que pueden indicar vulnerabilidades en niños muy pequeños, de entre 6 y 18 meses (Bryson *et al.*, 2008).
- Herramientas, más generales, para detectar retrasos en la comunicación (incluyendo posibles signos de TEA) en niños de 9 a 24 meses (Pierce *et al.*, 2011; Wetherby *et al.*, 2008).
- Cuestionarios específicos para ayudar a identificar signos de TEA a partir de los 12 meses (Turner-Brown *et al.*, 2012).

Es importante que las herramientas empleadas sean adecuadas desde el punto de vista cultural y lingüístico y que tengan características psicométricas sólidas, para garantizar que los resultados sean fiables.

Los procedimientos de cribado evalúan las características principales que diferencian el TEA de otros trastornos del desarrollo, por ejemplo, dificultades en:

- el contacto visual;
- la orientación al llamarle por su propio nombre;
- señalar o mostrar objetos de interés;
- el juego simbólico;
- la imitación;
- la comunicación no verbal; y
- el desarrollo del lenguaje.

Las pruebas de detección precoz del autismo son herramientas fundamentales para el profesional de la logopedia para identificar signos tempranos del TEA en niños. A continuación, se presentan algunas de las herramientas más reconocidas y validadas en las guías de buenas prácticas:

- *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT-R / F, Robins *et al.*, 2009): es un cuestionario de 23 ítems dirigido a padres y personas cuidadoras para detectar signos de autismo en niños de entre 16 y 30 meses.
- *Communication and Symbolic Behavior Scales* (CSBS, Wetherby & Prizant, B, 2002): es una herramienta estandarizada diseñada para evaluar las habilidades comunicativas, sociales y simbólicas en niños pequeños, especialmente entre los 6 y los 24 meses.
- *Social Communication Questionnaire* (SCQ, Rutter, Bailey & Lord, 2003): cuestionario de 40 ítems que evalúa la comunicación social y las habilidades relacionadas para detectar posibles casos de TEA.
- *Childhood Autism Spectrum Test* (CAST, Scott *et al.*, 2002): cuestionario de 37 ítems para padres y maestros que detecta rasgos del espectro autista en niños en edad escolar.

Las guías de buenas prácticas también recomiendan otras herramientas, como la observación *Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children* (STAT, Stone *et al.*, 2000) o *Rapid Interactive Screening Test for Autism in Toddlers* (RITA-T, Choueiri *et al.*, 2015) pero, actualmente, aún no están traducidas ni validadas en la población catalana y española.

Las normas de comunicación social varían entre culturas. Cuando se realiza el cribado de aspectos no lingüísticos de la comunicación, es importante que el logopeda reconozca si las diferencias están relacionadas con variaciones culturales o un trastorno de comunicación.

La pérdida de lenguaje o habilidades sociales a cualquier edad debería considerarse motivo suficiente para hacer un cribado.

Los médicos ORL también tienen un rol relevante en la detección del autismo, ya que, muchas veces, cuando se percibe alguna dificultad del desarrollo del lenguaje y la comunicación en un niño, se cree que puede deberse a un problema de audición. Cuando los ORL, audioprotesistas o logopedas realizan pruebas de audición, pueden encontrar signos que hagan sospechar TEA. Si detectan estas señales, deben hacer las derivaciones y actuaciones pertinentes y necesarias para que el niño reciba una exploración adecuada para confirmar si se trata de autismo.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo investigaciones para la creación de instrumentos de cribado del TEA en catalán y castellano.

Exploración clínica

De acuerdo con la CIF, hay que llevar a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- → Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con el lenguaje.
- → Limitaciones en la actividad y la participación social, incluyendo la comunicación funcional y las interacciones sociales, los roles sociales del individuo dentro de su comunidad y el impacto del lenguaje en su calidad de vida.
- → Factores contextuales (ambientales y personales) que faciliten u obstaculicen el éxito de la comunicación y la participación en la vida social.

El diagnóstico de TEA —especialmente en los niños— debe revisarse periódicamente, ya que las categorías diagnósticas y las conclusiones pueden cambiar a medida que el niño se desarrolla y adquiere nuevas habilidades.

Si los miembros del equipo de diagnóstico identifican indicadores de riesgo, sea en el ámbito sanitario o educativo, se recomienda derivar a las familias a los servicios de atención precoz (CDIAP), incluso antes de tener un diagnóstico definitivo. En estos centros, se acompaña a la familia y se inicia una intervención temprana, ya que se ha demostrado que cuanto antes se inicia una intervención específica y especializada, a

largo plazo, el pronóstico puede mejorar para muchos niños. Se destacan también beneficios de las intervenciones que fomentan la comunicación prelingüística en bebés con sospechas o antecedentes de autismo.

Sugerencias para la evaluación adaptada a las características de la persona:

- Minimizar las distracciones y las características sensoriales de la sala de pruebas.
- Utilizar soportes visuales y horarios para ayudar a anticipar y comprender la secuencia de pruebas.
- Colaborar con los padres o cuidadores y el logopeda, que conocen mejor los comportamientos, los intereses y las necesidades de la persona.
- Utilizar la forma lingüística primaria/preferida de la persona (p. ej., lenguaje oral, lenguaje de signos, dispositivos de CAA o símbolos visuales).
- Aumentar la familiaridad de la persona con los procedimientos de evaluación antes de las pruebas —como historias sociales, un horario visual o practicar con una muñeca o peluche favorito.
- Permitir que la persona toque y explore el material de las pruebas para ayudar a superar la sensibilidad táctil y la ansiedad asociada.
- Incorporar flexibilidad a la situación de evaluación (p. ej., el orden de las pruebas, permitir el uso de utensilios sensoriales, adaptar las pruebas sin perder fiabilidad).
- Permitir respuestas diferentes de las establecidas en respuesta a los estímulos de prueba (p. ej., en lugar de señalar, colocar un objeto sobre el ítem de la respuesta).
- Conocer los intereses de la persona y qué la motiva (p. ej., comida, vídeos favoritos, juguetes, construcciones, materiales sensoriales) y utilizar estos intereses para favorecer el mantenimiento de la atención y la participación en la tarea.
- Considerar la necesidad de múltiples sesiones para obtener resultados completos.
- Reconocer los signos de malestar de la persona y detener las pruebas antes de que la situación se intensifique.
- Considerar estrategias específicas como la economía de fichas, pausa estructurada, secuencia estructurada, rincón de la calma, etc.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

La evaluación integral incluye habitualmente los componentes siguientes:

→ **Historial clínico relevante**. Información relacionada con la salud del niño, su historial de desarrollo y comportamiento, y su estado médico actual.

→ **Historial médico y de salud mental de la familia**. Incluye el historial de hermanos con TEA.

- **Evaluaciones médicas**. Un examen físico general y un examen del neurodesarrollo.
- **Evaluaciones psicológicas**. Incluyen aspectos relacionales, cognitivos y de personalidad.
- **Evaluación logopédica de la sintomatología nuclear del TEA**. Las pruebas diagnósticas del TEA son herramientas estandarizadas diseñadas para evaluar las habilidades sociocomunicativas y para identificar las posibles dificultades en la comunicación, la interacción social y los comportamientos repetitivos. las más utilizadas y recomendadas por las guías de buenas prácticas son:
  - **Entrevista Diagnóstica del TEA, ADI-R** (*Autism Diagnostic Interview-Revised*, Lord *et al.*, 1994): es una entrevista estructurada dirigida a familiares, cuidadores, pareja o persona muy cercana que se centra en obtener información sistemática y detallada del desarrollo y de los comportamientos nucleares del TEA para obtener un diagnóstico preciso.
  - **Observación directa, ADOS-2** (*Autism Diagnostic Observation Schedule*, Lord *et al.*, 2012): observación semiestructurada en diferentes módulos, según la edad y las habilidades de lenguaje del usuario, para valorar sus habilidades de comunicación social y también los patrones conductuales repetitivos y estereotipados.
- **Evaluaciones logopédicas formales e informales**, por ejemplo:
  - Evaluación del lenguaje. Muestreo de lenguaje y análisis de la narrativa.
  - Evaluación del habla, incluyendo la evaluación de las habilidades motrices del habla.
  - Evaluación de la alimentación y la deglución, si es necesario.
  - Evaluación de la comunicación aumentativa y alternativa (CAA), si es necesario, para determinar los posibles beneficios para la mejora de la comunicación funcional.
- **Evaluación auditiva realizada por un médico ORL, audioprotesista o logopeda**

Las guías de buenas prácticas también recomiendan otras herramientas como, por ejemplo, la entrevista *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders* (DISCO, Leekman *et al.*, 2002) o la entrevista *Autism Clinical Interview for Adults* (ACIA, Ingham *et al.*, 2020), entre otros. Actualmente, todavía no están traducidas ni validadas en la población catalana y española.

La evaluación integral, si fuera necesario, también puede incluir otras pruebas complementarias adicionales como pruebas genéticas y metabólicas.

Evaluación logopédica de la sintomatología no nuclear del autismo

Es importante que antes de iniciar la valoración específica, se obtenga información sobre el estado auditivo de la persona para obtener resultados de evaluación fiables y precisos.

Para evaluar el habla y el lenguaje, los logopedas pueden utilizar metodologías de evaluación formales e informales. Las pruebas formales pueden ser necesarias si todavía no se ha determinado un diagnóstico o la idoneidad para recibir los servicios específicos. Las pruebas informales pueden ser más útiles para determinar si la persona ha logrado hitos específicos de comunicación o para evaluar las habilidades comunicativas en una diversidad de entornos cotidianos.

El logopeda puede hacer uso de la evaluación dinámica, que es muy útil para: identificar comportamientos de comunicación no simbólica y simbólica, evaluar el potencial de aprendizaje individual y llevar a cabo el análisis de la conversación. Esta técnica se basa en obtener muestras para observar cómo una persona utiliza el lenguaje en situaciones cotidianas y espontáneas; así, puede ofrecer una imagen más realista de su manera de comunicarse, incluyendo aspectos como la ecolalia (repetición de palabras o frases). A diferencia de los cuestionarios, las entrevistas o las pruebas estructuradas, no parte de supuestos previos sobre cómo debería ser la comunicación, sino que se centra en cómo se expresa realmente la persona en su contexto habitual. De este modo, permite al logopeda entender mejor las habilidades y necesidades comunicativas de cada uno de los usuarios que valora.

Una evaluación integral incluye la prueba de las habilidades de lenguaje, habla, alimentación y deglución, así como de comunicación aumentativa y alternativa. En los apartados específicos de estos documentos de buenas prácticas, encontrará las explicaciones más detalladas para la exploración de cada uno de estos ámbitos. A continuación, se comentan algunos aspectos específicos de las personas con autismo.

Funciones comunicativas de la ecolalia

Históricamente, la ecolalia se ha descrito carente de significado y sin función comunicativa. Sin embargo, un número creciente de investigaciones ha identificado varias funciones comunicativas de la ecolalia (p. ej., turnos de palabra, etiquetar, hacer peticiones, afirmar y protestar) y señala su papel en el procesamiento de la adquisición gestáltica del lenguaje. Hay niños que adquieren el lenguaje de una forma diferente, siguiendo un proceso llamado adquisición gestáltica del lenguaje. Esto incluye, por ejemplo, el uso de la ecolalia, que es la repetición de palabras o frases que han escuchado. En este caso, la ecolalia no es solo una repetición, sino que puede ser una forma de comunicación que es necesario entender. Analizar cómo se utilizan estas repeticiones puede ayudar al logopeda a identificar su función comunicativa y a contribuir a su desarrollo. También le puede servir para desarrollar estrategias más efectivas para ayudar a mejorar sus habilidades de lenguaje y comunicación. Sin embargo, los logopedas deben tener cuidado y no hacer generalizaciones cuando relacionan la teoría de la adquisición gestáltica del lenguaje con el desarrollo del lenguaje en personas autistas. Es imperativo considerar cada caso individualmente y con precaución, evitando aplicar esta teoría para todos, como si fuera universal.

Comunicación social

La evaluación de la comunicación social puede variar según las normas familiares y culturales. Una evaluación de la comunicación social incluye los siguientes componentes:

- Uso de la mirada.
- Atención conjunta.
- Compartir placer.
- Iniciación de la comunicación.
- Reciprocidad social y diversidad de funciones comunicativas.
- Comportamientos durante el juego.
- Comprensión y uso de las expresiones faciales.
- Uso de los gestos.
- Prosodia del habla.
- Habilidades de conversación.
- Gestión del tema.
- Turnos de palabra.
- Proporcionar la cantidad adecuada de información en contextos conversacionales.

Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA)

Después de un diagnóstico de TEA, los logopedas llevan a cabo evaluaciones continuas. Es preciso evaluar, sin limitarse a, los puntos siguientes:

- Medir el progreso en el desarrollo de competencias comunicativas con CAA.
- Determinar el perfil actual de las habilidades de comunicación social de una persona.
- Identificar objetivos de aprendizaje de alta prioridad en contextos naturales de comunicación.
- Examinar la influencia del compañero de comunicación y del entorno en la competencia comunicativa.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

Es importante recoger información sobre el impacto del TEA en la vida de las personas para poder identificar las necesidades de apoyo e incidir en la mejora de su calidad de vida. Este aspecto se evalúa fundamentalmente a través de entrevistas con el niño, la familia, la escuela, además de cuestionarios, estudios sobre el entorno social, etc.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios para crear instrumentos de evaluación de la participación, actividades y calidad de vida adaptados a las personas autistas en catalán y castellano.

3 / Evaluación del contexto

Siguiendo el modelo CIF, las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para identificar las barreras contextuales y los facilitadores ambientales, así como la capacidad funcional del paciente en las actividades y su participación. Cada profesional puede generar su

modelo de entrevista semiestructurada teniendo en cuenta a la familia, la escuela y el trabajo, si lo tuviera.

El entorno familiar puede actuar como facilitador o como barrera para el desarrollo y la participación funcional en la vida cotidiana. Según la CIF, hay que tener en cuenta varios factores ambientales que influyen de forma directa en este contexto. El soporte y las relaciones con familiares cercanos (e310) y otros miembros de la familia (e315), así como las actitudes que estos manifiestan (e410, e415), pueden favorecer o dificultar la participación de la persona con TEA. Las actitudes sociales generales (e460), las normas y las costumbres familiares (e465) también pueden convertirse en determinantes para la forma en que se gestiona la rutina, la comunicación o la regulación emocional dentro del hogar. Una valoración detallada de estos elementos permite identificar las fortalezas y las áreas de mejora para establecer estrategias de intervención adaptadas y sostenibles.

En el contexto escolar, el niño autista se puede considerar como un alumno con necesidades educativas especiales, por lo tanto, se pueden pedir los soportes específicos necesarios y requerir el seguimiento de los servicios de educación especial bajo la categoría de autismo, por (a) déficits en el funcionamiento de la comunicación social en diferentes niveles de gravedad y (b) la determinación del beneficio educativo.

Cuando se habla de las dificultades de las personas con autismo, se evidencia una discapacidad del desarrollo que afecta de manera significativa no solo a su comunicación verbal y no verbal, sino también a su interacción social. Estas alteraciones, que habitualmente se manifiestan antes de los tres años, influyen negativamente en el rendimiento educativo del niño. Otras características como la participación en actividades repetitivas y movimientos estereotipados, la resistencia a los cambios ambientales o a los cambios en las rutinas diarias, y respuestas inusuales a experiencias sensoriales, etc., repercuten en su rendimiento escolar y en su capacidad adaptativa a la dinámica escolar. Por este motivo, el Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico ofrece soporte al equipo escolar y orientación para desarrollar un Plan Individualizado.

Las dificultades en la comunicación social afectan a la participación y el progreso en el currículo educativo general, y esto justifica y refuerza los criterios para acceder a los servicios educativos especializados.

Para determinar la idoneidad de una persona respecto a los servicios educativos, el logopeda utiliza una variedad de estrategias para recopilar información, que incluyen:

- → Medidas estandarizadas y no estandarizadas del funcionamiento sociocomunicativo adaptativo.
- → Observación naturalista en una variedad de entornos.
- → Entrevistas o cuestionarios con las personas cuidadoras/educadoras.

El logopeda también debe aplicar medidas o herramientas de evaluación específicas que son complementarias y tener conocimiento y experiencia con alumnado TEA.

El entorno laboral de las personas con TEA requiere una valoración específica de los factores que pueden actuar como barreras o facilitadores para la inclusión y el mantenimiento del puesto de trabajo. Dentro del marco de la CIF, se consideran relevantes los productos y las tecnologías para el empleo (e130), el apoyo y las actitudes de los compañeros (e325), personas en cargo de autoridad (e330, e430), así como de los profesionales del ámbito laboral y de la salud (e340, e440, e455). Las actitudes sociales (e460), las políticas y los sistemas vinculados al empleo y la comunicación (e535) también pueden tener un papel fundamental en la creación de un entorno laboral inclusivo y adaptado. La evaluación de estos factores es clave para identificar los ajustes razonables que favorezcan la autonomía, la comunicación funcional y la participación activa en la actividad laboral.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano sobre las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

Todas las personas con TEA tienen derecho a recibir soporte de logopedia, aunque no hayan tenido problemas para aprender a hablar, dado el hecho de que las dificultades en la comunicación social son un aspecto central del trastorno y tienen impacto en sus interacciones y funcionamiento social. Por tanto, el trabajo del logopeda es clave para ayudar a estas personas a mejorar sus habilidades de comunicación y a relacionarse con los demás. También, cuando concurren criterios de otras enfermedades, los logopedas velan por que sean diagnosticadas (por ejemplo, un trastorno del desarrollo del lenguaje) y garantizan que reciben el soporte más adecuado en función de sus necesidades. Esto refuerza la importancia del logopeda en la atención integral a las personas con TEA.

Criterios para regular el tratamiento

La intensidad del tratamiento logopédico se regulará ante circunstancias que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de compromiso para realizar la intervención (especialmente adolescentes y jóvenes).
- Falta de adherencia al tratamiento por parte de la familia o cuidadores del menor.
- Patologías comórbidas que, por sus características, dificultan o desaconsejan un proceso rehabilitador.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

- **Habilidades**: habilitar la función alterada, incluida la comprensión del lenguaje y la capacidad de utilizar un lenguaje expresivo.
- **Actividad**: minimizar la discapacidad en la comunicación garantizando el uso máximo de las habilidades actuales. Puede incluir estrategias compensatorias y medios de comunicación alternativos.
- **Participación**: permitir la participación según las circunstancias de cada individuo y sus preferencias. Desarrollar habilidades y confianza social, promover la independencia y toma de decisiones. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- **Bienestar**: maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

Los objetivos generales de la rehabilitación de los trastornos del lenguaje son:

- Potenciar la adquisición de un grado de competencia lingüística que les permita la comunicación, la socialización, el aprendizaje y el desarrollo personal y emocional.
- Desarrollar las habilidades lingüísticas orales y escritas de las personas con TEA a su máximo potencial.
- Enseñar estrategias a las personas con TEA y a quienes les rodean para reducir el impacto de sus dificultades en la comunicación y mejorar su acceso a la educación, el empleo, los servicios públicos y las actividades.
- Apoyar a las escuelas para que integren estrategias en el currículo para favorecer el aprendizaje y el uso del lenguaje de los niños.

Intervenciones preventivas

No procede.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

Modalidades de tratamiento conductual tradicional

Análisis aplicado de la conducta (*Applied Behavior Analysis*)

El Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) es una intervención conductual que se centra en generar cambios significativos y positivos en el comportamiento. Las técnicas de ABA se han desarrollado para ayudar a adquirir una variedad de habilidades (p. ej., comunicación, habilidades sociales, autocontrol y autosupervisión) y a generalizar estas habilidades en otras situaciones. Los logopedas utilizan estas técnicas en instrucciones individuales o en grupo, en entornos estructurados (p. ej., el aula) y en situaciones cotidianas (p. ej., cena en familia) con el objetivo de mejorar las habilidades comunicativas.

La intervención se personaliza según las necesidades, los intereses y la situación familiar de la persona. Las técnicas de ABA a menudo se utilizan en programas intensivos de intervención temprana (con niños menores de 4 años) para abordar una gama completa de habilidades. Estos programas intensivos requieren de 25 a 40 horas semanales, durante 1-3 años. Los logopedas pueden colaborar con los psicólogos para optimizar los recursos y promover resultados óptimos.

Entrenamiento por Ensayos Discretos (*Discrete Trial Training*)

El Entrenamiento por Ensayos Discretos (DTT) es un modelo de enseñanza individualizado que aplica técnicas conductuales para transmitir habilidades a través de pasos pequeños, presentados de manera progresiva, sistemática y controlada. Cada oportunidad de enseñanza es un ensayo discreto que consta de: un antecedente (como puede ser una instrucción del profesor), una respuesta del educando y una consecuencia o retroalimentación de la respuesta. Habitualmente, el DTT se utiliza para habilidades que: los educandos no inician por sí mismos; tienen un procedimiento claro y correcto; y se pueden enseñar en un entorno individual. El objetivo de los logopedas con este entrenamiento es mejorar las habilidades comunicativas.

Entrenamiento en Comunicación Funcional (*Functional Communication Training*)

El Entrenamiento en Comunicación Funcional (FCT) es un programa de intervención conductual que combina la evaluación de las funciones comunicativas de los comportamientos inadecuados con el uso de procedimientos de ABA para enseñar respuestas alternativas. Los comportamientos desadaptativos se pueden eliminar mediante la extinción y sustituirse por formas alternativas, más adecuadas y estandarizadas para comunicar necesidades o deseos.

Los logopedas pueden utilizar el FCT con niños TEA en una amplia gama de edades e independientemente de su nivel cognitivo o de sus habilidades de comunicación expresiva.

Intervenciones Conductuales del desarrollo Naturalistas (*Naturalistic Developmental Behavioral Interventions*)

Las actividades y los objetivos del tratamiento de intervenciones conductuales del desarrollo naturalistas (NDBI) se dirigen al niño, se presentan en entornos naturales y utilizan modelado espontáneo y basado en el desarrollo. Las NDBI incluyen modelos conductuales basados en el juego. El objetivo de los logopedas en esta intervención es mejorar las habilidades comunicativas.

Enseñanza Incidental (*Incidental Teaching*)

Es una técnica de enseñanza que utiliza procedimientos conductuales. El profesional proporciona oportunidades de enseñanza que se producen de manera natural, basadas en los intereses del niño. El logopeda sigue la iniciativa del niño y refuerza los intentos de comunicación a medida que estos se aproximan al comportamiento comunicativo deseado.

Intervenciones conductuales educativas y escolares

Soporte Conductual Positivo (*Positive Behavior Support*)

El Soporte Conductual Positivo (PBS) es un enfoque que utiliza intervenciones positivas (no punitivas) para disminuir los comportamientos desafiantes. La estrategia común se centra en dos aspectos:

- Evaluar funcionalmente los comportamientos desafiantes o desadaptativos para identificar la relación entre dichos comportamientos y la comunicación.
- Sustituir los comportamientos desafiantes por comportamientos adecuados y funcionalmente equivalentes.

El PBS integra los principios del análisis conductual con valores centrados en la persona para fomentar habilidades que sustituyan los comportamientos desafiantes o desadaptativos. Los logopedas pueden utilizar el PBS para ayudar a niños y adultos que presentan comportamientos problemáticos o desadaptativos. Ejemplos de programas educativos y escolares:

- *Social Communication, Emotional Regulation, and Transactional Support* (SCERTS) Model (Prizant *et al.*, 2006).
- *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* (TEACCH) (Mesibov *et al.*, 2007).
- *Learning Style Profile for Children with Autism Spectrum Disorder* (LSP©) (Rydell, 2012).

Intervenciones para desarrollar las habilidades sociales

Los modelos y marcos de intervención en habilidades sociales están diseñados para mejorar las habilidades sociales mediante entornos de grupos sociales y otras plataformas para enseñar habilidades de interacción entre iguales y promover la comunicación efectiva. Las habilidades sociales se pueden aprender, de forma individual o en grupo.

Los logopedas pueden utilizar varias técnicas de intervención, incluidos los guiones sociales.

Ejemplos de programas centrados en las habilidades sociales:

- *Program for the Education and Enrichment of Relational Skills* (PEERS®) (Laugeson *et al.*, 2011).
- *Social Stories*™ (Gray *et al.*, 2002).
- *Social Thinking*® (Crooke *et al.*, 2008; Garcia Winner & Crooke, 2009, 2011).
- *TalkAbility*™ (Sussman, 2006).

Intervenciones en el habla y el lenguaje

Intervención en lenguaje oral

El objetivo de la intervención en lenguaje oral es facilitar el desarrollo global del lenguaje y la comunicación funcional en la vida cotidiana. La selección de las opciones y los enfoques de tratamiento se basará en las habilidades lingüísticas actuales de la persona.

Las intervenciones también pueden reflejar visiones sobre los patrones naturales de adquisición del lenguaje en niños TEA y el papel de la ecolalia y el procesamiento gestáltico del lenguaje.

Adquisición natural del lenguaje (*Natural Language Acquisition*)

La adquisición natural del lenguaje es un modelo para describir el desarrollo del lenguaje por Gestalt. Inicialmente, los niños producen «bloques» o «formas por Gestalt» (p. ej., emisiones ecolálicas), sin distinguir entre palabras individuales ni reconocer la estructura sintáctica interna. Estas formas por Gestalt se consideran unidades de comunicación.

Los niños aprenden a identificar similitudes y patrones en las expresiones que escuchan y utilizan, y las agrupan como un conjunto («por Gestalt»). Con el tiempo, comienzan a combinar diferentes partes de estas expresiones para crear nuevas expresiones, más flexibles, creativas y espontáneas para comunicarse mejor. Poco a poco, estas expresiones complejas se desglosan en palabras individuales, que los niños aprenden a utilizar con significado propio. Esto les permite empezar a construir frases con una estructura gramatical más parecida a la nuestra.

Intervención en los sonidos del habla

El programa PROMPT (*Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets*) es un enfoque terapéutico logopédico que se centra en el desarrollo de las habilidades motoras orales necesarias para la producción del lenguaje. Es especialmente útil para personas con TEA que presentan dificultades en la articulación o problemas motores del lenguaje. El PROMPT es especialmente útil para niños con TEA que presentan apraxia del lenguaje o dificultades significativas en la motricidad oral, ya que proporciona un soporte físico para mejorar la comunicación verbal.

Comunicación aumentativa y alternativa (CAA)

Un sistema de CAA es un grupo integrado de componentes que se utiliza para mejorar la comunicación. La comunicación aumentativa y alternativa usa una variedad de técnicas y herramientas para ayudar a la persona a expresar pensamientos, ideas, deseos, necesidades y sentimientos. Algunos ejemplos de técnicas de tratamiento son:

- **Entrada Aumentada** (*Augmented Input*, Allen *et al.*, 2017). Consiste en utilizar señales multimodales para enseñar a las personas a comunicarse de forma eficaz. Esta técnica se basa en el uso combinado de métodos visuales, táctiles y auditivos para reforzar el procesamiento del lenguaje y facilitar el aprendizaje de los sistemas de comunicación.
- **Modelo de Enseñanza Descriptivo** (*Descriptive Teaching Model* [DTMe]). És una estrategia utilizada en la CAA que se centra en la enseñanza de vocabulario funcional y descriptivo para facilitar la comunicación eficaz en varios contextos.
- **Enseñanza Milieu Mejorado** (*Enhanced Milieu Teaching* [EMT]), Hampton *et al.*, 2016; Kaiser *et al.*, 2017). Intervención naturalista basada en el comportamiento que se utiliza para fomentar las habilidades lingüísticas y comunicativas en niños con trastornos del desarrollo.

La CAA puede complementar la comunicación oral expresiva existente o puede ser una alternativa al lenguaje oral. Pese a que las personas autistas, especialmente los adultos, puedan tener un habla funcional, también pueden necesitar CAA para satisfacer plenamente sus necesidades comunicativas.

Algunos ejemplos de Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) son:

- **Comunicación con objetos reales:** para personas con TEA que tienen dificultades con las imágenes bidimensionales se pueden usar objetos reales para representar acciones o necesidades (ejemplo: un vaso para indicar «quiero beber»).
- **PECS** (*Picture Exchange Communication System*, Frost, L., & Bondy, A., 2002): es un sistema basado en el intercambio de imágenes. Los niños aprenden a seleccionar y entregar imágenes a un interlocutor para expresar necesidades o deseos. Se compone de varias fases que incluyen desde el intercambio básico de una sola imagen hasta la construcción de frases simples con símbolos. Fomenta la comunicación funcional y, a menudo, se utiliza en entornos educativos.
- **Programa Schaeffer de Habla Signada** (Schaeffer *et al.*, 1980): es una intervención de comunicación aumentativa y alternativa diseñada específicamente para niños con trastornos de la comunicación, incluyendo aquellos dentro del espectro autista. Este método combina el uso del lenguaje hablado con el lenguaje

de signos como soporte visual para facilitar el aprendizaje y la comprensión del lenguaje.

Aplicaciones tecnológicas de comunicación:

- **Proloquo2Go:** aplicación que permite crear frases seleccionando símbolos o imágenes que representan palabras y conceptos. Es muy personalizable y accesible.
- **The Grid**: sistema que consta de una interfaz personalizable o plataforma configurable y ajustable, con soporte multimodal y con funcionalidades avanzadas (opciones para desarrollar habilidades sociales, aprender vocabulario y estructuras lingüísticas). Se pueden representar palabras, frases o conceptos mediante imágenes, textos o sonidos.

Función ejecutiva

Las personas con autismo pueden tener dificultades en la función ejecutiva. Los servicios de logopedia pueden abordar las habilidades de función ejecutiva empleando el lenguaje y el habla como instrumento de regulación o recomendar estrategias y adaptaciones.

Los programas van dirigidos a favorecer:

- **Regulación emocional y autocontrol**: reconocer y expresar emociones propias y de otros en situaciones sociales.
- **Planificación y organización**: ayudar a organizar secuencias sociales o tareas comunicativas.
- **Flexibilidad cognitiva**: gestionar cambios de planes o adaptarse a reglas sociales cambiantes.
- **Resolución de problemas sociales**: fomentar la identificación y resolución de problemas en interacciones sociales.
- **Comprensión de perspectivas (Teoría de la mente)**: entender y predecir los pensamientos o las emociones de las otras personas en contextos sociales.
- **Memoria de trabajo**: reforzar la habilidad de recordar información relevante durante una interacción e intercambio comunicativo.
- **Habilidades para la colaboración**: desarrollar habilidades para trabajar en grupos pequeños o colaborar con otras personas.

Intervención en alfabetización

La comprensión lectora es una dificultad académica común para las personas dentro del espectro autista con baja necesidad de soporte. Los modelos de intervención en alfabetización incorporan una variedad de estrategias de instrucción para mejorar la conciencia fonológica, la decodificación e identificación de palabras, la fluidez lectora, el vocabulario de lectura y la comprensión lectora. Los niños mayores también pueden tener dificultades con habilidades de alfabetización de nivel superior que requieren teoría de la mente. En el apartado dedicado a las alteraciones de aprendizaje de base lingüística, encontrará información complementaria.

Estrategias y adaptaciones

Horarios de actividades y soportes visuales

Los horarios de actividades y los soportes visuales incluyen objetos, fotografías, dibujos o palabras escritas que actúan como indicadores o recordatorios. Ayudan a las personas a seguir y completar una secuencia de tareas o actividades, mantener la atención en las tareas, hacer transiciones de una tarea a otra o mantener la regulación emocional en diversos entornos. Los recordatorios escritos o visuales que inician o mantienen la interacción se denominan guiones. Con frecuencia, los guiones se utilizan para promover la interacción social, pero también se pueden utilizar en entornos escolares para facilitar interacciones académicas y promover la participación académica.

Autogestión

La autogestión es una estrategia que ayuda a las personas a controlar sus propios comportamientos de forma independiente. Esto significa que aprenden a identificar qué comportamientos son adecuados y cuáles no lo son en diferentes situaciones, a observarse a sí mismos y a llevar un registro de sus comportamientos. Además, cuando es posible, también se les enseña a premiarse si se han comportado adecuadamente. Este método se puede aplicar a personas de todas las edades, desde los más pequeños hasta los adultos, y es útil para mejorar las habilidades sociales y conductuales en diversos entornos, como la escuela, el hogar o el trabajo. Los logopedas deben recurrir a estrategias para favorecer el control de los comportamientos de las personas autistas. El lenguaje y el habla pueden ser alguna de estas estrategias.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios sobre la intervención logopédica en personas con TEA.

Intervenciones de mantenimiento de la función

La colaboración de los familiares es importante para reforzar los avances logrados mediante la terapia logopédica, incluso cuando su papel en el proceso terapéutico sea limitado. Los padres deben recibir información sobre las estrategias más efectivas para apoyar a sus hijos, fomentando el uso del lenguaje en diversas situaciones y contextos. De igual manera, los docentes deben estar al corriente de los progresos del niño para proporcionarle oportunidades de desarrollo adecuadas, evitando exponerlo a situaciones que no se ajusten a su nivel evolutivo. Los logopedas deben orientar a las familias y a la escuela en cuanto a las actividades y las adaptaciones que favorezcan el mantenimiento de las mejoras logradas en el tratamiento.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención de mantenimiento en personas con TEA.

Intervenciones en el entorno

Práctica centrada en la familia

El objetivo de la práctica centrada en la familia es establecer una colaboración para que la familia participe plenamente en todos los aspectos de la atención de la persona. La participación de las familias en los servicios para personas con autismo puede ayudar a reducir el estrés que sufren los miembros de la familia (National Research Council, 2001).

El soporte puede adoptar diferentes formas en distintos momentos y puede incluir los siguientes aspectos:

- Coordinación de los servicios para la familia.
- Obtención de recursos e información.
- Enseñar habilidades y estrategias específicas a la familia o a otros interlocutores significativos.
- Proporcionar oportunidades de aprendizaje.
- Abogar por la familia ante el resto de servicios.

Intervenciones mediadas por cuidadores o basadas en la relación

Las intervenciones mediadas por cuidadores o basadas en la relación consisten en estrategias que los cuidadores, compañeros o iguales utilizan para facilitar la comunicación o la interacción social. El cuidador puede estar implicado en las intervenciones incluso después de la intervención temprana. Las intervenciones basadas en la relación pueden incluir a parejas, miembros de la familia y amigos. El logopeda forma y asesora al cuidador para implementar estas intervenciones en entornos naturales.

Ejemplos de programas que incluyen intervenciones mediadas por cuidadores y basadas en la relación:

- *Gentle Teaching* (J. J. McGee, 1990; Polirstok *et al*., 2003).
- *Integrated Play Groups*® (Wolfberg & Schuler, 1993).
- *More Than Words*® (Sussman, 1999).
- *Relationship Development Intervention*® (RDI) (Gutstein & Gutstein, 2009).

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones logopédicas no recomendadas.

Equipamlento

El CLC recomienda a los logopedas que lleven a cabo su tarea profesional en un espacio adaptado a las necesidades de los niños y de sus familias, de acuerdo con la actividad evaluadora y el desarrollo de su intervención. Es importante velar por la adecuación y actualización de los instrumentos de evaluación y por que el material específico de rehabilitación se adapte a la fase de desarrollo del niño y a las necesidades propias del trastorno.

Del mismo modo, es fundamental que los logopedas reflexionen sobre la manera en que se relacionan con estos pacientes, deben evitar estereotipos culturales inadecuados y, sobre todo, distanciarse del edadismo. Este sesgo puede mermar las capacidades de la persona mayor, limitar su autonomía y afectar a su motivación y autoestima. Un enfoque respetuoso y adaptado a la dignidad y la experiencia vital de cada paciente es clave para una intervención logopédica efectiva y ética.

Es fundamental que los logopedas apliquen estrictas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de sí mismos. Dichas medidas son la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje desechable cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Para más información sobre calidad y seguridad en la práctica logopédica, consulte la adenda.

Información de alta

Requisitos de alta

Cuando se trata de decidir el alta en el tratamiento logopédico para personas con TEA, es fundamental tener en cuenta que el autismo es un trastorno neurodivergente permanente, no es una enfermedad que se «cure». Por lo tanto, la necesidad de soporte logopédico puede variar a lo largo de las diferentes etapas de la vida, según las necesidades y los objetivos específicos de cada etapa.

Consideraciones para dar el alta en el tratamiento logopédico

1. Progreso en los objetivos terapéuticos:

Si la persona ha logrado los objetivos planteados (por ejemplo: mejora en la comunicación funcional, comprensión o habilidades sociales), se puede considerar una pausa o finalizar el tratamiento. Es importante valorar si estos progresos se mantienen en entornos naturales sin soporte constante.

2. Necesidades cambiantes

Las necesidades comunicativas pueden evolucionar a lo largo de la vida (por ejemplo: transición de la escuela a la etapa adulta o cambio en las exigencias sociales y laborales). El alta puede ser temporal, con la posibilidad de reintroducir el tratamiento en función de nuevas necesidades.

3. Impacto funcional

Se considera el impacto de las dificultades comunicativas en la

calidad de vida de la persona y su capacidad para participar en actividades cotidianas, sociales, educativas o laborales. Si persisten barreras significativas, el soporte logopédico debería continuar.

4. Disponibilidad de soportes naturales

Si la familia, los docentes u otros profesionales pueden proporcionar el soporte necesario y mantener las habilidades adquiridas, puede justificarse una pausa en el tratamiento formal. Sin embargo, es esencial asegurar que estos soportes estén formados adecuadamente.

5. Autonomía y preferencias de la persona

En el caso de personas adultas TEA, debe respetarse su voluntad y autonomía en relación con la continuidad del tratamiento. Es importante valorar si la persona percibe una mejora en su vida gracias a la intervención.

Orientaciones para después del alta

Las personas con TEA pueden necesitar soporte en momentos clave de la vida (inicio del colegio, adolescencia, acceso al mundo laboral) para gestionar nuevos retos sociales y comunicativos. Por lo tanto, es habitual que el soporte logopédico sea intermitente a lo largo de la vida y se adapte a cada etapa. Después de dar el alta, se recomienda una supervisión periódica para garantizar que no haya regresiones e identificar posibles nuevas necesidades.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción	
	FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b114	Funciones de la orientación
	b117	Funciones intelectuales
	b122	Funciones psicosociales globales
	b126	Funciones del temperamento y la personalidad
	b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos
	b134	Funciones del sueño
	b140	**Funciones de la atención**
	b144	Funciones de la memoria
	b147	Funciones psicomotoras
	b152	Funciones emocionales
	b156	**Funciones de la percepción**
	b160	Funciones del pensamiento
	b164	Funciones cognitivas superiores
	b167	**Funciones mentales del lenguaje**

b2 Funciones sensoriales y dolor	b265	Funciones táctiles
	b270	Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos
b3 Funciones de la voz y el habla	b330	Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla
b7 Funciones neuromusculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento	b760	Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios
	b765	Funciones relacionadas con el control de los movimientos involuntarios
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		
d1 Aprenendizaje y aplicación del conoci-miento	d110	Mirar
	d115	Escuchar
	d130	Copiar
	d132	Adquirir información
	d137	Adquirir conceptos
	d140	**Aprender a leer**
	d145	**Aprender a escribir**
	d155	Adquisición de habilidades
	d160	Centrar la atención
	d161	Dirigir la atención
	d163	Pensar
	d166	Leer
	d170	**Escribir**
	d175	Resolver problemas
	d177	Tomar decisiones
d2 Tareas y demandas generales	d210	Llevar a cabo una única tarea
	d220	Llevar a cabo múltiples tareas
	d230	Llevar a cabo rutinas diarias
	d240	Gestión del estrés y otras demandas psicológicas
	d250	Gestión del comportamiento propio

d3 Comunicación	d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados
	d315	**Comunicación-recepción de gestos corporales**
	d330	Hablar
	d331	Prelenguaje
	d335	Producción de mensajes no verbales
	d350	Conversar
	d360	Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación
d4 Mobilidad	d470	Uso de medios de transporte
	d475	Conducción
d5 Autocuidado	d510	Lavarse
	d520	Cuidado de partes del cuerpo
	d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción
	d540	Vestirse
	d550	Comer
	d570	Cuidado de la propia salud
	d571	Cuidado de la propia seguridad
d6 Vida doméstica	d620	Adquisición de bienes y servicios
	d630	Preparar comidas
	d640	**Realizar las tareas del hogar**
	d650	Cuidado de los objetos del hogar
	d660	Ayudar a los otros
d7 Interacciones y relaciones interpersonales generales	d710	Interacciones interpersonales básicas
	d720	Interacciones personales complejas
	d730	Relacionarse con extraños
	d740	Relaciones formales
	d750	Relaciones sociales informales
	d760	Relaciones familiares
	d770	Relaciones íntimas
d8 Áreas principales de la vida	d820	Educación escolar
	d825	Formación profesional
	d830	Educación superior
	d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo
	d850	Trabajo remunerado
	d860	Transacciones económicas básicas
	d870	Autosuficiencia económica
	d880	Participación en el juego

d9 Vida comunitaria, social y cívica	d910	Vida comunitaria
	d920	**Tiempo libre y ocio**
	d940	Derechos humanos
FACTORES AMBIENTALES		
e1 Productos y tecnología	e110	Productos o sustancias para el consumo personal en la vida diaria
	e115	Productos y tecnología para el uso personal en la vida diaria
	e125	Productos y tecnología para la comunicación
	e130	Productos y tecnología para la ocupación
e2 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana	e240	Luz
	e250	Sonido
e3 Apoyos y relaciones	e310	Familiares cercanos
	e315	Otros familiares
	e320	Amigos
	e325	Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	e330	Personas con cargo de autoridad
	e340	Cuidadores y personal de ayuda
	e355	Profesionales de la salud
	e360	Otros profesionales
e4 Actitudes	e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana
	e415	Actitudes individuales de otros miembros de la familia
	e420	Actitudes individuales de amigos
	e430	Actitudes individuales de personas con cargo de autoridad
	e450	Actitudes individuales de profesionales de la salud
	e455	Actitudes individuales de profesionales «relacionados con la salud»
	e460	Actitudes sociales
	e465	Normas, costumbres e ideologías sociales

e5 Servicios, sistemas y políticas	**e525**	**Servicios, sistemas y políticas de vivienda**
	e535	**Servicios, sistemas y políticas de comunicación**
	e550	**Servicios, sistemas y políticas legales**
	e560	**Servicios, sistemas y políticas de medios de comunicación**
	e570	**Servicios, sistemas y políticas de seguridad social**
	e575	**Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general**
	e580	**Servicios, sistemas y políticas sanitarias**
	e585	**Servicios, sistemas y políticas de educación y formación**
	e590	**Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo**

Bibliografía

Alaghband-Rad J, Hajikarim-Hamedani A, Motamed M. Camouflage and masking behavior in adult autism. Front Psychiatry. 2023;14:1108110. doi:10.3389/fpsyt.2023.1108110

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 (R)). 5th ed. American Psychiatric Association Publishing; 2013.

Baio J, Wiggins L, Christensen DL, *et al*. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. MMWR Surveill Summ. 2018;67(6):1-23. https://doi:10.15585/mmwr.ss6706a1

Baranek GT. Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. J Autism Dev Disord. 1999;29(3):213-224. *https://doi:10.1023/a:1023080005650*

Chawarska K, Paul R, Klin A, Hannigen S, Dichtel LE, Volkmar F. Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2007;37(1):62-72. *https://doi:10.1007/s10803-006-0330-8*

Crompton CJ, Ropar D, Evans-Williams CV, Flynn EG, Fletcher-Watson S. Autistic peer-to-peer information transfer is highly effective. Autism. 2020;24(7):1704-1712. *https://doi:10.1177/1362361320919286*

DeThorne LS. Revealing the Double Empathy Problem: It's not that autistic* people lack empathy. Rather, their different neurotypes and experiences may make it harder for nonautisic people to understand them-and vice versa. ASHA Lead. 2020;25(3):58-65. *https://doi:10.1044/leader.ftr2.25042020.58*

Interagency Autism Coordinating Committee. *–2023 IACC strategic plan for autism research, services, and policy*. U.S. Department of Health and Human Services. (2023, septiembre). *https://iacc.hhs.gov/publications/strategic-plan/2023/*

Jones W, Klin A. Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism. Nature. 2013;504(7480):427-431. https://doi:10.1038/nature12715

Lai MC, Lombardo MV, Ruigrok AN, *et al*. Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. Autism. 2017;21(6):690-702. doi:10.1177/1362361316671012

Milton DEM. On the ontological status of autism: the 'double empathy problem.' Disabil Soc. 2012;27(6):883-887. https:/doi:10.1080/09687599.2012.710008
Moskowitz GB. Social Cognition: Understanding Self and Others. Guilford Press; 2005.
ICD-11. Who.int. Consultado el 25 de junio de 2025. https://icd.who.int/
Patten E, Belardi K, Baranek GT, Watson LR, Labban JD, Oller DK. Vocal patterns in infants with autism spectrum disorder: canonical babbling status and vocalization frequency. J Autism Dev Disord. 2014;44(10):2413-2428. hptts://doi:10.1007/s10803-014-2047-4
Payton JW, Wardlaw DM, Graczyk PA, Bloodworth MR, Tompsett CJ, Weissberg RP. Social and emotional learning: a framework for promoting mental health and reducing risk behavior in children and youth. J Sch Health. 2000;70(5):179-185. hptts://doi:10.1111/j.1746-1561.2000.tb06468.x
Plumb AM, Wetherby AM. Vocalization development in toddlers with autism spectrum disorder. J Speech Lang Hear Res. 2013;56(2):721-734. hptts://doi:10.1044/1092-4388(2012/11-0104)
Stanford S. The school-based speech-language pathologist's role in diverting the school-to-confinement pipeline for youth with communication disorders. Perspect ASHA Spec Interest Groups. 2020;5(4):1057-1066. hptts://doi:10.1044/2020_persp-20-0002
Whitlock A, Fulton K, Lai MC, Pellicano E, Mandy W. Recognition of girls on the autism spectrum by primary school educators: An experimental study. Autism Res. 2020;13(8):1358-1372. hptts://doi:10.1002/aur.2316
Williams D. Neurological Basis for Autism: Implications for Speech-Language Pathologists.; 2012.
Zwaigenbaum L, Bryson S, Rogers T, Roberts W, Brian J, Szatmari P. Behavioral manifestations of autism in the first year of life. Int J Dev Neurosci. 2005;23(2-3):143-152. hptts://doi:10.1016/j.ijdevneu.2004.05.001

Trastorno del desarrollo de los sonidos del habla

7

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastorno del desarrollo de los sonidos del habla. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 178–199. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastorno del desarrollo de los sonidos del habla. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 178–199). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para evaluar, diagnosticar, prevenir e intervenir en los trastornos del desarrollo de los sonidos del habla, y debe mantener una formación actualizada para adaptarse a los avances en las definiciones, los instrumentos y las técnicas terapéuticas, así como adaptarse a la diversidad lingüística de los niños y niñas de nuestro entorno.

2 El CLC promueve la investigación para conocer la prevalencia local, desarrollar instrumentos de evaluación e intervención adaptados a los contextos lingüísticos catalán y castellano, y crear conjuntos básicos de categorías CIF que permitan identificar los elementos afectados por los trastornos del desarrollo de los sonidos del habla.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario basado en la evidencia, con diagnóstico y tratamiento esencialmente logopédicos, con interconsultas a especialistas en neurología, otorrinolaringología o psicología cuando sea necesario, garantizando así una intervención integral y centrada en la persona.

¿Qué es?

Definición

El trastorno del desarrollo de los sonidos del habla (TDSH) se caracteriza por dificultades en la adquisición, producción y percepción del habla, que se manifiestan en errores de pronunciación. Estos errores, tanto en número como en tipología, así como la calidad de la producción oral, superan los límites de variación normales según la edad y el nivel cognitivo de la persona. Los errores de pronunciación reducen la inteligibilidad y afectan significativamente a la comunicación. Son errores que no se pueden atribuir a variaciones sociales, culturales o ambientales, tales como dialectos regionales, ni a una discapacidad auditiva o anomalías estructurales o neurológicas. Por este motivo, se consideran dificultades "primarias" del habla; en cambio, cuando son consecuencia de otros trastornos, se consideran dificultades "secundarias". Los perfiles más frecuentes de TDSH son dos: el primero, observado con mayor frecuencia en niños en edad preescolar, se caracteriza por alteraciones severas de precisión de la pronunciación que pueden llegar a comprometer la inteligibilidad del habla. El segundo perfil, típico de la etapa escolar, se diferencia por errores residuales del habla y el riesgo potencial de desarrollar dificultades específicas de aprendizaje.

El término para referirse a este trastorno ha ido variando con el tiempo. La propuesta actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 11, aún sin traducción oficial en el momento de publicación de este documento, es «Trastorno del Desarrollo de los Sonidos del Habla». Tanto la CIE 10-ES como el DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders*) se refieren a este trastorno como «Trastorno fonológico». La American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) también ha cambiado la denominación; de «Articulation Disorder» inicialmente a «Articulation and Phonological Disorder». En España, el término evolucionó de «Dislalias múltiples» y «Retraso del habla» hasta el más consolidado «Trastorno fonológico». En ambientes sanitarios suelen hacer uso del término «Dislalia» como comodín que define tanto el defecto de pronunciación aislado, como la pronunciación ininteligible de cualquier paciente.

Signos clínicos

Los signos del TDSH se manifiestan como errores sublexicales, que afectan a la pronunciación de sílabas y sonidos aislados, o como errores lexicales, que afectan a la organización fonológica de la palabra. Estos errores pueden ser sistemáticos o pueden variar según el contexto fonético de los enunciados. Pueden afectar a sonidos específicos (como la producción alterada del sonido /r/) o a tipos de sonidos (por ejemplo: sustituir cualquier consonante fricativa por su oclusiva homorgánica). También pueden afectar a la secuencia fonotáctica, como, por ejemplo, omitir consonantes en posición de coda. Aunque muchos signos observables corresponden a un estancamiento en etapas típicas del desarrollo, en

los casos más severos pueden observarse signos atípicos, tales como la inconsistencia, que es la tendencia a deformar las palabras de forma distinta cada vez que se pronuncian.

Los signos del TDSH son:

- Omisiones: algunos sonidos se omiten o se eliminan, bien de manera sistemática o en función del contexto.
- Distorsiones: los sonidos se alteran en la forma de articulación.
- Sustituciones: se sustituyen uno o más sonidos.
- Adiciones: se añaden uno o más sonidos adicionales a ciertas sílabas.
- Desorganización de la estructura de la palabra: omisiones, adiciones y cambios de orden en las sílabas o sonidos que forman la palabra.

El TDSH involucra funciones sensoriales auditivas generales (b230) y, más específicamente, las funciones de percepción auditiva (b1560) y de discriminación de los sonidos del habla (b2304). Asimismo, influye en las funciones relacionadas con la articulación de sonidos (b320). En algunas ocasiones puede afectar a las funciones musculares (b730, b735) y el control psicomotor de la zona oral (b1478), pero predominantemente incide en funciones ejecutivas, como la memoria a corto plazo (b1440), la recuperación de la secuencia fonológica de las palabras (b1448) y en funciones mentales específicas para crear, secuenciar y coordinar movimientos automatizados y complejos con un propósito (b1478). Estas disfunciones pueden ser comórbidas con la apraxia del desarrollo del habla (b176). El TDSH puede limitar significativamente la actividad y participación en la comunicación, afectando principalmente a la capacidad de emitir mensajes hablados, que pueden ser ininteligibles en casos severos (d330), con niveles de afectación que varían del 1 al 4, pero también en la capacidad de prestar atención voluntaria al habla de los demás en la acción de escuchar (d115).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
6A01.0	Trastorno del desarrollo de los sonidos del habla

Causas

En el momento de publicación de este documento, no se conoce la causa de los TDSH; sin embargo, se conocen algunos factores de riesgo, predictores o agravantes. Los factores notificados con más frecuencia son los siguientes:

- Género: la incidencia de TDSH es más alta en varones que en mujeres.
- Antecedentes familiares: los niños que tienen familiares con dificultades en el habla o en el lenguaje tienen más probabilidades de

presentar un TDSH. Algunos estudios señalan que el TDSH comparte marcadores genotípicos con los del trastorno de aprendizaje con dificultades en la lectura.

- Déficits perceptivos: la evidencia confirma que los déficits en la percepción del habla están presentes en parte de los niños con TDSH y puede impactar significativamente en la presión articulatoria.
- La otitis media persistente, a menudo asociada a pérdida auditiva temporal o fluctuante, se relaciona a veces con una disminución en las habilidades de discriminación y producción del habla.
- La inconsistencia de los errores en la etapa preescolar es un predictor de normalización tardía de la precisión articulatoria. Igualmente, las puntuaciones bajas en vocabulario receptivo son indicadores de recuperación más tardía.
- La relación entre mala oclusión y dificultades articulatorias es leve, se limita a la distorsión o sustitución de sonidos frontales y no se aprecian patrones diferentes según las malas oclusiones.
- Algunos estudios han relacionado factores como el estrés materno, las infecciones durante el embarazo, las complicaciones durante el parto, el parto prematuro o el bajo peso al nacer con retrasos y trastornos de los sonidos del habla.
- Las revisiones sistemáticas sobre el efecto del bilingüismo en niños con TDSH se han realizado mayoritariamente en lengua inglesa y no permiten establecer conclusiones definitivas, aunque sí se aprecian diferencias entre los monolingües y bilingües en términos de tasa y patrones de error , tanto con transferencia positiva como negativa. Además del sesgo del idioma inglés, estos estudios presentan carencias en el control de variables externas relevantes, como aspectos sociales y económicos. Hay que tener en cuenta que solo se puede considerar TDSH si las dificultades aparecen en todos los idiomas que habla el niño aunque los errores no siempre sean los mismos, a consecuencia de la variación de sonidos de un idioma a otro. Se debe valorar el contacto en cantidad y calidad con cada idioma.
- La debilidad de la lengua no es un factor etiológico del TDSH, pero sí se relaciona con las dificultades de pronunciación de los niños con trastornos motores del habla, como la disartria.

Epidemiología

Aunque los estudios tienen limitaciones por la falta de consenso en la definición del trastorno y las diferencias entre los métodos de evaluación, por investigaciones longitudinales en lengua inglesa, sabemos que la prevalencia entre los 4 y los 8 años de los trastornos graves que impactan en la inteligibilidad son del 3,6 %. En otros estudios que incluyen niños que presentan únicamente errores residuales, los valores estimados oscilan entre el 20 y el 50 %. La comorbilidad con el trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) es del 40,8 %, con las dificultades específicas de aprendizaje del lenguaje escrito del 20,8 % y con la dispraxia verbal del 0,1 %. El 91 % de los logopedas que trabajan con población escolar

en Estados Unidos atienden niños con TDSH y esta patología supone el 20 % de su carga de trabajo.

El CLC aconseja a investigadores y estudiantes realizar estudios para conocer la prevalencia local de TDSH en nuestro país.

Impacto en la vida de la persona

Los errores de pronunciación pueden generar en el interlocutor una valoración negativa del hablante. Dependiendo de la gravedad de la sintomatología, pueden afectar a los logros sociales y académicos, así como a la autoimagen y la autoestima. Además, la dificultad de expresión puede implicar restricciones en la cantidad y calidad de las interacciones verbales, dado que los interlocutores suelen ajustar a la baja los enunciados, subestimando las capacidades lingüísticas del niño. Esta circunstancia puede impactar negativamente en el desarrollo morfosintáctico y lexicosemántico, ya que limita las oportunidades para consolidar los usos más complejos del lenguaje. La reducción sintáctica y semántica puede ser una consecuencia intrínseca al trastorno o una estrategia adaptativa para favorecer el intercambio efectivo de mensajes ante la falta de inteligibilidad. Algunos interlocutores pueden encontrar simpática la forma de hablar de los niños más pequeños, lo que puede contribuir a consolidarla y complicar su corrección.

El TDSH afecta tanto a la producción del habla (d330) como a la conversación (d350), con repercusiones en la adaptación escolar (d815 Educación Preescolar y d820 Educación Escolar). También puede influir en aspectos psicosociales (b122), en la adquisición de información en la medida que limite la interacción (d132), en el aprendizaje de idiomas (d133, d134) y, potencialmente, en dificultades de aprendizaje (d137, d140, d145) y en las relaciones con extraños (d730), informales (d750) o con familiares (d760).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar sobre qué elementos inciden los TDSH.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación para expresarse

Es capaz de comunicarse de forma efectiva en la vida diaria. Aunque puede cometer errores de articulación ocasionales y mostrar una ligera imprecisión en la pronunciación, su habla sigue siendo inteligible.

Grado I: moderada limitación para expresarse

Puede resolver la demanda de la vida diaria para expresarse. Algunas veces presenta errores en la articulación, limitación leve en la precisión de la palabra, transmite sensación de discontinuidad, duda, lentitud o dificultad. Su habla puede ser ininteligible en conversaciones sobre temas descontextualizados, y puede resultar ininteligible para personas que no le conocen.

Grado II: limitación severa para expresarse

Puede resolver con poca o sin ayuda prácticamente todas las situaciones de la vida diaria, pero los errores fonéticos y fonológicos o la reducción sintáctica o semántica determinan una dificultad obvia para referirse a temas específicos. Su habla es ininteligible para desconocidos e, incluso, para personas cercanas cuando habla de temas fuera de contexto. Si utiliza lenguaje gestual se comunica con fluidez dentro de su entorno lingüístico habitual, aunque experimenta dificultades notables cuando depende exclusivamente del lenguaje oral.

Grado III: limitación grave para expresarse

Con ayuda puede resolver algunas situaciones de la vida cotidiana, aunque con ciertas limitaciones. Los errores fonéticos y fonológicos generan una dificultad notable para hablar sobre temas específicos, y a menudo experimenta fracasos al intentar expresar ideas, depende mucho del interlocutor. Su habla es ininteligible para desconocidos e, incluso, difícilmente comprensible para personas allegadas en conversaciones coloquiales. En estos casos, la persona no puede ajustarse adecuadamente a la situación comunicativa, utiliza estereotipias, repeticiones ecolàliques o expresa ideas que no tienen relación con el contexto, simplemente para mantener la comunicación. Los gestos solo le permiten referirse a aspectos concretos y directamente relacionados con el contexto.

Grado IV: limitación total para expresarse

Limitación completa para expresarse en la vida normal. La comunicación, si se efectúa, es solo a partir de expresiones incompletas o ininteligibles que obligan al interlocutor a inferir, extraer el contenido comunicativo a partir de preguntas continuas que simplifican la conversación o adivinarlo en gran medida. Si esta fuera la dificultad, podría no ajustarse en absoluto a la situación comunicativa, incluso aunque fuera capaz de reproducir frases o secuencias de habla aparentemente complejas.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para la realización del diagnóstico y los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos del habla, sea cual sea la causa que los produce. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del habla, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados

conocen las bases anatomofisiológicas del habla, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del habla o la instauración de un habla sustitutoria o de otros sistemas alternativos de comunicación.

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. A pesar de que la formación universitaria inicial es suficiente para la evaluación y el tratamiento de los TDSH, los avances en las definiciones, instrumentos y técnicas así como la diversidad de procedencias lingüísticas de los niños de nuestro entorno, justifican la necesidad de una formación continuada actualizada en este ámbito de la logopedia.

Orientación interdisciplinar

El diagnóstico y tratamiento del TDSH es esencialmente logopédico. Los logopedas pueden detectar signos de tipo neurológico o relacionados con la audición y las estructuras orofaciales, que puedan justificar las alteraciones del habla, para poder realizar las interconsultas pertinentes cuando sea necesario. En algunos casos graves, cuando el impacto en la autoimagen es muy significativo o el trastorno se relaciona con una inmadurez emocional, será necesaria la intervención de profesionales de la psicología.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

Las alteraciones de los sonidos del habla son trastornos que generan gran preocupación en los padres y madres de los niños afectados. Este hecho hace que la demanda de atención sanitaria se pueda producir de forma directa a los servicios de logopedia o por derivación del médico pediatra; en este caso deberá aportar información relativa a:

- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Tiempo de evolución de la clínica y repercusión en las actividades de la vida diaria del paciente.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Tratamientos relacionados realizados.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de los TDSH:

1. Confirmar la presencia del trastorno y realizar el diagnóstico diferencial con TDL y otras comorbilidades, como la apraxia del desarrollo del habla y la disartria.
2. Determinar la gravedad del trastorno según la inteligibilidad y el grado de precisión articulatoria.
3. Identificar las capacidades afectadas que pueden considerarse factores causales, moderadores, agravantes o que contribuyan a la persistencia del trastorno.
4. A partir de los cuatro años, y siempre que sea posible, estimar el impacto potencial en el aprendizaje del lenguaje escrito.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

La adquisición del habla es un proceso complejo, que implica la percepción del habla, el almacenamiento y la recuperación de información fonológica, la planificación y ejecución motora, así como la automonitorización articulatoria. En consecuencia, el plan de evaluación incluirá:

- → Descartar el TDL mediante pruebas tipificadas o mediante la evidencia clínica sobre el desarrollo gramatical y semántico. Si no es posible descartarlo, valorar el diagnóstico comórbido.
- → Determinar la etapa de desarrollo fonológico mediante el análisis fonológico.
- → Determinar la gravedad del trastorno mediante el grado de ininteligibilidad y la precisión articulatoria.
- → Estudiar los niveles de procesamiento de habla afectados: percepción de los sonidos del habla, repertorio fonológico generador del léxico y repertorio de estimulabilidad, inconsistencia y atipias del desarrollo.
- → Estudio del procesamiento fonológico: memoria de trabajo fonológica, conciencia fonológica (a partir de los 4 años) y conciencia del principio ortográfico (a partir de los 5 años).
- → Estudio de los aspectos anatómicos y fisiológicos que pueden ser factores agravantes y cronificar el trastorno: cribado o despistaje audiológico, exploración anatómico funcional de la boca; valoración práxica por imitación o ejecución de movimientos complejos intencionales; diadococinesias articulatorias; valoración de funciones neurovegetativas (deglución y respiración); valoración instrumental del rendimiento oral (fuerza y resistencia lingual y labial) en casos de debilidad crítica.
- → Valoración de indicadores clínicos de disartria o apraxia, si procede.

La evaluación puede incluir tanto pruebas estandarizadas como medidas del rendimiento lingüístico a través de análisis clínicos detallados, incluyendo el análisis fonológico de muestras de habla, que deben ser grabadas. Adicionalmente, se pueden realizar análisis acústicos, pruebas de percepción auditiva y de rendimiento oral, utilizando tecnología especializada o métodos de cribado. Todos estos elementos se integran en una valoración clínica para emitir el diagnóstico detallado.

Se recomienda hacer uso de la escala de inteligibilidad en contexto de McLeod como indicador de inteligibilidad. La valoración de la severidad se puede realizar mediante el Índice de Consonantes Correctas (PCC), considerado el estándar de referencia para el seguimiento del desarrollo fonológico. También se pueden utilizar otros índices posteriores, como el porcentaje de palabras completas correctas. Es importante examinar los aspectos de participación social en las entrevistas.

La efectividad del tratamiento puede evaluarse a través de cuestionarios dirigidos a familiares, como el *Therapy outcome measures for allied health practitioners in Australia* (TOM-aus), que no dependen del idioma de la persona evaluada. Entre las pruebas estandarizadas que se pueden emplear encontramos: la evaluación del desarrollo fonológico de L. Bosch, el Análisis del retraso del habla (AREHA) - Anàlisi del retard de la parla (AREPA) y la Prueba de Evaluación Fonética-Fonológica (PEFF). Para la evaluación de los aspectos relacionados con funciones ejecutivas y la metafonología pueden utilizarse algunas de las pruebas de baterías neuropsicológicas como Nepsy II, o hacer uso de estrategias adaptadas que no penalicen los errores de pronunciación, como las propuestas por Roepke.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes orientar sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los TDSH.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de los TDSH en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de autoevaluación en relación con estos aspectos:

- → Implicaciones sociales de las limitaciones del habla.
- → Limitaciones en los usos conversacionales y sofisticados del lenguaje, propios de entornos escolares.
- → Limitaciones tanto en el ámbito expresivo como en el receptivo.
- → Implicaciones en la autoimagen y la autoestima.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para la identificación de barreras contextuales y facilitadores:

- → Entorno comunicativo y oportunidades de interacciones de buena calidad.
- → Reacción del medio familiar y social ante el trastorno (según los códigos CIF e3 y e4).
- → Oportunidades de exposición al lenguaje elaborado propio de cada momento evolutivo.
- → Hábitos paratípicos orales: conductuales, de alimentación y respiración.

- Servicios, sistemas y políticas sanitarias y de educación relacionadas (e5 en la CIF).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarios de logopedia los pacientes con TDSH susceptibles de mejora con tratamiento logopédico, en su sintomatología o en el impacto del trastorno en su vida cotidiana.

La estimulabilidad y la inteligibilidad se han identificado como los predictores más eficaces para la normalización del habla en comparación con la presencia de errores atípicos y la competencia limitada en el lenguaje expresivo. En consecuencia, se aconseja otorgar prioridad dentro de los servicios de logopedia a aquellos niños que presenten niveles bajos de inteligibilidad y estimulabilidad, ya que es menos probable la remisión espontánea temprana de los signos.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente o de su familia en el proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El objetivo principal es conseguir que la persona desarrolle un habla lo más funcional posible, teniendo en cuenta el momento evolutivo y sus limitaciones estructurales y funcionales. Esto debe permitir una mejor adaptación psicológica, familiar y social.

- **Habilidades**: mejorar la funcionalidad del habla. Mejorar, en la medida de lo posible, las funciones en el procesamiento del habla y en el procesamiento fonológico como factores de riesgo de dificultades específicas del aprendizaje.
- **Actividad**: minimizar la discapacidad en la comunicación, incluyendo las estrategias compensatorias desarrolladas gracias al tratamiento.
- **Participación**: permitir la participación según las circunstancias y preferencias de cada individuo. Desarrollar habilidades y confianza social, fomentar la independencia y toma de decisiones. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- **Bienestar**: maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas, incluido el entorno familiar. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

Intervenciones preventivas

Los logopedas deben ser agentes promotores de la salud comunicativa. En el ámbito del TDSH, los logopedas pueden participar en políticas y acciones que conduzcan a la valoración del habla normativa, eficaz y propia de cada etapa del desarrollo, como un bien para la comunidad. También pueden impulsar acciones de cribado en población de riesgo, detección temprana y de educación y sensibilización para eliminación de muestras y comportamientos parentales de habla que no favorezcan el desarrollo y la participación. Por otra parte, los logopedas pueden participar activamente en la difusión del respeto hacia las personas con alteraciones del habla, evitando la creación de arquetipos ridiculizadores y burlescos del habla alterada y también respetando las variantes dialectales y diastráticas.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios de intervenciones preventivas en los TDSH.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

En las últimas décadas, se han distinguido dos enfoques para el tratamiento: clínico y naturalista. En los enfoques clínicos, los logopedas administran el tratamiento directamente al niño. Las sesiones de trabajo se realizan normalmente en su consulta, pero también podrían realizarse en el domicilio o en un despacho en la escuela. El entorno social del niño no participa activamente en el tratamiento y solamente recibe consejo y asesoramiento para entender el trastorno y, quizás, consolidar algunos

objetivos. Por el contrario, en los enfoques naturalistas, los logopedas trabajan con familiares o educadores para proporcionarles las herramientas y estrategias que constituyen el tratamiento. Este segundo enfoque se basa principalmente en el modelo centrado en la familia y en el modelo de respuesta a la intervención.

Los estudios no permiten asegurar que uno de estos enfoques (clínicos o naturalistas) tenga mejores resultados que otro en todas las ocasiones. Las investigaciones confirman que los profesionales podrían usar con efectividad ambos enfoques, diferenciando entre casos de menor y mayor gravedad.

Intervenciones en entorno clínico

El objetivo principal del tratamiento es mejorar la inteligibilidad del habla, para que no se convierta en un obstáculo en las interacciones lingüísticas y sociales. El segundo objetivo es conseguir la precisión articulatoria propia de la edad evolutiva y, en tercer lugar, mejorar las habilidades de procesamiento fonológico en los casos donde se aprecie riesgo de dificultad de aprendizaje de lectura y escritura.

La adquisición del habla es un proceso complejo que implica múltiples habilidades englobadas en el procesamiento del habla: percepción de los sonidos, su categorización en un sistema fonológico con el que formar el léxico, almacenamiento y recuperación de la información fonológica de las palabras, junto con la planificación y ejecución motora, y la automonitorización articulatoria. Estos procesos se activan en los contextos comunicativos, interaccionando con el resto de ámbitos lingüísticos, incluidos los del lenguaje escrito.

En consecuencia, el CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos de los TDSH, en función de las características del niño:

- Entrenamiento de la percepción auditiva en los casos que se compruebe que este es un factor implicado. Debe incluir las etapas de discriminación y reconocimiento de sonidos y sílabas, dentro de palabras o enunciados. Los estímulos deben ser verbales y relacionados con las dificultades observadas. En ciertos casos, especialmente en niños más pequeños o con más dificultades, puede ser útil el entrenamiento perceptivo con estímulos no verbales para mejorar la focalización de la atención en la escucha. No obstante, el enfoque principal del tratamiento debe estar en los sonidos y las estructuras fonotácticas relacionadas con el trastorno.
- Mejorar la estimulabilidad de los segmentos articulatorios accesibles, con el fin de superar la tendencia a la homonimia reductora de los casos graves en edades más tempranas.
- Focalización del tratamiento en los procesos de simplificación de habla que más impacto tengan en la inteligibilidad. En general, la intervención debe ir enfocada a los procesos de simplificación, entendidos como patrones reductores del sistema fonológico, más que a cada uno de los sonidos por separado.

- Focalización del entrenamiento en grupos reducidos de palabras clave de estructura fonotáctica cuidadosamente estudiada para que ayuden a fijar la estructura fonológica, su correspondiente huella auditiva y el programa motor asociado («los niños aprenden palabras, no sonidos»).
- Entrenamiento a partir de los 4 años de las habilidades de conciencia fonológica silábica que contribuyan al análisis, almacenamiento y recuperación de la estructura del léxico.
- Estimulación de la autopercepción sensorial y háptica para favorecer la conciencia de la articulación y el monitoreo sensorial (auditivo y cinestésico).
- Entrenamiento para la generación de programas motores estables y precisos que progresivamente se convierten en automatismos articulatorios.
- Tratamiento, si se precisa, de los factores agravantes (hábitos paratípicos y funciones orales no verbales).
- Con los niños de 5 o más años, los programas de procesamiento fonológico deben alcanzar tareas de conciencia fonémica y relacionarse con el aprendizaje incipiente de la lectura y escritura, reforzando la adquisición del principio alfabético y favoreciendo los procesos de análisis de los sonidos de las palabras.

Junto con este planteamiento habitual en la práctica clínica, podemos encontrar en la literatura de la especialidad algunas referencias a métodos o programas para la mejora de la producción de los sonidos del habla. También pueden consultarse recursos de organismos que se ocupan de la clasificación de programas de intervención siguiendo criterios de evidencia científica como: *What Works* o *ASHA Evidence Maps*. A continuación, presentamos una selección con una breve descripción extraída de Williams, McLeon y McCauley.

Estimulabilidad

La imitación de onomatopeyas se emplea para vincularlas con los programas motores de los sonidos del habla, con el objetivo de incrementar el repertorio de sonidos que el niño puede integrar al producir léxico. Se recurre a juegos diseñados para fomentar la interacción comunicativa.

Intervenciones basadas en la percepción del habla

Desde los inicios de la terapia logopédica, se ha destacado la importancia de integrar tareas de discriminación auditiva para los sonidos del habla que el niño no pronuncia correctamente, siendo esta estrategia un pilar en muchos programas actuales. Métodos como el "bombardeo auditivo", que implica la exposición repetida a vocabulario que incluye el rasgo fonológico deseado, forman parte de diversas técnicas empleadas. La evidencia científica actual sugiere priorizar los tratamientos que utilizan estímulos verbales, como sílabas o palabras, ya que los

estímulos sonoros no verbales, como sonidos musicales o de la naturaleza, no han demostrado efectividad en la transferencia hacia el habla. Asimismo, se recomienda enfocar la atención en los rasgos específicos que presentan dificultades perceptivas para el niño, dado que la transferencia de habilidades en áreas no trabajadas directamente es poco probable.

Terapia basada en ciclos

Se utiliza una estrategia que combina la estimulación sensorial con métodos de pronunciación que enfatizan la repetición de palabras clave, escogidas meticulosamente para impactar positivamente en el sistema fonológico del niño. Además, el proceso de aprendizaje se organiza en ciclos definidos por periodos de tiempo, optimizando así su eficacia.

Vocabulario básico

Se elige un conjunto de palabras basándose exclusivamente en su utilidad práctica para el niño, no en su estructura fonética. Se implementa una enseñanza explícita orientada a reducir la inconsistencia, enfatizando la importancia de que el niño reproduzca estas palabras de manera consistente, lo más cercano posible al estándar adulto. Incluso si la imitación no es perfecta, se prioriza y refuerza la consistencia en la pronunciación. Esta aproximación integra ejercicios de repetición consciente con el empleo funcional del vocabulario, solicitando para ello la participación de la familia.

Enfoque psicolingüístico

Se fundamenta en un análisis exhaustivo de las dificultades específicas de procesamiento del habla, identificando los puntos clave que enlazan la percepción auditiva con la producción articulatoria. Este método propone estrategias de intervención que no solo abordan los niveles básicos del procesamiento, relacionados con funciones y órganos sensoriales y motores, sino también los niveles complejos, como el acceso a la memoria, la organización fonológica, y la gestión y recuperación de representaciones mentales estables de la estructura fonológica de las palabras. Este modelo es especialmente útil para tratar las dificultades en las primeras etapas del aprendizaje de la lectura y la escritura que a menudo presentan los niños con TDSH.

Intervención basada en pares mínimos y en oposiciones múltiples

Los estímulos utilizados son pares de palabras que difieren únicamente en un sonido en que el niño presenta dificultades. Cuando la diferencia entre las palabras es de un único rasgo articulatorio (ejemplo: «bota-gota») se denomina terapia de «contrastes o pares mínimos». Si la variación incluye más de un rasgo (por ejemplo, «pera-pesa»), se denomina terapia de «contrastes u oposiciones

múltiples». Al enfrentar al niño a ambas palabras en ejercicios de percepción o de pronunciación, se le hace evidente que el oyente no puede entender a qué se refiere, generando así conciencia sobre la confusión que su pronunciación puede provocar. Esto motiva al niño a esforzarse para diferenciar claramente entre los sonidos, y buscar evitar la homonimia.

PROMPT (*Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets*)

Este enfoque considera que la audición, la somatosensibilidad, y la estimulación táctil juegan roles igualmente importantes en el desarrollo fonológico, usándolas a la vez en la terapia. El logopeda manipula cuidadosamente la mandíbula del niño y utiliza toques suaves en su cara para dirigir los movimientos articulatorios necesarios. Al mismo tiempo, ayuda del niño a tomar conciencia de las sensaciones que estos movimientos generan en articular los sonidos seleccionados de manera sistemática.

Intervenciones en entorno natural

Estas intervenciones se llevan a cabo mediante la colaboración activa con las familias, reemplazando la intervención directa del logopeda por una participación preparada de padres y cuidadores. Los logopedas diseñan sesiones de trabajo con los padres para ajustar comportamientos y maneras de interactuar con los niños y generar cambios que impacten positivamente en la evolución del trastorno. Se emplean grabaciones de vídeo en el hogar para monitorear a los familiares, facilitando así la retroalimentación y permitiendo la adaptación del programa según sea necesario. Estos métodos, que priorizan la implicación familiar sobre la intervención directa del profesional, no deben confundirse con la práctica habitual de proporcionar orientaciones y consejos a la familia, que suele suceder cuando el logopeda gestiona el tratamiento de manera directa.

Como ejemplo de estos enfoques se propone el *Enhanced Milieu Teaching* en su versión adaptada al trabajo con niños con TDSH y también con niños con paladar hendido. El enfoque *Milieu Teaching* es uno de los que más evidencia científica ha acumulado con niños con trastorno del lenguaje y el habla.

Enhanced Milieu Teaching with Phonological Emphasi

El método *Milieu Teaching with Phonological Emphasis* es un método de intervención que integra técnicas de enseñanza naturalistas con un enfoque específico en la mejora de las habilidades fonológicas. Este método se basa en aprovechar las oportunidades de aprendizaje que surgen en el entorno natural del niño y se enfoca en la interacción entre el niño y su medio social para fomentar el desarrollo del habla y el lenguaje. Las estrategias incluyen, entre otros, el modelado, la expansión de enunciados y la imitación, con un énfasis particular en la corrección y el enriquecimiento de los patrones fonológicos del niño.

Recomendaciones sobre la intervención

Más allá de las diversas técnicas y estrategias de intervención, el CLC orienta a los profesionales en algunas consideraciones sobre aspectos transversales de la intervención logopédica en el TDSH.

- **Duración:** las intervenciones para los TDSH se planifican con una duración ajustada a los objetivos establecidos: para los niños más pequeños se pueden definir metas realistas a corto plazo que mejoren su inteligibilidad y participación, y mitiguen el impacto negativo en su desarrollo lingüístico. En estos casos, se contempla un seguimiento y retomar la intervención intensiva más adelante si es necesario. Para los niños mayores, la intervención suele intensificarse con el fin de minimizar las repercusiones adversas en la etapa de la educación primaria y sus potenciales efectos en el rendimiento académico.
- **Dosificación:** no se han identificado diferencias significativas entre intervenciones de alta frecuencia con periodos de descanso (por ejemplo, quince días consecutivos seguidos de dos meses sin sesión) y tratamientos continuos (por ejemplo, dos días a la semana durante tres meses consecutivos).
- **Medio social:** algunos autores recomiendan llevar a cabo la intervención en el contexto escolar, involucrando a los educadores como agentes o cooperantes. Se ha comparado la eficacia de los tratamientos de enfoque clínico con los de enfoque naturalista, sin que sea posible asegurar que ninguno aporta ventajas definitivas sobre otro en cualquier circunstancia. No obstante, se ha señalado que la variable compromiso de los padres y la variable experiencia y formación de las logopedas sí que son relevantes en los resultados.
- **Tipo de intervención**: podrían desarrollarse de forma individual o en grupos pequeños, entre 3 y 5 menores, y homogéneos al menos por patología, según las necesidades de los menores y los recursos disponibles. Así pues, los tratamientos pueden ser individuales o grupales; presenciales, semipresenciales o telemáticos.
- **Riesgos asumibles en la intervención:** este tipo de intervenciones no conlleva riesgos para los participantes, ya sean pacientes o profesionales implicados. Sin embargo, no se puede ignorar un riesgo moderado de incremento en la ansiedad de los padres después de recibir el diagnóstico y durante la espera de la evolución previsible. Los padres deben ser aconsejados para evitar que sus expectativas y manifestaciones de preocupación tengan un efecto punitivo en el niño.

Cuando la intervención supone una disminución considerable del tiempo de escolarización existe un riesgo potencial derivado de la falta de horas de clase. Además, existe una posibilidad de impacto social negativo. Algunos estudios indican que las dificultades de comunicación y la

segregación en el aula para recibir apoyo escolar pueden incrementar la probabilidad de acoso escolar en estos niños.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios sobre la intervención logopédica en TDSH.

Intervenciones de mantenimiento de la función

La colaboración de los familiares es importante para reforzar los avances logrados mediante la terapia logopédica, incluso cuando su papel en el proceso terapéutico sea limitado. Los padres deben recibir información sobre las estrategias más efectivas para apoyar a sus hijos, fomentando el uso del lenguaje en diversas situaciones y contextos. De igual manera, los docentes deben estar al tanto de los progresos del niño para proporcionarle oportunidades de desarrollo adecuadas, evitando exponerlo a situaciones que no se ajusten a su nivel evolutivo.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios sobre la intervención de mantenimiento en TDSH.

Intervenciones en el entorno

Independientemente de que se elija un enfoque clínico o un enfoque naturalista, será necesario asesorar y comprometer al entorno familiar y social del niño para favorecer la generalización del tratamiento y evitar las consecuencias sociales del trastorno.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

El CLC recomienda no usar los programas basados en ejercicios de motricidad orofacial, también llamados «programas de praxias» para el tratamiento del TDSH. Durante las dos últimas décadas, se ha acumulado suficiente evidencia para desaconsejar tratar los TDSH mediante ejercicios de motricidad oral. Los conocimientos acumulados sobre el control motor demuestran que los patrones de movilidad y la organización cerebral correspondiente son diferentes para el habla y para otras funciones no verbales ligadas a la alimentación y la respiración.

Equipamiento

Para la intervención logopédica en los TDSH, el equipamiento necesario es el habitual en un servicio de logopedia. Habrá que disponer de mesas y sillas adaptadas a la edad de los pacientes, espejos de cuerpo y pequeños, depresores o guía lenguas, guantes estériles para las acciones intraorales, imágenes para denominar, juegos estructurados y materiales para el juego simbólico.

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así

lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se realiza una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad o bien cuando:

- La producción del habla del individuo es equivalente a la de personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.
- La inteligibilidad del habla del individuo no perjudica la participación en las actividades y no afecta al estado de salud, la seguridad y la independencia.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.

Orientaciones para después del alta

En el momento del alta se ofrecen al paciente y a sus familiares recomendaciones orientadas a mantener y consolidar los logros terapéuticos. Cuando se considere adecuado, se facilitará material y pautas para continuar el trabajo en el domicilio, incluyendo orientaciones sobre la comunicación y la interacción en el entorno familiar.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b1440 Memoria a corto plazo b1448 Funciones de la memoria, otras especificadas b1478 Funciones psicomotoras, otras especificadas b1560 Funciones de la percepción auditiva b176 Funciones mentales relacionadas con el encadenamiento de movimientos complejos
b2 Funciones sensoriales y dolor	b230 Funciones auditivas
b3 Funciones de la voz y el habla	b320 Funciones de articulación
b7 Funciones neuromusculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento	b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular b735 Funciones relacionadas con el tono muscular
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d1 Aprenendizaje y aplicación del conoci-miento	d115 Escuchar d330 Hablar d815 Educación preescolar d820 Educación escolar b122 Aspectos psicosociales globales d132 Adquirir información d133 Adquirir el lenguaje d134 Adquirir el lenguaje adicional d137 Adquirir conceptos d140 Aprender a leer d145 Aprender a escribir d135 Repetir
d3 Comunicación	d330 Hablar d350 Conversación

d7 Interacciones y relaciones interpersonales generales	d730	Relacionarse con extraños
	d750	Relaciones sociales informales
	d760	Relaciones familiares
FACTORES AMBIENTALES		
e3 Apoyos y relaciones	e310	Familiares cercanos
	e320	Amigos
	e325	Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	e355	Profesionales de la salud
	e360	Otros profesionales
e4 Actitudes	e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercanos
	e415	Actitudes individuales de otros familiares
	e420	Actitudes individuales de amigos
	e430	Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad
e5 Servicios, sistemas y políticas	e580	Servicios, sistemas y políticas sanitarias
	e585	Servicios, sistemas y políticas de educación y formación

Bibliografía

Aguilar Mediavilla E, Serra Raventós M. A-RE-PA. Anàlisi del retard de la parla. 4a edición. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2015.

Bosch Galceran L. Avaluació del desenvolupament fonològic en nens catalanoparlants de 3 a 7 anys. Promociones Publicaciones Universitarias; 1a ed. Barcelona, 1987. Disponible en: https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/17423

Bowen C, editor. Children's speech sound disorders, 3ra. ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2023.

Dodd B, editor. Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder. 2a ed. Londres: Whurr; 2013.

Hearnshaw S, Baker E, Munro N. Speech Perception Skills of Children with Speech Sound Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Speech, Language & Hearing Research; 2019;62(10):3771-89.

Ingram D. The measurement of whole-word productions: Journal of Child Language. Journal of Child Language. 2002; 29 (4): 713-32.

Korkman M, Kirk U, Kemp S. NEPSY-II- Batería neuropsicológica infantil. Madrid: Pearson; 2014.

Law J, Dennis JA, Charlton JJV. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2017(1):CD012490. https://doi.org.10.1002/14651858.CD012490

Lee ASY, Gibbon FE. Non-speech oral motor treatment for children with developmental speech sound disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews

2015, Issue 3. Art. No.: CD009383. https://doi.org.10.1002/14651858.CD009383.pub2 [Acceso 1 de abril de 2024].
McLeod S, Harrison LJ, McCormack J. The Intelligibility in Context Scale: Validity and Reliability of a Subjective Rating Measure. Journal of Speech, Language & Hearing Research. 2012;55(2):648-56.
McNeill B, McIlraith AL, Macrae T, Gath M, Gillon G. Predictors of Speech Severity and Inconsistency Over Time in Children with Token-to-Token Inconsistency: Journal of Speech, Language & Hearing Research. 2022;65(7):2459-73.
Perry A, Morris M, Unsworth C, Duckett S, Skeat J, Dodd K, *et al*. Therapy outcome measures for allied health practitioners in Australia: the AusTOMs. International Journal for Quality in Health Care. 2004;16(4):285-91.
Potter NL, Nievergelt Y, VanDam M. Tongue Strength in Children With and Without Speech Sound Disorders. American Journal of Speech-Language Pathology; 2019;28(2):612-22.
Roepke E. Assessing Phonological Processing in Children With Speech Sound Disorders. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups. 2024;9(1):14-34.
Rvachew S, Brosseau-Lapré F. Developmental phonological disorders: foundations of clinical practice. 2a ed. San Diego, CA: Plural Publishing, Inc; 2018.
Shriberg LD, Austin D, Lewis BA, McSweeny JL, Wilson DL. The Percentage of Consonants Correct (PCC) Metric. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 1997;40(4):708-22.
Stackhouse J, Wells B. Children's speech and literacy difficulties: A psycholinguistic framework. Londres: Wiley; 1997.
Sum To CK, McLeod S, Ka Lam Sam, Law T. Predicting Which Children Will Normalize Without Intervention for Speech Sound Disorders: Journal of Speech, Language & Hearing Research; 2022;65(5):1724-41.
Williams AL, McLeod S, McCauley RJ, editors. Interventions for speech sound disorders in children. 2a ed. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.; 2021.
What Works database - Speech and Language UK: Changing young lives [Internet]. Speech and Language UK: Changing young lives. 2023. Disponible en: https://speechandlanguage.org.uk/educators-and-professionals/what-works-database/
Ygual-Fernandez A, Cervera-Merida JF. Eficacia de los programas de ejercicios de motricidad oral para el tratamiento logopédico de las dificultades de habla. Revista de Neurologia; 2016;62 Suppl 1:S59-64.

Trastornos del desarrollo del aprendizaje

8

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos del desarrollo del aprendizaje. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 200–231. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos del desarrollo del aprendizaje. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 200–231). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para evaluar, diagnosticar e intervenir en los trastornos del desarrollo del aprendizaje, desde una perspectiva integral del lenguaje y la cognición.

2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el impacto funcional y la creación de instrumentos de evaluación e intervención adaptados a los trastornos del desarrollo del aprendizaje.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario de los trastornos del desarrollo del aprendizaje, basado en la evidencia y libre de prácticas desprovistas de base científica.

¿Qué es?

Definición

El Trastorno del Desarrollo del Aprendizaje (TDAp) se caracteriza por dificultades significativas y persistentes en el aprendizaje de habilidades académicas, como la lectura, la escritura o la aritmética. El rendimiento de la persona en una o más de estas habilidades académicas es muy inferior al que le correspondería por su edad cronológica, nivel de funcionamiento intelectual y esfuerzo educativo. No se incluyen los trastornos del desarrollo intelectual, discapacidad visual o auditiva, trastornos neurológicos, falta de disponibilidad educativa, trastornos emocionales, desconocimiento de la lengua de instrucción o adversidad social. Comporta un deterioro significativo en el funcionamiento académico o laboral. El TDAp se manifiesta cuando se enseñan las habilidades académicas durante los primeros años escolares y suele empeorar a medida que aumenta la exigencia.

La denominación de este trastorno ha ido variando a lo largo del tiempo. Las denominaciones actuales son Trastorno del desarrollo del aprendizaje, en la CIE-11, y Trastorno específico del aprendizaje, en el DSM-5.

Signos clínicos

No es posible determinar un perfil único en la población que presenta estos trastornos debido a la variabilidad y severidad en las habilidades afectadas, así como la presencia de dificultades asociadas a áreas tales como la memoria de trabajo, la percepción y las funciones ejecutivas. Además, los signos y síntomas a menudo se presentan de manera solapada y con comorbilidad, lo que dificulta la identificación de los rasgos nucleares del trastorno y la distinción entre las manifestaciones específicas, las consecuencias reactivas y otras dificultades asociadas. También se añaden las diferencias en el temperamento y la respuesta emocional, que pueden modular la expresión del trastorno y la resiliencia de la persona para sostener el sobreesfuerzo académico. Todo ello se refleja en consecuencias diversas en el ámbito educativo y en una respuesta variable a las intervenciones pedagógicas y rehabilitadoras. Tanto la CIE-11 como el DSM-5 incluyen tres trastornos diferenciados que también pueden presentarse de forma conjunta.

El TDAp con dificultades en la lectura se caracteriza por dificultades significativas y persistentes en la adquisición de habilidades académicas relacionadas con la lectura, tales como la precisión, la fluidez y la comprensión lectora. La dislexia es un término alternativo que se utiliza para describir un patrón de dificultades de aprendizaje caracterizado por problemas en el reconocimiento preciso y fluido de las palabras, a menudo acompañado de dificultades en la decodificación y la ortografía. Hay que tener en cuenta que este trastorno está influido, además de por las variables intrínsecas del individuo, por su historial de intervenciones educativas, la respuesta personal al trastorno y las circunstancias psicosociales. Aunque no siempre aparecen, es frecuente

observar respuestas emocionales adversas con implicaciones conductuales, rechazo al entorno escolar y dificultad para sostener un esfuerzo mantenido sin llegar a normalizar el nivel de exigencia académica.

El ritmo de aprendizaje de las habilidades de lectura suele ser muy lento y compromete buena parte de la etapa de educación primaria. En los casos más severos, las dificultades se hacen evidentes desde las primeras etapas de aprendizaje del código alfabético, y se manifiestan como una falta de automatización de los procesos de decodificación lectora y un retraso significativo en la adquisición de una lectura precisa. En los casos moderados, la falta de automatización se percibe más bien como una lectura lenta que como una falta de precisión, sobre todo en lenguas con ortografía transparente.

En muchos casos, las dificultades de comprensión lectora son secundarias a los problemas de decodificación y mejoran a medida que el estudiante automatiza estos procesos. En otros casos, sin embargo, se constatan dificultades para comprender la complejidad inherente a los textos escritos, que pueden estar relacionadas con dificultades en la comprensión oral de la gramática y del discurso elaborado.

El **TDAp con dificultades en la expresión escrita** se caracteriza por dificultades significativas y persistentes en la adquisición de habilidades académicas relacionadas con la escritura. Estas dificultades pueden afectar tanto a la producción manual —con una escritura lenta, poco legible o torpe, sin causa neurológica o sensorial identificable— como a la corrección ortográfica, con errores recurrentes en la conversión del sonido-grafema, la aplicación de las reglas ortográficas y la escritura de palabras conocidas. También pueden observarse problemas en la cohesión y coherencia del texto escrito. Este patrón puede llamarse alternativamente disgrafía o disortografía, según sea la manifestación predominante.

La tendencia a escribir letras o palabras enteras invirtiendo alguno de sus ejes, conocida como «escritura en espejo», no es una constante en la población con trastornos del desarrollo de la escritura, aunque se presenta con más frecuencia y persistencia que en el resto de la población.

La disortografía es un signo presente en muchos casos y se manifiesta como una dificultad severa para el aprendizaje inicial de las reglas de conversión entre sonidos y letras. Esto se traduce en errores ortográficos que afectan a sílabas con relación biunívoca entre fonema y grafema (ortografía natural). Las dificultades ortográficas más resistentes a la intervención educativa o rehabilitadora son las que dependen de reglas fonéticas contextuales, es decir, de sonidos que se representan con letras diferentes según el contexto fonético en el que se encuentran dentro de las palabras, así como las que no tienen una correspondencia fonológica directa (ortografía arbitraria). La disortografía puede ser resistente a los esfuerzos educativos y persistir durante la educación secundaria y la edad adulta.

El TDAp con dificultades en matemáticas se caracteriza por dificultades significativas y persistentes en el aprendizaje de habilidades

académicas relacionadas con las matemáticas o la aritmética. Las habilidades que se pueden ver afectadas incluyen dificultades específicas en el procesamiento numérico básico, como la representación mental de la cantidad y el sentido del número, la capacidad de establecer relaciones y series basadas en la cantidad, y la memorización de hechos numéricos. También pueden presentarse dificultades en la organización espacial de los números para la realización de operaciones aritméticas, el cálculo mental preciso, el cálculo con fluidez, el razonamiento matemático y la resolución de problemas. Además, las dificultades para resolver problemas matemáticos pueden estar relacionadas con problemas de comprensión lectora asociados a los conceptos matemáticos, a la gramática compleja y a los referentes abstractos propios de estos textos. Este patrón se puede llamar alternativamente discalculia, especialmente cuando predominan las dificultades en el procesamiento numérico y el cálculo.

Además de los signos nucleares que definen cada dificultad específica del aprendizaje, a menudo se observan otras manifestaciones asociadas que pueden tener un impacto significativo en el funcionamiento académico y emocional de la persona. Entre estas, son frecuentes la lentitud en el procesamiento de la información, las dificultades de atención y de memoria de trabajo, la baja automatización de tareas escolares, los problemas de organización y planificación, así como una baja autoestima académica y una elevada ansiedad ante las situaciones de aprendizaje. Estos signos no son criterios diagnósticos por sí solos, pero forman parte del perfil clínico y deben ser tenidos en cuenta en la evaluación y en la intervención.

La investigación reciente explica la concurrencia frecuente de las tres dificultades de aprendizaje desde el «modelo de múltiples déficits» *vs.* el «modelo de tres trastornos independientes». El «modelo de múltiples déficits» explica los trastornos del aprendizaje como el resultado de interacciones complejas entre déficits específicos de cada trastorno y factores de riesgo compartidos. Respecto a la dislexia y la discalculia, los déficits centrales propios de cada déficit (como el procesamiento fonológico o numérico) pueden sumarse en los casos de comorbilidad, y dar lugar a un perfil «aditivo». Además, se han identificado déficits en procesos cognitivos generales, como la memoria y la atención, compartidos entre ambos trastornos. Por otro lado, el «modelo de tres trastornos independientes» considera la dislexia, la discalculia y su comorbilidad afecciones diferenciadas, cada una de ellas con un perfil cognitivo propio. Según esta perspectiva, la comorbilidad se caracteriza por déficits cualitativamente diferentes o más amplios en lectura, matemáticas y procesos cognitivos generales.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
6A03	Trastorno del desarrollo del aprendizaje
6A03.0	Trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en la lectura
6A03.1	Trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en la escritura
6A03.2	Trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en matemáticas
6A03.Z	Trastorno del desarrollo del aprenendizaje, sin especificación

Causas

El TDAp no se debe a ninguna discapacidad intelectual o sensorial (visión o audición), trastorno neurológico o motor, falta de disponibilidad de educación, falta de dominio del idioma de instrucción académica o adversidad psicosocial.

Aunque actualmente su definición indica que se debe considerar de origen idiopático y aún no se han identificado de manera fiable genes específicos, hay evidencias sólidas que señalan nueve regiones del genoma con genes o material genético asociado a diferencias individuales en la lectura de palabras. De la misma manera, los patrones de activación cerebral también muestran diferencias en los niños con dislexia en comparación con sus iguales no disléxicos.

Durante las últimas décadas, se ha consolidado en la comunidad científica la hipótesis del déficit de procesamiento fonológico como explicación de la dificultad de procesamiento que subyace a la semiología de la dislexia. El procesamiento fonológico abarca tres habilidades principales: (a) conciencia fonológica, (b) memoria fonológica y (c) denominación rápida de palabras en serie.

La conciencia fonológica es la capacidad de reconocer y manipular sonidos del habla, sea en forma de fonemas individuales u otros segmentos subléxicos tales como sílabas o codas (Scarborough & Brady, 2002). La memoria fonológica (a menudo denominada bucle fonológico o articulatorio) es la capacidad de almacenar temporalmente información fonológica (Baddeley, 2003). Por último, la denominación rápida en serie es la velocidad de acceso mediante la que las representaciones fonológicas se recuperan de la memoria a largo plazo. Una serie de estudios históricos, que han sido ampliamente replicados en investigaciones posteriores, han puesto de manifiesto que tres ítems del procesamiento fonológico contribuyen a los resultados de lectura posteriores (Wagner & Torgesen, 1987), así como al crecimiento en matemáticas (Hecht *et al.*, 2001), y que la conciencia fonológica es la más robusta de las tres

medidas para predecir el rendimiento en lectura y aritmética en los cursos posteriores.

Epidemiología

Los TDAp se pueden presentar de forma aislada, aunque la comorbilidad con otros trastornos del neurodesarrollo y de salud mental es muy frecuente. No es extraño el doble diagnóstico junto con Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL), Trastorno de los Sonidos del Habla (TSH) y Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH), así como con trastornos de ansiedad, de conducta o del estado de ánimo derivados del impacto funcional y emocional de las dificultades académicas.

Los datos disponibles sobre la prevalencia de los TDAp muestran una gran variabilidad, a menudo atribuible a diferencias en los criterios diagnósticos, los puntos de corte empleados, el método de muestreo o las características de la población estudiada. Según el DSM-5, la prevalencia estimada de los TDAp se sitúa entre el 5 % y el 15 % en niños en edad escolar, con una afectación más elevada en niños que en niñas (proporción 2: 1 o 3: 1).

Entre el 20 % y el 55 % de las personas con TDL presentan también dislexia; entre el 10 % y el 20 %, trastorno de ansiedad; entre el 2 % y el 14 %, depresión; y entre el 8 % y el 18 %, TDAH. Además, los niños con dificultades iniciales en el lenguaje oral tienen más riesgo de sufrir problemas de lectura y bajo rendimiento escolar. Cabe destacar que muchos niños con dislexia —con o sin TDL comórbido— presentan déficits lingüísticos que van más allá del componente fonológico, lo que refuerza la importancia de una evaluación integral y de un enfoque de intervención ajustado a cada caso.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia local en nuestro país de los TDAp.

Impacto en la vida de la persona

Los TDAp persisten a lo largo de la vida y pueden tener un impacto significativo tanto en la escolarización como en la trayectoria personal, social y profesional de la persona. Aunque algunos niños consiguen desarrollar estrategias compensatorias y alcanzar un rendimiento académico adecuado —incluso accediendo a estudios superiores si esta es su meta—, otros acumulan altos niveles de frustración, redirigen sus objetivos hacia itinerarios con menos carga académica o presentan dificultades de autoestima y motivación.

Durante la escolarización, estas dificultades evolucionan. Mientras que algunos niños muestran una gran resistencia a la intervención, otros responden favorablemente a los soportes recibidos. El acceso al currículum escolar se ve comprometido de forma diferente según la naturaleza y la combinación de las dificultades que presentan.

En la etapa preescolar, pueden observarse signos como dificultades en la conciencia fonológica, la denominación rápida y automática, y el establecimiento de las correspondencias fonema-grafema —indica-

dores precoces de dislexia y disortografía. También son frecuentes las dificultades para comprender conceptos básicos de cantidad, tamaño, orden y secuenciación, indicativos de riesgo para la discalculia.

Durante los primeros años de primaria, los niños con dislexia pueden leer letra a letra o sílaba a sílaba, con una lectura muy lenta y costosa. En el caso de la disortografía, se producen errores ortográficos persistentes —tanto en la ortografía natural como en la arbitraria— que dificultan la comprensión de sus producciones escritas. Paralelamente, la discalculia se manifiesta en dificultades para comprender la numeración, recordar las tablas de multiplicar, realizar cálculos mentales o aplicar operaciones básicas de manera automática.

Al finalizar la escuela primaria e iniciar la secundaria, su lectura puede ganar fluidez; sin embargo, muchos alumnos optan por estrategias de compensación, tales como adivinar palabras o centrarse en las más frecuentes. La ortografía se convierte en un reto importante, especialmente en lenguas con ortografías opacas. En el caso de las dificultades matemáticas, la complejidad creciente del razonamiento matemático (problemas, álgebra o proporciones) puede acentuar el malestar y el bajo rendimiento.

En lenguas transparentes, la lentitud lectora y las dificultades ortográficas son las secuelas más comunes, y los principales marcadores de la dislexia en adultos son la precisión y la velocidad lectora. Es importante tener en cuenta que el catalán es una lengua con una ortografía más transparente que el inglés o el francés, pero menos que el castellano o el italiano. Este hecho puede influir en la manifestación y detección de las dificultades, así como en su impacto funcional.

En la enseñanza secundaria y en etapas postobligatorias, las dificultades persisten y a menudo limitan el acceso a itinerarios formativos u ocupacionales académicamente exigentes. La lentitud lectora, los errores ortográficos y las limitaciones en cálculo y razonamiento numérico pueden suponer una barrera a la hora de aprobar exámenes, llevar a cabo tareas escritas o seguir materias de contenido más abstracto.

En la edad adulta, la dislexia y la disortografía se manifiestan principalmente por dificultades en la velocidad y precisión lectora, así como en la producción escrita, especialmente en contextos laborales. La discalculia, por su parte, puede interferir en actividades cotidianas como la gestión económica, la lectura de horarios, el cálculo de gastos o la interpretación de datos numéricos.

Por todo ello, es fundamental garantizar la detección precoz, el seguimiento continuado y la implementación de adaptaciones adecuadas a las necesidades de cada persona, a lo largo de todas las etapas educativas y, si es necesario, también en el ámbito laboral.

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), las dificultades de aprendizaje pueden incidir en el aprendizaje y la aplicación del conocimiento (d1), incluidas actividades tales como leer (d166) y escribir (d170); en las tareas y demandas generales (d2); en la comunicación (d3), y en la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, se encuentran detalladas las afectaciones de los trastornos

del neurodesarrollo del lenguaje y del aprendizaje en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC recomienda a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes profundizar en la investigación para la definición de conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) que permitan identificar de manera precisa los ámbitos de funcionamiento más relevantes en los TDAp.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

El sistema que se presenta a continuación ofrece una clasificación funcional del grado de limitación en los aprendizajes instrumentales a lo largo del ciclo vital. El grado 0 recoge situaciones de riesgo evolutivo que no cumplen los criterios diagnósticos del DSM-5. Los grados I a III corresponden a los diferentes niveles de dificultad específica de aprendizaje según este sistema diagnóstico. El grado IV incluye casos de limitación muy grave que no se ajustan necesariamente a los criterios del DSM-5, aunque pueden requerir una intervención educativa y psicosocial intensiva.

Grado 0: riesgo o vulnerabilidad para el aprendizaje

Presencia de dificultades leves que pueden interferir parcialmente en el aprendizaje, aunque no cumplen criterios diagnósticos de dificultad específica de aprendizaje según el DSM-5. Indica un riesgo evolutivo o una vulnerabilidad que puede requerir seguimiento o intervención preventiva.

Ejemplos por dominio afectado:

- Lectura: dificultad leve en precisión y/o velocidad, sin impacto relevante en la comprensión. Errores ocasionales en palabras largas o poco frecuentes.
- Escritura: algunas faltas, sobre todo en palabras con dudas de ortografía arbitraria. Producción escasa de textos breves con una organización básica.
- Aritmética: dificultades puntuales en el cálculo mental o la resolución de problemas. Conservación de los conceptos numéricos básicos.

Grado I: dificultad específica de aprendizaje leve

Cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM-5 con afectación funcional leve. El individuo puede compensar parcialmente las dificultades con apoyo específico.

Ejemplos por dominio afectado:

- Lectura: baja competencia en mecánica lectora que afecta a la precisión, la velocidad y la comprensión. Mayor dificultad en pseudopalabras y textos largos. Comprensión literal parcialmente conservada; inferencial, afectada.
- Escritura: dificultades ortográficas frecuentes, especialmente arbitrarias. Textos con poca claridad o cohesión.
- Aritmética: errores en cálculo escrito, dificultades en operaciones *multistep* y en la comprensión de problemas verbales.

Grado II: dificultad específica de aprendizaje moderada

Dificultades evidentes y persistentes que interfieren significativamente en el rendimiento escolar, académico o profesional. Requiere soporte especializado continuado.

Ejemplos por dominio afectado:

- Lectura: lentificada e imprecisa, con predominio de la ruta léxica. Dificultades marcadas en la decodificación fonológica. Comprensión limitada.
- Escritura: escritos con errores ortográficos sistemáticos y estructura textual deficiente. Dificultad para expresar las ideas de manera clara y ordenada.
- Aritmética: dificultades para comprender y aplicar conceptos básicos. Cálculo muy lento y errores frecuentes en problemas sencillos.

Grado III: dificultad específica de aprendizaje grave

Rendimiento muy inferior al correspondiente por su edad o etapa. Requiere adaptaciones curriculares y soporte intensivo. Impacto importante en la autonomía académica o laboral.

Ejemplos por dominio afectado:

- Lectura: reconocimiento muy limitado de palabras (nombre propio, léxico básico). Dificultades graves en la asociación grafema-fonema.
- Escritura: producción escrita muy breve, con errores ortográficos graves. Dificultad para escribir frases completas.
- Aritmética: conocimiento numérico muy limitado. Dificultad para realizar cálculos sencillos, incluso con ayuda.

Grado IV: dificultad de aprendizaje muy grave o prácticamente total

Limitación casi total de las habilidades de aprendizaje, a pesar de las intervenciones y los soportes intensivos. Este grado puede coexistir con trastornos del neurodesarrollo, discapacidades intelectuales graves o situaciones de privación sociocultural extrema. También incluye casos de analfabetismo funcional, falta de escolarización formal o ausencia total o muy limitada de exposición a contextos de aprendizaje, ya sea por itinerarios migratorios sin acceso educativo, negligencia educativa o desconocimiento profundo y sostenido de la lengua vehicular escolar. Cuando estas situaciones generan una afectación severa de las competencias lectoras, escritoras y matemáticas, pueden requerir una intervención intensiva adaptada.

Ejemplos por dominio afectado:

- Lectura: no reconoce palabras ni letras; quizás solo su nombre con soporte visual. Ausencia de lectura funcional.
- Escritura: incapacidad para escribir palabras o frases de forma autónoma. Puede copiar palabras muy conocidas con errores graves.
- Aritmética: no hay comprensión del concepto de número ni capacidad para realizar cálculos básicos.

Rol del logopeda

El logopeda es el profesional competente para la realización de tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los TDAp, dada la profunda relación entre el lenguaje, la cognición y el aprendizaje, así como la base lingüística de estos trastornos. Asimismo, es el profesional capacitado para llevar a cabo las funciones de evaluación y diagnóstico logopédico, considerando tanto los aspectos lingüísticos como los aspectos cognitivos implicados.

Esta atribución se desprende de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas y funcionales de los trastornos específicos del lenguaje escrito y las discalculias, así como las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas más adecuadas.

La formación básica del logopeda en los estudios de grado proporciona, por tanto, la competencia necesaria para abordar de manera integral la evaluación, el diagnóstico y la intervención clínica de estos trastornos. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del lenguaje mediante procedimientos científicamente fundamentados.

Orientación interdisciplinar

La mayoría de los documentos internacionales de consenso sobre los TDAp subrayan la importancia de un abordaje terapéutico en equipos multidisciplinarios. En este sentido, es esencial la colaboración entre profesionales de la educación (profesores, psicopedagogos y pedagogos), psicólogos, médicos pediatras, foniatras, psiquiatras y logopedas, ajustando el rol de cada uno desde su perspectiva y con los procedimientos que le son propios, según las necesidades de la persona y el contexto de intervención.

El logopeda debe desarrollar estrategias de comunicación y colaboración interdisciplinaria, ya que, a lo largo de la trayectoria académica de las personas con TDAp, a menudo se llevan a cabo intervenciones complementarias en los ámbitos educativo, psicopedagógico y psicológico. Es fundamental reconocer que las atribuciones de los distintos profesionales pueden ser concurrentes y no excluyentes, y fomentar así un enfoque integral y coordinado en beneficio de la persona.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención primaria/ambulatoria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por parte del pediatra y será necesario que aporte información relativa a:

- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en el ámbito socioeducativo y en las actividades de la vida diaria del paciente.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto quirúrgicos como rehabilitadores o farmacológicos, con fecha de realización.

En el contexto de derivación desde los servicios psicopedagógicos, es necesario aportar información acerca de:

- Tiempo de evolución de la clínica.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión en el aprendizaje y en los resultados académicos.
- Repercusión en la socialización.
- Medidas compensatorias adoptadas.

Exploración clínica

El diagnóstico de las dificultades de aprendizaje se basa en la constatación de una discrepancia entre el potencial de aprendizaje y el rendimiento, y en la exclusión de causas neurológicas o del neurodesarrollo, bajo funcionamiento intelectual, trastornos emocionales o desventaja social.

La historia clínica, la anamnesis, la entrevista en profundidad y la aplicación de protocolos de cribado suelen proporcionar información clave para que el clínico pueda aplicar los criterios de especificidad y discrepancia. Si no es posible excluir alguna de estas causas, habrá que llevar a cabo pruebas de cribado adicionales o derivar al paciente a otros profesionales para una evaluación más completa en el ámbito de otras especialidades, si procede.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales relacionadas con el trastorno.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto de los

trastornos de los aprendizajes de base lingüística en la calidad de vida, incluido el impacto de las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.

→ Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de los TDAp, con fines de detección y diagnóstico, determinación del tipo de intervención logopédica, y, cuando sea oportuno, evaluar los efectos del tratamiento.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

Las pruebas específicas de rendimiento deben confirmar la existencia de una discrepancia significativa entre el potencial de aprendizaje del paciente y su rendimiento en las habilidades esperadas para su edad, en áreas como la lectura (automatización, fluidez y comprensión), la escritura (grafomotricidad, ortografía, gramática y coherencia textual) y la aritmética (cálculo, razonamiento numérico y matemático). Estas pruebas se deben considerar fundamentales e imprescindibles tanto para el diagnóstico como para la planificación del tratamiento y el seguimiento de la intervención.

Asimismo, para diseñar un tratamiento logopédico adecuado, el profesional debe llevar a cabo una evaluación de los procesos cognitivos y de las funciones ejecutivas que puedan estar implicados en las dificultades específicas de aprendizaje del paciente. Esta evaluación permite una toma de decisiones más precisa, que facilita la individualización y la eficacia del tratamiento.

Evaluación de la aptitud para los aprendizajes académicos básicos (CIF d166, d169, d172)

Lectura

El rendimiento en la lectura se evalúa mediante pruebas estandarizadas aplicadas individualmente que permitan aplicar el criterio de dificultad significativa en el aprendizaje, habitualmente tomando como punto de corte -1,5 DT. Las pruebas deben incluir: a) la automatización de la decodificación lectora y la precisión y b) la comprensión, comparando la comprensión al leer y al escuchar material lingüístico de complejidad similar. Deben incluir palabras aisladas, frases y textos. La mayoría de estas pruebas valoran la lectura en voz alta, calculan el tiempo utilizado, los errores en la decodificación y la tasa de aciertos en ítems de comprensión. Solo algunas lo hacen con lectura silenciosa, midiendo la precisión en el reconocimiento del léxico y la comprensión.

Las pruebas más utilizadas en nuestro entorno son:

- **PROLEC-R,** Batería para la Evaluación de los Procesos Lectores – Revisada**.** Versiones en castellano y en catalán (de 6 a 12 años).

- **PROLEC-SE-R**, Batería para la Evaluación de los Procesos Lectores en Secundaria y Bachillerato - Revisada. Versiones en castellano y en catalán (de 12 a 18 años).
- **T.A.L.E.C.,** Test de análisis de lectura y escritura en catalán. Adaptación del TALE al catalán, ampliamente utilizado en Cataluña en contextos escolares para edades comprendidas entre 6 y 10 años.
- **LEE** (*Lectura, Evaluación y Ejecución*), diseñado para evaluar las habilidades lectoras en niños de entre 6 y 9 años.
- **PROLEXIA,** Batería de diagnóstico diferencial (de 7 a 70 años).
- **DIS-ESP** (*Batería para el diagnóstico de la dislexia en español*), incluye el TECLE. Está normativizada para su aplicación en estudiantes de entre 7 y 12 años.
- **Pruebas de Evaluación de Comprensión Lectora (ACL).** Pruebas institucionales aplicadas por el Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya a niños y jóvenes de entre 6 y 16 años.
- **ECOMPLEC** (*Evaluación de la Comprensión Lectora*), diseñada para evaluar la competencia lectora en estudiantes de entre 9 y 16 años.
- **EDICOLE** (*Evaluación Diagnóstica de Comprensión Lectora*), aplicable entre 7 y 11 años.
- **SICOLE-R** (*Sistema de Evaluación de Comprensión Lectora - Revisado*), dirigido a alumnos de edades entre 8 y 12 años.

Escritura

El rendimiento en la escritura se evalúa mediante pruebas estandarizadas aplicadas individualmente que permitan aplicar el criterio de retraso significativo en el aprendizaje, habitualmente tomando como punto de corte -1,5 DT. Las pruebas deben incluir: a) habilidad para el grafismo, b) ortografía natural, arbitraria y dependiente del contexto, c) composición escrita: coherencia y cohesión, además de la adecuación contextual en el caso de los estudiantes de cursos avanzados.

Las pruebas más utilizadas en nuestro entorno son:

- **PROESC** (*Batería de los procesos de escritura*), de 8 a 15 años y 11 meses.
- **PROESCRI-primaria** (*Prueba de Evaluación de Procesos Cognitivos en la Escritura*), de 6 a 12 años.
- **EMLE-TALE 2000** (*Evaluación de la Escritura*), de 6 a 10 años.
- **LEE** (*Lectura, Evaluación y Ejecución*), incluye tareas que implican la escritura de palabras y pseudopalabras, y permiten inferir habilidades relacionadas con la ortografía y la correspondencia fonema-grafema en niños de 6 a 9 años.
- **PROLEXIA,** incluye subpruebas de escritura a partir de 7 años.
- **Test de dictado Entender y Hablar**, diseñado para evaluar las habilidades de escritura en niños de entre 7 y 11 años.

Cálculo

El rendimiento en las aptitudes aritméticas se evalúa mediante pruebas estandarizadas aplicadas individualmente que permitan aplicar el criterio de retraso significativo en el aprendizaje, habitualmente tomando como punto de corte -1,5 DT. Las pruebas deben abarcar tanto habilidades formales (aprendidas en el contexto escolar) como informales (desarrolladas espontáneamente), así como los procesos neurocognitivos implicados en el procesamiento numérico.

Deben incluir el **sentido numérico** básico (comparación de cantidades, subitización –reconocimiento inmediato de cantidades pequeñas-, estimación de magnitudes numéricas y representación analógica de números); **recuento y secuencia numérica** (**recuento** verbal hacia delante y hacia atrás, principios de recuento –correspondencia uno a uno, cardinalidad, orden estable– y enumeración de conjuntos); **conocimiento simbólico** (reconocimiento de cifras y símbolos numéricos, transcodificación numérica –de verbal a escrita y viceversa– y escritura y lectura de números); **cálculo y operaciones básicas** (cálculo mental –sumas y restas simples–, automatización de hechos numéricos básicos, resolución de problemas aritméticos elementales); y **representaciones múltiples del número** según el "modelo del triple código" (código analógico, código verbal y código visual-arábigo).

Las pruebas más utilizadas en nuestro entorno son:

- **TEDI-MATH** (*Test de Diagnóstico de Competencias Básicas en Matemáticas*), para escolares de entre 4 y 8 años.
- **TEMA 3** (*Test de Competencia Matemática Básica*), dirigida a niños de entre 3 y 8 años.
- **BERDE** (*Batería para la Evaluación Rápida de Discalculia Evolutiva*), dirigida a niños de entre 5 y 12 años.

Evaluación de funciones cognitivas específicas (CIF b168, b172)

La evaluación de las funciones mentales específicas y de los procesos de lenguaje y cognición implicados en los TDAp puede proporcionar información útil tanto para identificar signos confirmativos del trastorno y relacionarlo con las teorías explicativas (déficit fonológico, déficit de automatización y doble déficit) como para determinar el perfil de fortalezas y debilidades de cada persona y desarrollar tratamientos personalizados. Estas pruebas se pueden seleccionar en función de la apreciación clínica, las dudas en el diagnóstico y las características de la persona. Los logopedas deben explorar todas las funciones básicas que pueden concurrir en la persona para realizar los ajustes pertinentes en los tratamientos propios de su competencia, sin perjuicio de que a veces pueda ser conveniente la colaboración con otros profesionales.

Algunas de las pruebas estandarizadas que evalúan el procesamiento fonológico son:

- **PROLEXIA**, a partir de 4 años.
- **TECO** (*Test de Evaluación de Conciencia Fonológica*), entre los 5 años y 2 meses y los 6 años y 6 meses.
- **TFV** (*Test de Fluidez Verbal*), diseñado para una franja de edad amplia, desde niños hasta adultos, lo que permite el uso en varias etapas del desarrollo lingüístico.

Test generales para evaluar la cognición:

- **WPPSI-IV,** escala de inteligencia de Wechsler (2a 6m-7a 7m).
- **WISC-V,** escala de inteligencia de Wechsler (6a-16a 11m).
- **WNV,** escala no verbal de aptitud intelectual de Wechsler (5a-21a).
- **NEPSY- II**, batería neuropsicología infantil (3a-16a).
- **DN-CAS**, *Das & Naglieri, Cognitve Assessment System* (5a-17a).
- **K-ABC,** batería de evaluación para niños de Kaufman (2a 6m-12a 6m).
- **BAS-II,** *Escalas de Aptitudes Intelectuales* (2a 6m-17a 11m).
- **K-BIT**, test breve de inteligencia de Kaufman (4a-90a).
- **Raven's 2,** *Matrices progresivas* (4a-69a 11m).

Lenguaje oral

La evaluación de la competencia lingüística a través del lenguaje oral, sin la mediación del lenguaje escrito, tiene como objetivo determinar si las dificultades en la comprensión lectora se explican exclusivamente por déficits en los procesos de decodificación. También hay que averiguar si estas dificultades incluyen limitaciones en el procesamiento de la complejidad lingüística propia del lenguaje escrito, más allá de los usos comunicativos básicos. La evaluación clínica debe centrarse en las siguientes áreas:

- La comprensión literal e inferencial.
- Las relaciones semánticas.
- La comprensión profunda del vocabulario.
- El razonamiento verbal.
- La comprensión del discurso.

Asimismo, hay que explorar las relaciones entre el lenguaje oral y escrito y los aprendizajes matemáticos, con el objetivo de determinar la naturaleza y el alcance de las dificultades en este ámbito. Estas conexiones entre lenguaje y matemáticas son especialmente relevantes en el contexto de las dificultades de aprendizaje, ya que pueden interferir en la consolidación de competencias básicas si no son detectadas y abordadas adecuadamente. Según Espinoza e Ygual (2021), estas relaciones se pueden analizar en diferentes niveles:

- **Lenguaje y habilidad de recuento:** se refiere al aprendizaje de las palabras que se utilizan para numerar. Implica conocer el nombre de los números y la secuencia de las etiquetas verbales, proceso que se desarrolla aproximadamente entre los 2 y los 6 años.

- **Lenguaje y dominio del sistema numérico:** comprende la capacidad de leer y escribir números de forma correcta.
- **Lenguaje y resolución de algoritmos matemáticos:** incluye la etapa de adquisición de los hechos numéricos, entendida como la capacidad de adquirir, retener y recuperar, desde la memoria a largo plazo, datos básicos suficientemente automatizados para que permitan cálculos más complejos.
- **Lenguaje y resolución de problemas matemáticos**: implica la capacidad de traducir información oral o escrita al lenguaje matemático para poder resolverla, lo que requiere una comprensión adecuada del enunciado y conocimientos lingüísticos suficientes.

Instrumentos y protocolos para el cribado

Se trata de instrumentos para facilitar observaciones sistemáticas basadas en listas de verificación de ítems. Pueden ser útiles para recabar la información inicial del entorno escolar y familiar o para comprobar los efectos del tratamiento mediante observaciones distanciadas en el tiempo.

- **PRODISCAT** (Herramientas para la Evaluación de la Lecto-escritura), publicado por el Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya y elaborado por el Col·legi de Logopedes de Catalunya (de 5 a 18 años).
- **PACBAL** (Prueba de Evaluación de los Componentes Básicos del Aprendizaje de la Lectura), del Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya.
- **PRODISLEX** (*Protocolos de Detección y Actuación en Dislexia*) (de 3 a 18 años).
- **PROLEXIA.** Batería de detección precoz (de 4 a 6 años).

Evaluación mediante la Respuesta a la Intervención y La Evaluación Dinámica

La Respuesta a la Intervención (RI) y la Evaluación Dinámica (ED) son enfoques complementarios en la evaluación de los TDAp. La RI se fundamenta en un modelo de intervenciones progresivas y en la monitorización continua del progreso del alumno, con el objetivo de identificar qué niños no responden adecuadamente a la enseñanza habitual. Por su parte, la ED se centra en la evaluación del potencial de aprendizaje a través de una intervención directa, observando la respuesta inmediata del niño ante la mediación pedagógica y valorando posteriormente el cambio.

Este enfoque combinado ayuda a determinar si las dificultades se explican por una falta de instrucción o por un trastorno de aprendizaje, y aporta información clave sobre qué soportes y estrategias pueden beneficiar más a cada persona, orientando una intervención realmente personalizada.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los TDAp.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

Hay que tener en cuenta el impacto funcional y el rendimiento en las pruebas a la hora de identificar las necesidades del niño. La evaluación del impacto de los TDAp en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. En el momento de publicación de este documento, no se conocen pruebas de autoevaluación en relación con estos aspectos.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para la identificación de barreras contextuales y facilitadores. La identificación de dichas barreras y facilitadores ayuda al logopeda a determinar el potencial de uso efectivo de técnicas y estrategias compensatorias. Utilizando los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades, encontramos el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125) y los servicios sanitarios (e5800).

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

Los criterios de inclusión se fundamentan en las directrices internacionales de clasificación diagnóstica (como el DSM-5 y la CIE-11), que establecen la necesidad de una valoración clínica especializada para interpretar los resultados, integrar la información recogida y determinar la indicación terapéutica. Asimismo, se adopta una actitud preventiva, dada la relación riesgo-beneficio altamente favorable de la intervención logopédica.

El tratamiento está indicado tanto en situaciones de diagnóstico formal como en casos de dificultades funcionales claras o perfiles de riesgo, independientemente de la edad, gravedad o comorbilidad.

Principales indicadores de riesgo en preescolar y primeros cursos de primaria (intervención preventiva):

- Presencia de factores de riesgo: antecedentes familiares, trastornos del lenguaje o sospecha/comorbilidad con TDAH.
- Dificultades emergentes en la conciencia fonológica, correspondencia sonido-grafema, automatización lectora o primeros

conceptos numéricos en comparación con niños con escolarización similar.
- Poca exposición a interacciones lingüísticas o matemáticas significativas.
- Baja respuesta a un programa de intervención individualizada e intensiva durante al menos seis meses.

A partir del tercer curso de primaria:
- Dificultades específicas en lectura, escritura y/o cálculo con afectación funcional significativa.
- Presencia de dificultades persistentes que justifican tratamiento, con o sin diagnóstico formal.
- Cumplimiento de los criterios diagnósticos internacionales, que combinan datos psicométricos con juicio clínico experto para determinar la necesidad de intervención.

Etapas posteriores (secundaria, superior, vida adulta):
- Dificultades persistentes que interfieren en el rendimiento académico, profesional o funcional.
- Demanda explícita de soporte y valoración positiva del beneficio esperado.
- Interés terapéutico enfocado al desarrollo de estrategias compensatorias, uso funcional de la tecnología y autonomía en tareas escritas o matemáticas.

Criterios para la regulación del tratamiento

Los tratamientos para las dificultades de aprendizaje suelen ser largos y requieren constancia. Por ello, es importante ajustar la intensidad y la frecuencia a las necesidades de cada persona y a la evolución del proceso.

Este ajuste debe tener en cuenta no solo criterios clínicos, sino también el contexto personal, familiar y escolar. Los objetivos deben acordarse con la familia o con el propio paciente, y revisarlos cuando convenga. Compartir la toma de decisiones favorece la implicación y ayuda a mantener la continuidad del tratamiento.

Se puede plantear un cambio en la intensidad cuando:

→ El paciente no puede seguir el ritmo de sesiones previsto.
→ La familia no puede garantizar la adherencia al tratamiento.
→ Hay factores externos que interfieren (cambios en casa, problemas escolares...).
→ Se han alcanzado los objetivos fijados.
→ La condición del paciente no permite seguir con el mismo enfoque.

Regular la intensidad no significa abandonar la intervención, sino adaptarla para que sea viable y útil para la persona y su entorno.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos de la intervención deben ajustarse al momento evolutivo. El tratamiento debe tener un enfoque progresivo, funcional y centrado en la persona.

- En educación primaria, el objetivo principal es potenciar al máximo las habilidades de lectura, escritura, cálculo y razonamiento matemático mediante programas estructurados, intensivos y adaptados al perfil de dificultades de cada alumno.
- En educación secundaria, estas habilidades deben aplicarse a la vida académica y tener un impacto real en el aprendizaje, favoreciendo la participación, la comprensión y la adquisición de conocimiento. El desarrollo de la autonomía, la organización y las estrategias de compensación son clave en esta etapa.
- En educación superior y en la edad adulta, los objetivos se orientan a garantizar que las dificultades no limiten el potencial de estudio, la participación laboral ni la vida cotidiana, priorizando la funcionalidad: una comunicación escrita eficaz, el cálculo práctico y el uso de herramientas tecnológicas que favorezcan la autonomía.

En todas las etapas, es esencial prevenir el fracaso escolar y la espiral de desánimo. La intervención debe reforzar la confianza, la motivación y la percepción de competencia de la persona, para evitar que las dificultades se conviertan en una barrera para su desarrollo personal, educativo o profesional.

En la mayoría de los casos, el objetivo terapéutico no es eliminar completamente la dificultad, sino compensar sus efectos y ofrecer herramientas para que la persona pueda funcionar con eficacia en los contextos relevantes de su vida. El enfoque compensatorio debe ser realista, orientado a resultados funcionales y compatible con los objetivos y valores de cada individuo.

Intervenciones preventivas

La prevención es clave para reducir el impacto de los TDAp. Los datos actuales muestran que es posible detectar indicadores de riesgo durante la educación infantil, antes de que las dificultades se manifiesten plenamente, especialmente cuando hay antecedentes familiares o signos iniciales en el lenguaje y el habla, la conciencia fonológica o el sentido numérico.

Aunque la detección temprana puede conllevar falsos positivos, en general, el impacto de una intervención preventiva es beneficioso y no perjudicial, incluso en niños que finalmente no desarrollan un trastorno. La investigación avala el uso de criterios de riesgo para actuar antes de un diagnóstico formal y así evitar la escalada de dificultades.

Modelos de prevención educativa

En el ámbito educativo, se recomienda aplicar modelos de Respuesta a la Intervención (RTI por sus siglas en inglés, *Response to Intervention*), que permiten identificar y abordar precozmente las dificultades de aprendizaje mediante intervenciones graduadas según la respuesta del alumnado. Estos modelos permiten detectar a los alumnos con respuesta insuficiente a la intervención universal, y evitar tanto el infradiagnóstico como la asignación innecesaria de un diagnóstico formal demasiado pronto.

Intervenciones preventivas con evidencia

Las estrategias más recomendadas en la prevención son:

- Entrenamiento de la conciencia fonológica y el principio alfabético.
- Actividades guiadas para mejorar la percepción auditiva y visual, la memoria fonológica y la relación letra-sonido.
- Introducción temprana del vocabulario escolar básico y del sentido numérico.
- Materiales y metodologías multisensoriales adaptadas a niños con riesgo.
- Soporte en el aula con actividades colectivas de lectura compartida, juegos fonológicos y actividades de numeración inicial.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios de intervenciones preventivas en los TDAp.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

Tratamiento de los TDAp con dificultades en la lectura

Las intervenciones deben ser sistemáticas, sostenidas e intensivas, con práctica frecuente. La identificación e intervención precoz mejoran notablemente el pronóstico y evitan la espiral negativa de fracaso académico y baja autoestima. El tratamiento debe basarse en una evaluación individualizada, con objetivos flexibles según la evolución.

La enseñanza debe ser explícita, con instrucciones claras, modelado de estrategias, práctica guiada y retroalimentación constante. Las tareas de lectura deben tener un propósito funcional y conectar con los intereses del alumno, favoreciendo su implicación: la finalidad no es que «le guste leer», sino que encuentre sentido a lo que lee.

Hay que subrayar que no existe ninguna intervención eficaz sin práctica directa de las habilidades afectadas. Leer, escribir o calcular son condiciones necesarias para mejorar estas competencias. La evidencia descarta enfoques basados exclusivamente en procesos generales como la memoria, la motricidad o la atención si no se acompañan de instrucción específica.

Infancia

En esta etapa se trabajan los fundamentos de la lectura. Las intervenciones con mayor evidencia son:

- Desarrollo de la conciencia fonológica combinada con la enseñanza de la correspondencia sonido-grafema.
- Enseñanza explícita y secuencial de las reglas de decodificación.
- Métodos multisensoriales estructurados (como Orton-Gillingham) que refuerzan la conexión fonema-grafema.

Una vez alcanzada una base en decodificación, se recomienda entrenar la fluidez mediante la lectura repetida, la lectura guiada con retroalimentación y técnicas de cronometraje para mejorar la velocidad sin comprometer la precisión. A partir del ciclo medio, deben introducirse estrategias de comprensión como el trabajo de vocabulario, las inferencias y los resúmenes.

Adolescencia

Las intervenciones deben adaptarse a materiales más complejos y tener en cuenta la motivación, a menudo afectada por años de dificultades. Aunque las mejoras son más modestas, la intervención sistemática sigue siendo efectiva. Estas prácticas no eliminan totalmente las dificultades, pero mitigan su impacto en el rendimiento académico y facilitan el aprendizaje de contenidos.

Los programas más eficaces combinan:

- Trabajo fonológico y de fluidez con materiales apropiados a la edad.
- Estrategias de comprensión y técnicas de estudio como el resumen o la elaboración de preguntas.
- Estrategias de motivación y autorregulación (objetivos personales, elección de lecturas y retroalimentación positiva).
- Recursos tecnológicos (texto a voz, audiolibros y apuntes digitales) como soporte para acceder al currículo mientras se trabaja la lectura.

Edad adulta

Aunque menos habituales, las intervenciones pueden ser útiles si se orientan a objetivos funcionales. Los adultos pueden mejorar habilidades concretas como la ortografía o la caligrafía a través de:

- Cursos de alfabetización y escritura funcional centrados en tareas reales (correos, formularios).
- Entrenamiento en caligrafía para mejorar su legibilidad.
- Talleres de escritura con soporte tecnológico (dictado por voz, correctores automáticos, plantillas digitales).

Estas intervenciones, a pesar de tener una evidencia limitada, están bien valoradas por su aplicabilidad e impacto en la autonomía.

Tratamiento de los TDAp con dificultades en la expresión escrita

Infancia

Durante esta etapa, las dificultades pueden afectar tanto a la forma como a la corrección del texto escrito. Las intervenciones con mayor base empírica para la **disgrafía** se basan en:

- Práctica frecuente y guiada de trazados con retroacción inmediata.
- Supervisión de la postura, la pinza digital y el movimiento gráfico.
- Actividades de escritura significativas que integren las habilidades motrices trabajadas.

En cuanto a la **disortografía**, son efectivas las intervenciones que combinan:

- Enseñanza explícita de correspondencias sonido-grafema y reglas ortográficas básicas.
- Trabajo sistemático de patrones morfológicos y ortografía de derivados.
- Aprendizaje visual y semántico de palabras de uso frecuente con soporte mnemotécnico.
- Estrategias de autocorrección y revisión estructurada.

Adolescencia

Las dificultades de escritura a menudo persisten en esta etapa, por lo que hay que adaptar las intervenciones al perfil y contexto académico del alumno.

Para la **disgrafía**, se recomienda:

- Introducción progresiva de la mecanografía como alternativa funcional.
- Soporte en la planificación y revisión de textos, con enfoque en la organización del contenido.

En el caso de la **disortografía**, son útiles:

- Consolidación de reglas ortográficas y morfológicas mediante escritura contextualizada.
- Uso de tecnología de soporte (correctores y predicción de texto) como recurso complementario.
- Estrategias metacognitivas para revisar y autorregular la producción escrita.

Edad adulta

La intervención debe estar orientada a objetivos prácticos y la autonomía en tareas de escritura cotidiana.

En casos de **disgrafía**:

- Se prioriza el uso de procesadores de texto y dictado por voz como herramientas principales de comunicación escrita.

En casos de **disortografía:**

- Se recomienda el soporte tecnológico para la corrección y revisión (lector de pantalla y corrector automático), la práctica guiada en contextos reales y la enseñanza de estrategias adaptadas a sus necesidades.

Tratamiento de los TDAp con dificultades en matemáticas

Infancia

Las intervenciones más eficaces parten de la enseñanza explícita y estructurada de conceptos numéricos y operativos. Los elementos clave son:

- Instrucción sistemática de las operaciones básicas y el valor posicional.
- Actividades orientadas al desarrollo del sentido numérico y las relaciones entre cantidades.
- Uso de materiales manipulativos (como regletas o bloques base diez) ligados a representaciones simbólicas.
- Programas digitales adaptativos que refuerzan los aprendizajes mediante práctica interactiva.

Adolescencia

En esta etapa, a menudo es necesario recuperar conocimientos fundamentales mientras se da apoyo a los contenidos curriculares más avanzados. Son útiles:

- Reaprendizaje de conceptos básicos con soporte visual y guiado.
- Tutorización personalizada para abordar contenidos como fracciones, ecuaciones o geometría.
- Uso estratégico de tecnologías de soporte (calculadoras y *apps* visuales) que reducen la carga cognitiva y facilitan la comprensión.

Edad adulta

El objetivo principal es la funcionalidad matemática en contextos reales. Se recomienda:

- Enseñanza aplicada a situaciones cotidianas como presupuestos, porcentajes, conversiones o gestión del dinero.
- Entrenamiento en el uso de tecnologías accesibles (calculadoras, aplicaciones financieras y plantillas digitales).
- Desarrollo de estrategias para ganar confianza y seguridad en las tareas numéricas habituales.

Programas con evidencia científica

En el ámbito de la intervención logopédica en TDAp hay pocos programas de intervención que dispongan de niveles de alta recomendación. Muchos de ellos presentan evidencia escasa o controvertida, y muy pocos han sido replicados en diferentes contextos. Presentamos tres programas de alta calidad que aún no están a disposición de usuarios en lengua catalana o castellana.

- **RAVE-O** (*Retrieval, Automaticity, Vocabulary, Engagement with Orthography*): programa de intervención centrado en la fluidez lectora, desarrollado por Maryanne Wolf. Incorpora componentes de procesamiento semántico, morfosintáctico,

ortográfico y fonológico para mejorar la lectura automatizada y comprensiva.
- ***Number Race*** (Dehaene *et al.*): programa digital desarrollado para entrenar el sentido numérico y las habilidades básicas de cálculo en niños con dificultades en matemáticas. Ha sido validado en varios estudios internacionales y se basa en la teoría del triple código del procesamiento numérico.
- ***Catch Up Numeracy*** (Holmes y Dowker, Universidad de Oxford): programa de intervención centrado en el desarrollo de estrategias numéricas personalizadas. Ha demostrado eficacia en diversos estudios y destaca por su estructura flexible y el enfoque individualizado. Este programa es especialmente recomendable por su calidad y fundamentación.

Aplicaciones y métodos para trabajar los diferentes procesos de lectura, escritura y matemáticas:

- **Smartick lectura:** herramienta orientada a trabajar la lectura desde edades tempranas (cuatro años), con el objetivo de prevenir dificultades.
- **Tradislexia**: videojuego en 3D creado en la Universidad de La Laguna, que pretende entrenar todos los procesos cognitivos implicados en la lectura y afectados en la dislexia.
- **Galexia:** aplicación educativa para mejorar la **dislexia** y las dificultades en el lenguaje oral, así como para conseguir fluidez lectora en personas de todas las edades, tanto niños como adultos. Esta aplicación forma parte del programa de intervención de Serrano y colaboradores validado científicamente. Combina los métodos de lectura repetida y lectura acelerada para mejorar las habilidades lectoras.
- **Ubinding:** aplicación desarrollada en la Universidad de Barcelona, destinada a la detección, prevención y mejora de las habilidades lectoras.
- **Diverlexia:** método creado por Carmen Silva, que ofrece recursos estructurados para intervenir en dificultades lectoras desde un enfoque fonológico y multisensorial.
- **Método Glifing**: programa de entrenamiento lector creado por Montserrat Garcia, basado en la lectura repetida y el entrenamiento personalizado a través de una plataforma digital. Está pensado para niños con dificultades de lectura y dislexia.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios sobre la intervención logopédica en los TDAp.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Teniendo en cuenta la duración y la complejidad de los tratamientos, una estrategia de intervención continua puede no ser siempre necesaria ni sostenible. Por este motivo, se recomienda considerar intervenciones de

mantenimiento, que alternen períodos activos con fases de seguimiento, especialmente cuando se ha logrado una mejora funcional relevante.

Estas intervenciones de mantenimiento permiten pausar temporalmente la intervención y retomarla si vuelven a aparecer dificultades o si aumentan las exigencias del entorno, como en cambios de etapa educativa o en el acceso al mundo laboral.

También es recomendable realizar controles evolutivos periódicos, especialmente en transiciones escolares, pues algunas dificultades pueden aparecer tardíamente cuando se requieren más habilidades de lectura, escritura o cálculo.

Estas estrategias de mantenimiento tienen la ventaja de evitar tanto el abandono prematuro como la sobreintervención, y favorecen un uso racional de los recursos, centrándose en el apoyo cuando realmente es necesario.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención de mantenimiento en los TDAp.

Intervenciones en el entorno

Los TDAp deben abordarse no solo mediante intervenciones directas, sino también actuando en el entorno educativo y familiar, que desempeña un papel fundamental en el progreso y la participación del alumno. Acompañar al niño o adolescente en su contexto cotidiano es esencial para reducir barreras y favorecer el uso funcional de las habilidades trabajadas.

Entorno escolar

Para que el centro educativo sea un espacio facilitador del aprendizaje se recomienda:

- Adaptaciones metodológicas y curriculares, como ampliar el tiempo de las actividades escritas, reducir la carga lectora o permitir el uso de soportes tecnológicos.
- Desdoblamientos, soporte dentro del aula y agrupamientos flexibles, que permitan atender mejor las necesidades individuales sin aislar al alumno.
- Uso de estrategias visuales y verbales para enseñar conceptos y habilidades, sin reducir los criterios educativos.
- Evaluación personalizada que tenga en cuenta las necesidades del alumnado y utilice procedimientos alternativos cuando sea necesario.
- Colaboración con el EAP y otros servicios educativos y sanitarios, para garantizar un abordaje integral y coherente.
- Formación específica del profesorado en dificultades de aprendizaje y estrategias de inclusión.
- Intercambio regular de información entre la escuela, las familias y otros profesionales implicados (logopedas, pediatras, servicios de orientación, etc.).

Entorno familiar

La familia debe ser un agente activo e informado durante todo el proceso. El objetivo no es sustituir la intervención especializada, sino crear un entorno coherente y sensible que favorezca el éxito de la intervención y la adaptación académica y social. Es importante:

- Ofrecer información clara y accesible sobre el trastorno y las estrategias recomendadas.
- Fomentar rutinas de lectura, escritura y cálculo en un ambiente positivo, sin presión ni comparaciones.
- Adecuar el espacio de estudio y facilitar el acceso a materiales adaptados.
- Utilizar tecnología de soporte en casa, como libros electrónicos, lectores de texto, grabadoras de voz o aplicaciones educativas.
- Coordinarse con la escuela y los profesionales para reforzar en casa las habilidades trabajadas.
- Prestar atención al impacto emocional y motivacional que pueden tener las dificultades en la autoestima y la autoconfianza del niño.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

En la intervención de los TDAp es fundamental distinguir las prácticas fundamentadas en la evidencia de aquellas que, a pesar de ser populares, carecen de apoyo científico. Algunas propuestas se difunden con promesas exageradas, sin validar su eficacia ni ajustarse a las necesidades concretas de cada trastorno.

Entre las prácticas más comunes, pero desaconsejadas, están las terapias visuales y las lentes de colores, el entrenamiento de integración auditivo aislado (como Fast ForWord), los programas basados en la función cerebelosa, la lectura ultrarrápida, la musicoterapia aplicada como tratamiento principal, las técnicas de integración sensorial, la enseñanza precoz sistemática antes de la madurez lectora o el uso exclusivo de tecnología sin orientación. Todas ellas han demostrado poca o nula utilidad y pueden ser contraproducentes.

Estas intervenciones suelen compartir características tales como:

→ Basarse en teorías no reconocidas científicamente.
→ Aplicarse a múltiples trastornos sin especificidad ni adaptación.
→ Prometer mejoras rápidas con mínimo esfuerzo.
→ Omitir la necesidad de enseñanza explícita y práctica guiada.
→ Ser fáciles de utilizar sin formación específica.

También son poco útiles las estrategias que sustituyen el trabajo específico en lectura, escritura o cálculo por ejercicios generales (como atención, memoria o motricidad) sin contenido funcional ni transferencia. Asimismo, el abandono de la intervención en la adolescencia o la edad

adulta porque se considera que «ya es demasiado tarde» es contrario a lo que demuestra la evidencia.

De momento, hay que evitar métodos experimentales no validados —como la estimulación cerebral no invasiva o programas informáticos comerciales sin revisión— hasta que se disponga de resultados sólidos. Aplicar estas técnicas puede restar tiempo y recursos a las intervenciones.

Equipamiento

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a disponer de espacios y recursos adaptados para intervenir con eficacia en personas con TDAp. Tanto el entorno como los materiales deben responder a las necesidades evolutivas, funcionales y contextuales de cada etapa del desarrollo.

Es fundamental que los materiales se ajusten a la edad y etapa educativa, para evitar la infantilización, especialmente en adolescentes y adultos. Además, deben ser respetuosos con la diversidad cultural, lingüística y de género, y favorecer la implicación sin necesidad de forzar que disfrute: no se trata de que «le guste», sino de que encuentre interés y sentido en lo que hace.

El equipamiento recomendado es el siguiente:

- Material visual, manipulable y textual para trabajar la lectura, la escritura y el cálculo.
- Diversidad de soportes para la escritura: papel, pizarras, teclados y dispositivos digitales.
- Tecnología educativa específica, como tabletas, ordenadores y aplicaciones interactivas.
- Herramientas de accesibilidad: dictado por voz, correctores automáticos, lectores de pantalla, audiolibros.
- Material tradicional y digital combinado según los objetivos terapéuticos.
- Pruebas e instrumentos de evaluación validados, para el diagnóstico y seguimiento evolutivo.

Los recursos deben facilitar también la **implicación de las familias y la coordinación entre profesionales** (docentes, EAP y terapeutas), contribuyendo a una intervención coherente, sostenible y centrada en la persona.

Información de alta

Requisitos de alta

El alta se debe basar en una evaluación funcional completa, que permita valorar la evolución del paciente a lo largo del proceso de intervención. Esta evaluación puede incluir las mismas pruebas aplicadas inicialmente, así como otros indicadores relevantes para evaluar el impacto del tratamiento en las habilidades de lectura, escritura y cálculo.

Se considera que el tratamiento puede concluir cuando:

- La evolución muestra una mejora significativa y estable, con logro de los objetivos acordados.
- Las tareas terapéuticas se han convertido repetitivas y poco eficientes, o ya no generan cambios relevantes.
- El paciente ha alcanzado el máximo nivel funcional esperable dada su situación clínica.
- Las dificultades ya no interfieren significativamente en su participación académica o laboral.
- La persona presenta estrategias compensatorias consolidadas que le permiten gestionar las dificultades de forma autónoma.
- El contexto educativo o familiar está preparado para dar continuidad al soporte, si procede, de manera naturalizada.

Es importante que la decisión del alta sea compartida con la persona atendida (y la familia, en su caso), teniendo en cuenta su percepción de cambio, las expectativas y las condiciones del entorno.

Orientaciones para después del alta

A pesar de la conclusión formal del tratamiento, es fundamental ofrecer orientaciones para garantizar la continuidad de los aprendizajes y prevenir las regresiones. Por ejemplo:

- Recomendaciones concretas para el hogar y el entorno educativo o laboral, con estrategias de soporte y adaptaciones funcionales.
- Indicadores de alerta para que la persona o la familia puedan detectar signos de dificultades recurrentes o nuevas demandas.
- Orientación sobre recursos externos, como refuerzo escolar, servicios de apoyo a la inclusión o formación profesional específica.
- Propuestas de seguimiento evolutivo, especialmente en etapas de cambio (paso a secundaria, acceso a estudios superiores, incorporación laboral...).
- Acceso abierto a futuras consultas, si se detectan nuevas necesidades o si se agrava alguna dificultad.

El alta no debe ser entendida como un cierre definitivo, sino como un punto de transición hacia una mayor autonomía, con criterios claros de continuidad y soporte.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales específicas	b168 Funciones mentales del lenguaje b172 Funciones relacionadas con el cálculo
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d140 Aprender a leer d145 Aprender a escribir d150 Aprender a calcular
	d166 Leer d169 Escribir d172 Calcular
d3 Comunicación	d325 Comunicación-recepción de mensajes escritos
	d345 Mensajes escritos
d8 Áreas principales de la vida	d815 Educación preescolar d820 Educación escolar d825 Formación profesional d830 Educación superior d840 Aprendizaje (preparación para el trabajo) d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo
FACTORES AMBIENTALES	
e1 Productos y tecnología	e130 Productos y tecnologías para la educación
e3 Apoyo y relaciones	**e310 Familiares cercanos** **e355 Profesionales de la salud** **e360 Otros profesionales**
e5 Servicios, sistemas y políticas	e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación

Bibliografía

Arco-Tirado JL, Fernández-Martín FD, Hervás-Torres M, Jiménez-Fernández G, Calet N, Defior S, Neitzel AJ, Slavin RE. A best-evidence synthesis and meta-analysis on effective reading programs in Spanish. Rev. Educ. Res., 2024;94(1), 1-35. https://doi.org/10.3102/00346543241297668

Arias-Gundín O, García Llamazares A. Efficacy of the RtI model in the treatment of reading learning disabilities. Educ. Sci. 2021;11(209). https://doi.org/10.3390/educsci11050209

Berninger VW, Wolf BJ. Dyslexia, dysgraphia, OWL LD, and dyscalculia: Lessons from science and teaching (2.ª ed.). Brookes Publishing; 2020.

Espinosa-Pastén L, Ygual-Fernández A. El lenguaje como precursor del aprendizaje matemático en Educación Infantil y Escolar. La Serena (Chile): Editorial Universidad La Serena; 2021.

Espina E, Marbán JM, Maroto AI. Half a century of study to understand dyscalculia and its research trends. REIDOCREA. 2024;13(37), 530-576.

Galuschka K, Görgen R, Kalmar J, Haberstroh S, Schmalz X, Schulte-Körne G. Effectiveness of spelling interventions for learners with dyslexia: A meta-analysis and systematic review. Educ. Psychol. 2020;55(1), 1-20. https://doi.org/10.1080/00461520.2019.1659794

Georgiou GK, Martinez D, Alves Vieira AP, Guo K. Is orthographic knowledge a strength or a weakness in individuals with dyslexia? Evidence from a meta-analysis. Ann. Dyslexia, 2021;71(1), 5-27. https://doi.org/10.1007/s11881-021-00220-6

Hall C, Dahl-Leonard K, Cho E, Solari EJ, Capin P, Conner CL, Henry AR, Cook L, Hayes L, Vargas I, Richmond CL, Kehoe KF. Forty years of reading intervention research for elementary students with or at risk for dyslexia: A systematic review and meta-analysis. Read. Res. Q., 2022;58(2), 285-312. https://doi.org/10.1002/rrq.477

Parrila R, Dudley D, Song S, Georgiou GK. A meta-analysis of reading-level match dyslexia studies in consistent alphabetic orthographies. Ann. Dyslexia, 2020;70(1), 1-26. https://doi.org/10.1007/s11881-019-00187-5

Rehfeld DM, Kirkpatrick M, O'Guinn N, Renbarger R. A meta-analysis of phonemic awareness instruction provided to children suspected of having a reading disability. Lang. Speech Hear. Serv. Sch., 2022;53(4), 1177-1201. https://doi.org/10.1044/2022_LSHSS-21-00160

Sadusky A, Berger EP, Reupert AE, Freeman NC. Methods used by psychologists for identifying dyslexia: A systematic review. Dyslexia, 2022;28(2), 132-148. https://doi.org/10.1002/dys.1706

Snowling MJ. Early identification and interventions for dyslexia: A contemporary view. J. Res. Spec. Educ. Needs., 2013;13(1), 7-14. https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2012.01262.x

Suárez-Coalla P, Martínez García C. Dislexia evolutiva. Editorial Síntesis; 2025.

Swanson HL. Meta-analysis of research on children with learning disabilities. Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 2023;28(2). https://doi.org/10.18666/LDMJ-2023-V28-I2-12307

Werth R. What causes dyslexia? Identifying the causes and effective compensatory therapy. Restor. Neurol. Neurosci., 2019;37(6), 591-608. https://doi.org/10.3233/RNN-190939

Disartria

9

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Disartria. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 232–251. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Disartria. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 232–251). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para la exploración, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos del habla como la disartria, y debe mantener una formación especializada en neuroanatomía, control motor y técnicas terapéuticas basadas en la evidencia para la rehabilitación y el mantenimiento de la función comunicativa.

2 El CLC promueve la investigación para conocer la prevalencia local de la disartria, desarrollar instrumentos de evaluación e intervención en catalán y castellano, y crear conjuntos básicos de categorías CIF que permitan identificar los efectos de la disartria en la participación y la calidad de vida.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario e integrador para la persona con disartria, que incluye el trabajo coordinado con médicos neurólogos, rehabilitadores, psicólogos y otros profesionales, así como el apoyo a la familia y la prescripción adecuada de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación cuando sea necesario. Aconseja evitar técnicas sin evidencia científica.

¿Qué es?

Definición

La disartria es un trastorno de la ejecución motora del habla. Los músculos de la boca, la cara y el sistema respiratorio se pueden debilitar, mover con lentitud e incoordinar o no moverse en absoluto tras una lesión en el sistema nervioso central o periférico. El tipo y la gravedad de la disartria dependen de la parte del sistema nervioso afectada. Cuando la imposibilidad de movimiento articulatorio es completa, recibe la denominación de anartria.

La disartria es un término genérico aplicado a una familia de trastornos motores del habla caracterizados por la debilidad muscular, incoordinación, lentitud o exceso de la velocidad en el movimiento de la musculatura de la respiración, y dificultades en la fonación, resonancia, prosodia o articulación.

La disartria es el defecto de la mecánica o fisiología del habla motora, por tanto, interfiere en la expresión del lenguaje sin que sea un trastorno propio del lenguaje.

Signos clínicos

La persona con disartria puede presentar cualquiera de los síntomas siguientes, dependiendo de la magnitud y ubicación de la lesión en el sistema nervioso: alteraciones referentes a la respiración, la prosodia, la fonación, la resonancia y la articulación, y alteraciones concomitantes como la disfagia.

Podemos agrupar las características perceptivas del habla disártrica en función del sistema afectado, entendiendo que estos sistemas actúan a menudo de forma conectada.

Respiración

- Frases cortas.
- Sonoridad reducida.
- Gestión deficiente del aire en la fonación.
- Inspiración forzada y ruidosa.

Fonación

- Nivel de intensidad alterado (demasiado alta / demasiado baja).
- Monotonía.
- Calidad de la voz alterada (rugosidad, soplido, tensión).
- Diplofonía.
- Oscilaciones de la frecuencia.
- Temblor de la voz.
- Ensordecimiento al final de la frase.

Articulación

- Consonantes imprecisas.
- Vocales distorsionadas.

Resonancia

- Hipernasalidad.
- Hiponasalidad (resonancia oral en consonantes nasales).

Prosodia

- Velocidad alterada (demasiado rápida, demasiado lenta u oscilante).
- Reducción de la entonación tanto en frecuencia como en acentuación.
- Alteración de la entonación tanto en frecuencia como en acentuación.
- Silencios prolongados e inadecuados.

Signos físicos

- Poco control muscular.
- Tono muscular anormal en reposo.
- Fasciculaciones.
- Temblor.
- Debilidad muscular.
- Movimientos involuntarios de los órganos de la articulación.
- Reflejos anormales.
- Reducción e incoordinación del movimiento.

En función de las manifestaciones clínicas, las disartrias se clasifican en diferentes tipos: flácidas, espásticas, atáxicas, hipocinéticas, hipercinéticas o mixtas.

La *International Classification of Functioning, Disability and Health* (en español, CIF) fue desarrollada por la OMS en 2001 con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. La disartria implica funciones corporales del habla, de la voz y del sistema respiratorio (b310, b320 y b450) así como funciones neuromusculoesqueléticas relacionadas con el movimiento (b740 y b765).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
MA80.2	Disartria, sin especificar

Cuando la disartria es secundaria a una enfermedad cerebrovascular (8B25) es necesaria la siguiente codificación:

Código	Concepto
8B25.0	Efectos tardíos de un accidente cerebrovascular isquémico
8B25.1	Efectos tardíos de una hemorragia intracerebral
8B25.2	Efectos tardíos de una hemorragia subaracnoidea
8B25.3	Efectos tardíos de una hemorragia intracraneal no traumática NCAL
8B25.4	Efectos tardíos de un accidente cerebrovascular sin saber si fue isquémico o hemorrágico

Causas

La disartria y la anartria pueden ser consecuencia de múltiples y diversas alteraciones neurológicas del sistema nervioso central o periférico sucedidas en el momento de nacer o adquiridas a lo largo de la vida. Las posibles causas que pueden conducir a sufrir disartria o anartria son: ictus, tumores cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, parálisis cerebral infantil y enfermedades neurodegenerativas como la esclerosis lateral amiotrófica, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson o la enfermedad de Huntington, entre otras.

Epidemiología

Debido a la falta de acuerdo de los criterios diagnósticos y el momento de la evaluación, los datos de prevalencia de la disartria son muy variables. A continuación, presentamos algunos datos epidemiológicos de las alteraciones que provoca la disartria:

Patología	Prevalencia
Parkinson y parkinsonismo	600,3/100.000 habitantes en España
Esclerosis lateral amiotrófica	2,7/100.000 habitantes en Cataluña
Esclerosis múltiple	27,2/100.000 habitantes en Cataluña
Ictus	840/100.000 habitantes >15 años en Cataluña
Tumores cerebrales	7,4/100.000 habitantes en España
Traumatismo craneoencefálico	51-85/100.000 habitantes en España

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia local en nuestro país de la disartria por diferentes causas.

Impacto en la vida de la persona

La disartria tiene un gran impacto en la comunicación de la persona, pero también comporta importantes repercusiones sociales y psicológicas para los pacientes y su entorno.

En relación con las actividades y la participación, la disartria incide en actividades de comunicación (d3), de la vida doméstica (d6) y en las interacciones y relaciones interpersonales generales (d7). Con el paso del tiempo, puede afectar al trabajo (d840-d859), la vida económica (d860-d879) y al conjunto de la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, encontrará detalladas las afectaciones de la disartria en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar sobre qué elementos incide la disartria.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación para la comunicación verbal

Esfuerzo leve para articular y mantener una velocidad eficaz. Ocasionalmente, necesita repetirse para que se le entienda.

Grado I: moderada limitación para la comunicación verbal

Habla débil, imprecisa y lenta. Inteligibilidad difícil en ambiente ruidoso habitual. Inteligibilidad buena en ambiente adecuado.

Grado II: severa limitación para la comunicación verbal

Habla limitada a palabras aisladas o a frases cortas con poca inteligibilidad.

Grado III: grave limitación para la comunicación verbal

El paciente emite palabras aisladas o frases cortas (dos o tres palabras) con un escaso control del habla y con poca inteligibilidad. Solo produce con eficacia expresiones ubicadas en contexto.

Grado IV: limitación total para la comunicación verbal

El paciente no puede comunicarse en ninguna situación normal. No consigue emisiones sonoras. Habla ininteligible.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para la exploración, el diagnóstico y la realización de los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos del habla. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del habla, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los

logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas del habla, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del habla o la instauración de un habla sustitutoria o de otros sistemas alternativos de comunicación.

Los logopedas deben asesorar a las personas con disartria, a sus familias y a los profesionales asistenciales sobre aspectos de la comunicación para mejorar la calidad de vida y prevenir tanto el deterioro como las posibles complicaciones derivadas de la disartria.

Los logopedas que diagnostican y tratan la disartria deben contar con habilidades en el diagnóstico diferencial y la gestión de los trastornos motores del habla. Deben tener los conocimientos especializados siguientes:

- Neuroanatomía y funciones neuronales relacionadas con la musculatura craneofacial, laríngea y respiratoria y cómo interactúan durante la producción del habla.
- La contribución de cada subsistema (articulación, fonación, respiración, resonancia y prosodia) en la percepción del habla normal o anormal.
- Los principios de control motor del habla y aprendizaje motor.
- Técnicas de evaluación e intervención adecuadas basadas en la evidencia.

Cuando el paciente presente grados de severidad altos y su discapacidad comunicativa sea relevante, los logopedas deben conocer las bases para la indicación e implementación de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa y tener acceso a los soportes de tecnología aplicada como la inteligencia artificial.

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. Los logopedas que diagnostican y tratan la disartria deben tener habilidades en el diagnóstico diferencial de trastornos motores del habla y trastornos comórbidos del lenguaje, conocimientos especializados en trastornos de codificación fonológica y en teoría del aprendizaje motor y experiencia en técnicas de intervención adecuadas, como pueden ser la comunicación aumentativa y alternativa y las tecnologías de apoyo.

Orientación interdisciplinar

La persona que sufre disartria lo hace en el contexto de una lesión cerebral o enfermedad del sistema nervioso que puede provocar diferente sintomatología motora, cognitiva, etc., y, por lo tanto, debe ser atendida en la rehabilitación de las diversas manifestaciones, por un equipo multidisciplinar que atenderá holísticamente sus necesidades. El equipo de rehabilitación debería incluir médicos neurólogos, logopedas y médicos rehabilitadores. Los logopedas se ocuparán de la rehabilitación de la disartria dentro de este marco.

Dependiendo de la patología de base o en función de la evolución de la enfermedad que provoque la disartria será necesaria la participación de otros profesionales como: fisioterapeutas, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, médicos digestólogos y ORL, trabajadores sociales y dietistas, cada uno desde su perspectiva y con los procedimientos que le son propios.

Es necesario considerar, también, al paciente y a su familia como parte imprescindible de este proceso rehabilitador.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención sanitaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por el médico especialista. En la derivación deberá aportar información relativa a:

- Resultados de las exploraciones neurofisiológicas con información sobre: pares craneales implicados en el proceso del habla, integridad del velo del paladar, valoración de la vía aérea en relación con la fonación, con acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- Orientación diagnóstica: sobre todo es necesario identificar la enfermedad de base y diferenciar entre origen agudo, subagudo, progresivo o regresivo.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos como rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral.

En un contexto de hospitalización, se derivará según interconsulta hospitalaria para realizar una primera valoración e intervención a pie de cama.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de la disartria.

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, con especial referencia a las relacionadas con el habla.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto del habla en la calidad de vida, teniendo en cuenta el impacto de

las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.

→ Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

Esta evaluación completa se realiza mediante: examen clínico, pruebas de inteligibilidad del habla y análisis acústico de la voz. Lamentablemente, no se dispone de pruebas validadas en nuestros idiomas. De ahí que los logopedas hayan adaptado pruebas y protocolos de evaluación de la disartria pero sin procesos rigurosos de validación y definición de baremos.

Las pruebas de medición perceptiva y neurofisiológica de referencia son:

→ *Robertson Dysarthria Profile.*

→ *Frenchay Dysarthria Assesment.*

→ *Iowa Oral Performance Instrument* (IOPI).

En relación con la inteligibilidad del habla, cabe indicar como pruebas a tener en cuenta:

→ *Intelligibility rating scale for motor speech disorders.*

→ *Assessment of intelligibility of Dysarthric Speech.*

Por último, en relación con la evaluación acústica del habla de las personas con disartria recomendamos el uso de la herramienta Praat, aunque constatamos la falta de programas de uso sencillo y práctico en el ámbito clínico para la valoración objetiva de la fonación, la resonancia y la prosodia.

El CLC considera que sería muy recomendable que la comunidad profesional dispusiera de un protocolo de evaluación y, por ello, el CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de la disartria.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de la disartria en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. Además, algunos instrumentos de valoración de la calidad de vida relacionada con la comunicación se han desarrollado en otros idiomas, como el *Dysarthria Impact Profile*, la *Quality of Life in the Dysarthric Speaker Scale*, la *Communication Outcomes after Stroke Scale*, la *Dysarthria Therapy Outcome Measure, Therapy outcome measure* (TOM) o *The Communicative Participation Item Bank* (CPIB).

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para la identificación de las barreras contextuales y de los facilitadores. Se deben evaluar los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o

dificultades, entre los que encontramos las relaciones familiares (e310 y e315), los cuidadores y personal de ayuda (e340) y el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125).

En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de evaluación de aspectos relacionados con la participación, las actividades, la calidad de vida y el papel del contexto en la enfermedad disártrica. El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes orientar sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación en catalán de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarios de logopedia los pacientes que presentan disartria susceptible de mejora con tratamiento logopédico en su sintomatología o en el impacto del trastorno en su vida cotidiana.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

De acuerdo con el marco CIF de la OMS, el objetivo de la intervención es ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de función independiente para la participación en la vida diaria facilitando la eficiencia, la eficacia

y la naturalidad de la comunicación en el conjunto de su calidad de vida.

La intervención está diseñada para:

- → Aprovechar los puntos fuertes y abordar las debilidades relacionadas con las estructuras y funciones subyacentes que afectan a la comunicación entre personas, actividades y entornos.
- → Optimizar la retención de nuevas habilidades motrices mediante la implementación de principios de aprendizaje motor.
- → Facilitar las actividades y la participación de la persona mediante (a) la enseñanza de nuevas habilidades y estrategias compensatorias a la persona con disartria y su familia y (b) incorporando estrategias y herramientas de comunicación aumentativa, si procede.
- → Modificar los factores contextuales que sirven de barrera y potenciar aquellos que facilitan una comunicación y participación exitosas, incluida la adaptación de la vivienda.

Intervenciones preventivas

Los logopedas deben ser agentes de salud pública y participar activamente en la promoción de hábitos y actividades que fomenten la prevención de las enfermedades que causan la disartria. Su testimonio puede servir para la concienciación de ciudadanos y profesionales sobre la salud vascular y la accidentalidad. Los profesionales de la atención primaria deben poder contar con el apoyo de los logopedas en sus campañas de salud pública y deben tener presente la figura de los logopedas en sus derivaciones especializadas.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir siguiendo los aspectos y técnicas siguientes.

Podemos clasificar las intervenciones en tres niveles de atención según la CIF:

1. Nivel de deficiencia: intervenciones dirigidas específicamente a la deficiencia en la **funcionalidad**.
2. Nivel de actividad: Intervenciones para aumentar la **inteligibilidad** modificando el habla existente (por ejemplo: modificar la velocidad del habla) o el uso de dispositivos de comunicación aumentativos o alternativos.
3. Nivel de participación: intervenciones dirigidas al apoyo o la educación de la persona con disartria que mejoren la comunicación (entrenamiento **conversacional**), así como la **participación social**.

El tratamiento puede ser reparador (es decir, dirigido a mejorar o restaurar la función deteriorada), compensatorio (es decir, destinado a compensar déficits no susceptibles de readaptación) o estar dirigido a preservar o mantener la función, como cuando un individuo tiene una enfermedad degenerativa que progresa lentamente.

Los enfoques restaurativos se centran en mejorar la inteligibilidad del habla, la prosodia y la naturalidad y la eficacia.

Los enfoques compensatorios se centran en:

→ Mejorar la comprensibilidad mediante el aumento del uso del hablante de estrategias de comunicación, mejorar las habilidades y la capacidad de los oyentes y alterar el entorno de comunicación.
→ Aumentar el uso efectivo de las opciones de comunicación aumentativa.
→ Aumentar el uso de dispositivos de comunicación aumentativa.

Cuando la disartria se presenta en enfermedades de deterioro progresivo, hay que iniciar la terapia en fases iniciales del deterioro con el objetivo de retrasar al máximo la pérdida de funcionalidad del habla. La disartria progresa a medida que lo hace la enfermedad, pero la intervención de los logopedas puede ayudar a mantener el habla más tiempo y facilitar la comunicación del paciente, mejorando su interacción social y la calidad de vida.

Las personas con disartria pueden beneficiarse de una práctica frecuente e intensa coherente con los principios del aprendizaje motor para mejorar la retención de las habilidades del habla.

Hay que poner énfasis en el empoderamiento del paciente y su familia en la rehabilitación con el objetivo de lograr un compromiso terapéutico y una adherencia correcta a la intervención para optimizar al máximo los resultados obtenidos teniendo en cuenta las particularidades de cada caso.

Cabe destacar la importancia de dar una información correcta y clara al paciente sobre todo el proceso de la intervención: definir en qué consiste, los objetivos terapéuticos y los posibles resultados obtenidos, así como el protagonismo y el rol de la familia. Hay que evitar falsas expectativas y confusiones confirmando que hay una correcta comprensión de todos los aspectos anteriores.

A continuación, se especifican algunas de las técnicas o programas terapéuticos indicados para el tratamiento de la disartria, organizados por diferentes subsistemas, teniendo presente que algunas actividades centradas en un subsistema pueden actuar en otros.

Respiración

- Ajustes posturales.
- Inhalación profunda antes del inicio del habla.
- Utilizar volúmenes óptimos de respiración cuando se habla.
- Utilizar tareas de exhalación controlada para mejorar el control durante el habla.
- Uso de tareas de bloqueo para mejorar la presión del aire subglótica y el soporte respiratorio.

Fonación

- Tratamiento de la voz de *Lee Silverman* (LSVT®), un programa

intensivo que tiene como objetivo un alto esfuerzo fonatorio para mejorar la sonoridad y la inteligibilidad. Presenta un nivel 1 de evidencia en numerosos estudios, sobre todo en enfermedad de Parkinson.
- *Pitch Limiting Voice Treatment* (PLVT), un programa para aumentar la intensidad vocal sin aumentar la frecuencia.
- Técnicas de esfuerzo de cierre para aumentar las fuerzas aductoras de los pliegues vocales.
- Mejora del tiempo de fonación.

Articulación
- Técnicas de colocación fonética para trabajar el posicionamiento de la boca, la lengua, los labios o la mandíbula durante el habla.
- Sobrearticulación para enfatizar la colocación fonética y aumentar la precisión articulatoria.
- Contrastes mínimos para enfatizar los contrastes fonéticos necesarios para diferenciar un fonema de otro.
- Simulacros de inteligibilidad en que el individuo lee palabras, frases e intenta reparar el contenido no entendido por el oyente.
- Modificación del ritmo del habla para facilitar la precisión articulatoria.
- Método *Be Clear*: tratamiento intensivo para la mejora de la inteligibilidad del habla.

Prosodia
- Mejora de la entonación mediante la señalización del acento, la intensidad, el tono o la duración.
- Utilizar tareas de contraste de tensión para mejorar la prosodia y la naturalidad.

Resonancia
- Encontrará más información en el capítulo 11, titulado «Trastornos de la resonancia».

El tipo de tratamiento, modalidad individual o grupal, debe adaptarse a las características individuales del paciente, al momento evolutivo de los trastornos del habla y otros trastornos motores asociados que puedan dificultar el desplazamiento al centro. Recomendamos realizar las primeras sesiones de bienvenida, exploración y empoderamiento del usuario y la familia, siempre en modalidad individual. En fases más avanzadas del tratamiento, se pueden combinar sesiones individuales con grupales. En los tipos combinados, los grupos deben ser pequeños, adaptados al espacio disponible, las instalaciones y, sobre todo, homogéneos.

Si nos centramos en el tipo de intervención, cabe mencionar que la intervención grupal presenta evidencia moderada en la mejora del habla y en el bienestar de personas con disartria. Sin embargo, se entiende que en los grados de discapacidad IV y III a menudo no es viable la posibilidad de trabajo en grupo.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes efectuar estudios sobre la intervención logopédica en la disartria.

Intervenciones de mantenimiento de la función

En fases de estabilización y sin expectativas de mejora es importante pensar en objetivos terapéuticos de mantenimiento o dotar de estrategias comunicativas compensatorias como, por ejemplo, el entrenamiento en el uso de sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación (SAAC).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes llevar a cabo estudios sobre la intervención de mantenimiento en la disartria.

Intervenciones en el entorno

Los logopedas no solo proporcionan tratamiento especializado, sino que también forman a los miembros de la familia y a otras personas del entorno del paciente para fomentar la práctica de la comunicación, utilizando estrategias como la comunicación aumentativa y adaptándose a las necesidades individuales del paciente. En casos de patología neurodegenerativa o mala evolución de la enfermedad, se recomienda la utilización de métodos alternativos de comunicación, como tablas alfabéticas o comunicadores orales, y dispositivos como los de control ocular. En los últimos años, gracias a la tecnología, se están perfeccionando los dispositivos de control ocular, que permiten al paciente expresarse hasta fases muy avanzadas de la enfermedad. El objetivo es conseguir una comunicación funcional, empoderando tanto al paciente como a su familia, con la ayuda de los logopedas, para adaptar los sistemas a cada situación específica.

Estrategias de comunicación para los interlocutores de la persona con disartria:

- Mantener el contacto visual.
- Preparar a los interlocutores llamando la atención e introduciendo el tema de conversación antes de hablar.
- Señalar y gesticular para ayudar a transmitir el significado.
- Identificar señales que indiquen que se ha entendido el mensaje.

Los logopedas orientarán las modificaciones del entorno que puedan favorecer la mejora de la comprensibilidad como reducir el ruido de fondo, garantizar que el entorno tenga una buena iluminación y mejorar la proximidad entre el orador y su interlocutor y asegurar una disposición cara a cara para las conversaciones.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

El CLC aconseja evitar el uso de las técnicas de terapia del mecanismo velofaringi que se basan en movimientos sin hablar. Estas técnicas no han sido avaladas por las razones siguientes: a) las medidas implican distintos mecanismos subyacentes; b) no existe ninguna evidencia de

que aumente la fuerza del paladar blando ni mejora el rendimiento del habla; c) la mayoría de estas técnicas no proporcionan al paciente información propioceptiva del gesto articulatorio durante el habla. Concretamente, hay que evitar:

- → Técnicas de empuje (especialmente para pacientes con disartria espástica).
- → Ejercicios de tonificación como soplar y chupar.
- → Tareas que animan al paciente a controlar y modificar el flujo del aire mediante bolas, velas, papel, burbujas, pajitas, etc.

Equipamiento

El lugar debe adaptarse en función del grado de afectación física, el grado de afectación del habla, las características del entorno (barreras arquitectónicas, acceso a los recursos, soporte...) y el momento evolutivo de la enfermedad y de la intervención.

La intervención puede realizarse en contexto hospitalario, ambulatorio o domiciliario, así como en comunidades como asociaciones o centros especializados en SAAC (con los pacientes con perfil de disartria neurodegenerativa avanzada o paciente con mala evolución/grado IV).

Los pacientes y usuarios pueden beneficiarse de un entorno de tratamiento naturalista que incorpora una variedad de socios de comunicación para facilitar la generalización y el desarrollo de las habilidades.

Consideramos que se necesitarán equipos más específicos en el grado IV. Se puede necesitar un amplificador de voz o SAAC.

Es importante valorar el efecto negativo que puede tener el uso de material con aspecto infantil en adultos con disartria. En estos casos, es recomendable utilizar materiales neutros, relacionados con la cultura del entorno y del individuo, para evitar cualquier forma de infantilización.

Es fundamental que los logopedas apliquen estrictas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se realiza de nuevo una evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad o bien cuando:

- → Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- → El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- → La inteligibilidad del habla del individuo no perjudica la participación en las actividades y no afecta al estado de salud, seguridad ni independencia de la persona.
- → La producción del habla del individuo es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Hay que considerar el beneficio de la rehabilitación logopédica de mantenimiento en los casos de persona con disartria de causa neurodegenerativa.

Orientaciones para después del alta

En el momento del alta, para favorecer la socialización, recomendamos el trabajo grupal en comunidad o en asociaciones de personas afectadas. Hay que adaptar la recomendación a las asociaciones según la red social de la persona y el momento evolutivo de la enfermedad. Deberían configurarse grupos de ayuda específica y con los pacientes agrupados según el grado de gravedad de la enfermedad. Los grupos de apoyo heterogéneos, en algunos casos, podrían tener un impacto negativo en un perfil de enfermedad neurodegenerativa, según el grado de aceptación del paciente de la misma enfermedad y los estadios iniciales o avanzados de la enfermedad.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b3 Funciones de la voz y el habla	b310 Funciones de la voz b320 Funciones de la articulación
b4 Funciones del sistema respiratorio	b450 Funciones respiratorias adicionales
b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	b740 Funciones relacionadas con la resistencia muscular
	b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d3 Comunicación	d330 Hablar d335 Producción de mensajes no verbales
	d350 Conversación d355 Discusión d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación
d6 Vida doméstica	**d650-d669 Cuidado de los objetos del hogar y ayuda a los demás** d660 Ayudar a los demás
d7 Interacciones y relaciones interpersonales generales	d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones personales complejas
	d730-d779 Interacciones interpersonales particulares, no especificadas d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas d779 Relaciones interpersonales particulares, otras específicas y no específicas
	d798 Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas

d8 Áreas principales de la vida	**d840-d859 Trabajo y empleo**	
	d840	Aprendizaje (preparación para el trabajo)
	d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo
	d850	Trabajo remunerado
	d855	Trabajo no remunerado
	d859	Trabajo y empleo, especificado y no especificado
	d860-d879 Vida económica	
	d860	Transacciones económicas básicas
	d865	Transacciones económicas complejas
	d870	Autosuficiencia económica
	d879	Vida económica, especificada y no especificada
	d898	Áreas principales de la vida, otras especificadas
	d899	Áreas principales de la vida, no especificadas
d9 Vida comunitaria, social y cívica	d910	Vida comunitaria
	d920	Tiempo libre y ocio
	d930	Religión y espiritualidad
FACTORES AMBIENTALES		
e1 Productos y tecnología	e125	Productos y tecnología para la comunicación
e3 Apoyo y relaciones	e310	Familiares cercanos
	e315	Otros familiares
	e340	Cuidadores y personal de ayuda

Bibliografía

Bislick LP, Weir PC, Spencer KA, Kendall DL, Yorkston KM. Do principles of motor learning enhance retention and transfer of speech skills? A systematic review. Aphasiology. 2012;26:709–728.

Chiaramonte R, Chiaramonte M. Dysarthria and stroke. The effectiveness of speech rehabilitation. A systematic review and meta-analysis of the studies. Eur J Phys Rehabil Med. 2021;57(1):24–43. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06242-5

De Swart BJ, Willemse SC, Maassen BAM, Horstink MWIM. Improvement of voicing in patients with Parkinson's disease by speech therapy. Neurology. 2003;60:498–500.

Diagnòstic i tractament de la malaltia de Parkinson. Guies mèdiques de la societat catalana de neurologia. 2016. https://www.scneurologia.cat/wp-content/uploads/2019/02/Guia-M%C3%A8dica-de-Parkinson-de-la-Societat-Catalana-de-Neurologia_Actualitzaci%C3%B3_2016-segona-edici%C3%B3_def.pdf

Diagnòstic i tractament de l'esclerosi lateral amiotròfica. Guies mèdiques de la societat catalana de neurologia. 2020. https://www.scneurologia.cat/wp-content/uploads/2020/07/Guia-ELA_Societat-Catalana-de-Neurologia_2020.pdf

Duffy JR. Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management. St. Louis, MO: Elsevier. 2013.
Kleim JA, Jones TA. Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage. J Speech Lang Hear Res. 2008;51(Supp.):S225–S239.
Maas E, Robin DA, Austermann Hula SN, Freedman SE, Wulf G, Ballard KJ, Schmidt RA. Principles of motor learning in treatment of motor speech disorders. Am J Speech Lang Pathol. 2008;17:277–298.
Mitchell C, Bowen A, Tyson S, Butterfint Z, Conroy P. Interventions for dysarthria due to stroke and other adult-acquired, non-progressive brain injury. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD002088. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002088.pub3 (Acceso: 31 de agosto de 2021.)
Supporting people affected by Parkinson's Royal College of Speech and Language Therapists, https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/Project/RCSLT/rcslt-parkinsons-factsheet.pdf?la=en&hash=BF152D3403E11BBC5960AA50A78CD9D3D7DF907F
Yorkston et *al*. Evidence-Based Practice. Guidelines for Dysarthria: Management of velopharyngeal functionJ. Med. Speech Lang. Pathol. 2001;9(4):257-274.
Yorkston KM, Beukelman DR, Strand E, Hakel M. Management of motor speech disorders in children and adults. Austin, TX: Pro-Ed. 2010.
Whillans C, Lawrie M, Cardell EA, Kelly C, Wenke R. A systematic review of group intervention for acquired dysarthria in adults. DISABIL REHABIL. 2022;44(13):3002-3018. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1859629

Disglosia

10

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Disglosia. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 252-269. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Disglosia. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 252-269). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para prevenir, diagnosticar e intervenir en los trastornos orgánicos de los sonidos del habla, con formación especializada en la evaluación anatomofisiológica y funcional, y en la aplicación de técnicas terapéuticas propias para la mejora, la rehabilitación y el mantenimiento del habla afectada.

2 El CLC impulsa la investigación para conocer la prevalencia local de los trastornos orgánicos de los sonidos del habla, desarrollar instrumentos de evaluación específicos en catalán y castellano, así como establecer intervenciones basadas en la evidencia científica que mejoren la calidad de vida y la comunicación de las personas afectadas.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario para garantizar una atención integral, que coordine a logopedas, pediatras, cirujanos maxilofaciales, otorrinolaringólogos, neurólogos, nutricionistas, odontólogos, enfermeros y psicólogos, y promueve la intervención precoz, la derivación adecuada y la evaluación periódica en un marco de seguridad y cumplimiento de los protocolos sanitarios.

¿Qué es?

Definición

Las disglosias son las alteraciones del habla (fonética y fonología) secundarias a alteraciones morfológicas de los órganos articulatorios (lengua, paladar, labios, dientes y mandíbula). Teniendo en cuenta las técnicas actuales, después del tratamiento quirúrgico y rehabilitador cabría esperar, en gran parte de los casos, una remisión total del cuadro.

Signos clínicos

Debido a anomalías estructurales que dan lugar a una insuficiencia velofaríngea y desviaciones estructurales orales, aparecen errores articulatorios y de resonancia. Estas anomalías estructurales son tributarias de cirugía o prótesis y es probable que no mejoren hasta que no se aborde la causa estructural.

Destacamos las siguientes consideraciones:

- Cada malformación o deformidad (fisura labial, palatina, submucosa, frenillo corto o maloclusiones dentarias, entre otras) determinará, en principio, una alteración fonética más o menos concreta o predecible.
- Cuando la alteración morfológica es relevante, de inicio pre- o perilocutivo y en ausencia de tratamiento o tratamiento solo parcial, la repercusión puede notarse desde el punto de vista fonológico, y se suma al trastorno puramente fonético una alteración fonológica de mayor o menor gravedad.
- En el caso de malformaciones graves no tratadas o tratadas parcialmente o cuando se suman otros factores individuales o sociales, las alteraciones pueden llegar a ser apreciables en el desarrollo del lenguaje (repercusión en el ámbito sintáctico, semántico o pragmático). En este caso, se debe considerar el trastorno del habla y el del lenguaje para valorar la discapacidad que conlleva.
- La existencia de una disglosia no descarta la existencia de un trastorno específico del lenguaje.
- Las disglosias a menudo se asocian a deficiencia auditiva conductiva que podrían interferir en la evaluación del lenguaje.
- Las disglosias pueden formar parte de síndromes plurimalformativos caracterizados por la posible asociación de deficiencia intelectual u otros déficits sensoriales y motores.

Los errores obligatorios derivados de las malformaciones incluyen los siguientes:

- Hipernasalidad en vocales, consonantes líquidas y fricativas (en casos graves también se pueden nasalizar consonantes orales).
- Errores de articulación relacionados con el estado dental o la maloclusión.

- Emisión de aire nasal obligatoria por fisura labiopalatina o fístula, que es consistente a través de las consonantes de presión oral (oclusivas, fricativas y africadas). Este patrón de flujo de aire en la cavidad nasal puede persistir postoperatoriamente, aunque el cierre velofaríngeo ya sea el adecuado.

Podemos observar también la presencia de errores compensatorios que son, mayoritariamente, errores en el punto de articulación o la dirección del flujo de aire. Se cree que estos errores se desarrollan por diversas razones, incluida la incapacidad de generar una presión de aire intraoral adecuada para la producción de consonantes, la presencia de anomalías estructurales anteriores, el aprendizaje auditivo-perceptivo anormal u otros factores. Los errores compensatorios que se desarrollan debido a la incapacidad anatómica de cierre velofaríngeo pueden persistir, incluso, después de una gestión física exitosa del mecanismo velofaríngeo.

Los errores compensatorios se pueden describir como aquellos que:

- Se producen por debajo del nivel del esfínter velofaríngeo y eliminan la necesidad de válvula de flujo de aire en la cavidad oral o del esfínter velofaríngeo, lo que permite al individuo utilizar la faringe o la laringe como válvula de aire o presión.
- Se producen delante del esfínter velofaríngeo e implican una zona de contacto dentro de la cavidad oral.
- Mediante la utilización de la apertura del esfínter velofaríngeo como parte de la articulación para la liberación nasal intencionada del flujo de aire y el cierre simultáneo bilabial, alveolar o velar.
- Implican un flujo de aire hacia adentro en lugar de hacia fuera para eliminar la necesidad de cierre del esfínter velofaríngeo.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
LA42.Z	Fisura palatina
LA40.Z	Fisura labial
LA4Z	Fisura labiopalatina
NA02.Z	Fractura de cráneo y huesos faciales
MA80.Z	Trastornos del habla, sin especificar

Causas

Los cuadros más frecuentes son:

Disglosia labial

- Fisura labial (parcial, subtotal y total).
- Frenillo labial superior hipertrófico.

- Fisuras del labio inferior.
- Macrostomía (alargamiento de la fisura bucal).
- Traumatismos e intervenciones quirúrgicas.

Disglosia mandibular:

- Atresia mandibular.
- Progenie.
- Disostosis maxilofacial.

Disglosia lingual:

- Anquiloglosia (frenillo lingual).
- Traumatismos (glosectomía, fulguración, etc.).
- Malformaciones de la lengua.
- Macroglosia.
- Glosoptosis.

Disglosia palatina:

- Fisura palatina.
- Fisura submucosa.
- Paladar corto.
- Paladar ojival.
- Velo del paladar largo.
- Perforaciones.
- Ausencia de pilares.
- Malformaciones de la úvula.
- Traumatismos.

Las afecciones craneofaciales son anomalías estructurales congénitas causadas por un desarrollo embrionario atípico. Las diferencias craneofaciales son el resultado de la interrupción del crecimiento embrionario entre la cuarta y la décima semana del embrión o feto en desarrollo.

Las fisuras se describen a partir de las estructuras implicadas (labio, alvéolo, paladar duro o paladar blando), lateralidad (unilateral izquierda, derecha unilateral o bilateral) y severidad (anchura y extensión de las estructuras implicadas). Las fisuras se pueden presentar de manera aislada (solo fisura labial o palatina) o en combinación. Pueden ser unilaterales o bilaterales, y pueden ser completas o incompletas. La fisura submucosa del paladar se produce cuando los músculos del paladar no se han unido correctamente.

Las afecciones craneofaciales pueden estar asociadas a un gran número de secuencias genéticas, algunas de las cuales son poco frecuentes. A continuación, presentamos algunos ejemplos:

→ Síndrome de deleción 22q11 (también conocido como síndrome velocardiofacial y secuencia DiGeorge).
→ Síndrome de Stickler.
→ Síndrome de Franceschetti.
→ Secuencia de Pierre Robin.

- Síndrome de Van Der Woude.
- Síndrome de Treacher-Collins.
- Microsomía craneofacial (espectro de trastornos, incluido el síndrome de Goldenhar).
- Síndrome de abstinencia neonatal, que incluye el trastorno del espectro alcohólico fetal.

Aunque los casos de fisura labial y palatina se diagnostican al nacer, es posible diagnosticarlos antes del nacimiento, durante la exploración de las veinte semanas de gestación. La fisura de paladar aislada es más difícil de identificar, pero se debe diagnosticar durante las 24 horas posteriores al nacimiento. Sin embargo, algunos casos que se diagnostican tarde tienen graves implicaciones para la afección, la alimentación, el crecimiento y el desarrollo del habla y el lenguaje, así como la ansiedad parental.

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. La fisura labial y palatina no solo afectan al habla, sino también al desarrollo del lenguaje, al desempeño académico y a la alimentación. La disglosia implica funciones de habla, voz, producción de notas y succión (b320, b3101, b5100 y b3400).

Epidemiología

La prevalencia de las disglosias en general no está bien documentada, ya que se superponen con otras alteraciones o síndromes, pero sabemos que, según González y García, la prevalencia global es de aproximadamente 0,5-2 % en niños, con mayor incidencia en casos de fisura palatina (30-50 % presentan alteraciones de habla) y anquiloglosia.

En todo el mundo, las fisuras orales en cualquier forma (es decir, fisura labial, fisura labiopalatina y fisura palatina aislada) se producen en aproximadamente en 1 de cada 700 nacimientos vivos. Las estimaciones internacionales que se limitan a la fisura labial con o sin fisura del paladar oscilan entre 7,94 y 9,92 por cada 10.000 nacimientos vivos.

La prevalencia de la anquiloglosia es de entre un 0,02 y un 10,7 %.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia local en nuestro país de los trastornos orgánicos de los sonidos del habla.

Impacto en la vida de la persona

Las dificultades de habla asociadas a la fisura labiopalatina pueden persistir hasta la adolescencia y la edad adulta y pueden tener un impacto en la autoestima y la facilidad de comunicación en entornos educativos, sociales y laborales.

Las dificultades de habla pueden persistir por varios motivos, como son:

- → La falta de acceso a servicios de logopedia adecuados, lo que da lugar a patrones de habla compensatorios que pueden ser más difíciles de cambiar.
- → Obstáculos anatómicos persistentes, tales como maloclusión severa o fisura labiopalatina no tratada.
- → Expectativas de fracaso.
- → Habilidades de autocontrol poco desarrolladas.
- → Falta de motivación.

En relación con las actividades y la participación, la disglosia incide en tareas y demandas generales (d2), actividades de comunicación (d3), de autocuidado (d5) y en las interacciones y relaciones interpersonales generales (d7). Con el paso del tiempo, puede afectar al trabajo (d840-d859), la vida económica (d860-d879) y al conjunto de la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, encontrará detalladas las afectaciones de la disglosia en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar los aspectos de la vida cotidiana en los que inciden los trastornos orgánicos de los sonidos del habla.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación para la comunicación verbal

Cierto esfuerzo para articular y mantener una velocidad eficaz. Ocasionalmente debe repetir para hacerse entender.

Grado I: moderada limitación para la comunicación verbal

Habla débil, imprecisa y lenta. Inteligibilidad difícil en ambiente ruidoso habitual. Buena inteligibilidad en ambiente adecuado.

Grado II: severa limitación para la comunicación verbal

Dificultad considerable en ambiente ruidoso. Cansancio rápido; articulación audible e inteligible solo durante breves períodos. Inteligibilidad limitada con personas no habituadas.

Grado III: grave limitación para la comunicación verbal

Palabras aisladas o frases cortas a una intensidad muy débil. Solo produce con eficacia expresiones relacionadas con el contexto.

Grado IV: limitación total para la comunicación verbal

No pueden comunicarse con suficiente eficacia en ninguna situación normal.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos del habla. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del habla, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas del habla, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del habla o la instauración de un habla sustitutiva o de otros sistemas alternativos de comunicación.

Los logopedas son profesionales relevantes en el seno del equipo interdisciplinario que toma las decisiones sobre el manejo, ya sea quirúrgico, protésico o logopédico, con el objetivo de lograr un habla normal. La gestión e intervención logopédica se extiende desde la infancia hasta la edad adulta, adaptada a las necesidades del individuo y compartida según corresponda con los padres. La derivación temprana a la logopedia especializada es fundamental, ya que se ha demostrado que la intervención temprana previene problemas posteriores del habla. Por otra parte, los logopedas deben efectuar evaluaciones periódicas de los resultados de la intervención para devolver al equipo de cirugía toda la información para una mejor toma de decisiones.

Orientación interdisciplinar

Dependiendo de la etiología de la disglosia pueden participar varios profesionales en la atención a los pacientes de las profesiones siguientes: pediatría, cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, neurología, nutricionista, odontología, enfermería y, si el impacto en la autoimagen es muy importante, podrá ser de interés el concurso del psicólogo.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención hospitalaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por parte del pediatra o del cirujano maxilofacial y será necesario que aporte información relativa a:

- Resultados del estudio realizado con acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).

- → Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- → Información sobre el tipo de amplificación empleada, si procede.
- → Tiempo de evolución de la clínica.
- → Tratamientos relacionados realizados, tanto quirúrgicos como rehabilitadores o farmacológicos, con fecha de realización.
- → Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- → Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de los trastornos orgánicos de los sonidos del habla.

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- → Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, con especial referencia a las relacionadas con el habla.
- → Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto del habla en la calidad de vida, teniendo en cuenta el impacto de las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.
- → Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

Mediante el examen del mecanismo oral se evalúan las estructuras y la funcionalidad de los mecanismos del habla para identificar si el sistema es adecuado para la producción del habla.

Algunas de las pruebas que los logopedas deben utilizar para valorar las estructuras orales se puede considerar que invaden el cuerpo del paciente. Cabe recordar que estas pruebas siempre deben realizarse en centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente.

Este examen normalmente incluye la evaluación de:

- → Oclusión dental y desviaciones dentales específicas.
- → Estructura de paladar duro y blando (fisuras, fístulas y úvula bífida).
- → Función (fuerza y rango de movimiento) de los labios, mandíbula, lengua y velo. Para más información, consulte el capítulo «Disfunciones orofaciales».

La evaluación de los errores articulatorios y las alteraciones del timbre en diferentes contextos: habla espontánea, repetición de sílabas, palabras o frases, vocal sostenida y series automáticas. Se deben describir los errores articulatorios definiendo:

- Tipo de error (omisión, distorsión o sustitución).
- El fonema alterado.
- Las posiciones del fonema en las que se presentan los errores.
- Las desviaciones del punto y el modo de articulación.
- El control de los errores en repetición.
- La existencia o ausencia de autocorrección.
- La influencia del ritmo conversacional en el control de los errores.

Para la evaluación de la producción fonética no se conocen pruebas estandarizadas en lengua catalana o castellana específicas para las disglosias. A pesar de ello, el CLC entiende que las pruebas habituales que se utilizan en la evaluación de los trastornos de los sonidos del habla pueden ser entendidas como pruebas de referencia en las disglosias.

En catalán o castellano existen las siguientes pruebas:

- A-RE-HA «Análisis del retraso del habla» y A-RE-PA «Anàlisis del retard de la parla»: se puede aplicar en niños de 3 a 6 años; incluye una prueba de cribado, un cuestionario para la realización de las evaluaciones complementarias y el perfil fonológico para el análisis de las habilidades articulatorias.
- *Test d'Avaluació del Desenvolupament Fonològic* de Laura Bosch publicado por el Instituto de Ciencias de la Educación, en castellano *Desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación*. Se puede aplicar a niños de 3 a 7 años a partir de la exploración y análisis de todos los fonemas, grupos consonánticos y vocálicos para catalanohablantes mediante 11 láminas para hacer una comparación con la edad cronológica.
- *Registro fonológico inducido*, de la editorial Cepe. Se puede aplicar a niños de entre 3 y 7 años y aporta material para la evaluación fonológica, en expresión inducida y en repetición.
- Prueba de Evaluación Fonética - Fonológica (PEFF). Se puede aplicar a niños a partir de los 2 años y medio hasta los 6-7 años, valora la producción y el uso funcional de los elementos segmentales y suprasegmentales del habla hispana.
- Como *screening* existe la prueba PLON-R, *Prueba de Lenguaje Oral Navarra - Revisada*, de la editorial TEA Ediciones. Se puede aplicar a niños de 3 a 6 años y se basa en los mismos principios y fundamentos teóricos que el PLON original. Permite la detección de los alumnos de riesgo en cuanto a desarrollo del lenguaje.

En algunos países se proponen métodos cuantitativos de valoración de la alteración fonética. Se propone usar el porcentaje de consonantes correctas para determinar la gravedad en un continuo de leve a grave. Para determinar este porcentaje, hay que recoger y transcribir fonéticamente una muestra de habla y calcular el porcentaje de emisiones consonánticas correctas sobre el total.

La inteligibilidad es un juicio perceptivo que se basa en la cantidad de discurso espontáneo del hablante que el oyente entiende. La

inteligibilidad puede variar a lo largo de un continuo que va de inteligible (el mensaje se entiende completamente) a ininteligible (el mensaje no se entiende). La inteligibilidad se utiliza con frecuencia a la hora de juzgar la gravedad del problema de habla y se puede utilizar para determinar la necesidad de intervención.

La inteligibilidad puede variar en función de diversos factores, como son:

- El número, el tipo y la frecuencia de los errores del habla.
- La velocidad, la inflexión, los patrones de acento, las pausas, la calidad de la voz, la sonoridad y la fluidez del orador.
- Factores semánticos y sintácticos.
- Complejidad de la pronunciación.
- La familiaridad del oyente con el patrón de habla del orador.
- Entorno de comunicación.
- Señales de comunicación no verbales.

En el momento de publicación de este documento, no se disponen de pruebas estandarizadas en nuestras lenguas que sean empleadas normalmente en los entornos clínicos. En lengua inglesa se dispone de escalas de valoración basadas en juicios perceptivos y también se han propuesto varias medidas cuantitativas, tales como el cálculo del porcentaje de palabras entendidas en el discurso conversacional.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los trastornos orgánicos de los sonidos del habla.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de la disglosia en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de autoevaluación en relación con estos aspectos:

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para la identificación de las barreras contextuales y de los facilitadores. Utilizando los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades encontramos las relaciones familiares, amigos y conocidos (e310, e320 y e325), los cuidadores, personal de ayuda y personas en cargo de autoridad y subordinado (e330, e335 y e340) y las actitudes individuales de la familia, amigos, conocidos, cuidadores, profesionales de la salud y desconocidos (e410, e420, e425, e440, e445 y e450). Además de los servicios, sistemas y políticas de apoyo social general, de salud y de educación y formación (e575, e580 y e585).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarios de logopedia los pacientes que presentan disglosia susceptible de mejora con tratamiento logopédico en su sintomatología o en el impacto del trastorno en su vida cotidiana.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El objetivo del tratamiento es lograr una mejor articulación para permitir una comunicación oral funcional.

El tratamiento está diseñado para:

- Capitalizar las fortalezas y abordar las debilidades relacionadas con las estructuras y funciones subyacentes que afectan a la articulación.
- Facilitar las actividades y la participación del individuo para adquirir nuevas habilidades y estrategias.
- Modificar los factores contextuales para reducir las barreras y potenciar los facilitadores de una comunicación y participación exitosas, incluida la identificación y el uso de instalaciones adecuadas.

Intervenciones preventivas

El profesional de la logopedia debe trabajar en beneficio de la salud de sus conciudadanos. Esto implica participar en campañas de detección, sensibilización e inclusión de las personas que sufren o pueden sufrir trastornos de la comunicación. Una de las funciones preventivas genéricas se centra en los contextos de relación de las personas con diferentes formas de hablar, idiomas o voces. El logopeda puede influir en la percepción que el entorno tiene de la diversidad comunicativa y, de esta manera, fomentar la plena inclusión de las personas afectadas.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

La intervención logopédica debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente y al tipo de dificultades que presenta. Las orientaciones para el tratamiento de los trastornos de la articulación asociados a la fisura del paladar o fisura labiopalatina dependerán de si las desviaciones del habla son obligatorias (es decir, relacionadas con la anatomía atípica y los defectos estructurales) o aprendidas.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de los trastornos orgánicos de los sonidos del habla.

- Los errores articulatorios obligatorios relacionados con una fisura labiopalatina u otras desviaciones estructurales no responden a la logopedia y probablemente requerirán una intervención quirúrgica u otra actuación física.
- Los errores de articulación aprendidos (por ejemplo: errores compensatorios y emisión de aire nasal) deberían responder a la logopedia.

Los focos de la terapia inicial para niños con articulaciones compensatorias pueden incluir:

- Sonidos para los que el niño es estimulado (es decir: puede articularse, dado un modelo).
- Consonantes nasales y de baja presión, si se producen o se coproducen con paradas glotales.
- Consonantes de alta presión que no se encuentran en el inventario, son adecuadas a la edad o tienen un alto impacto en la inteligibilidad/comprensión.
- Consonantes anteriores que son visibles (por ejemplo: p, b, z, d y f), dado que los niños a menudo compensan con la colocación posterior.

Las estrategias y técnicas utilizadas en la terapia son:

- Utilizar técnicas de colocación fonética, normalmente empezando por bilabiales y luego pasando a alveolares.
- Introducir susurro suave o utilizar el sonido /sh/ sostenido para

romper el patrón glotal y enseñar un flujo de aire oral fácil con glotis abierta.

- → Insertar el sonido /sh/ después de consonantes de parada oral para inhibir el uso de oclusivas glotales antes del inicio vocálico.
- → Enseñar la discriminación auditiva entre el sonido correcto y el error compensatorio para facilitar el autocontrol.
- → Proporcionar indicaciones visuales, tales como:
  - Utilizar un diagrama lateral o un modelo de la boca para orientar la colocación.
  - Apuntar a los labios/lengua para la colocación de sonidos.
  - Utilizar señales visuales de flujo de aire (por ejemplo: utilizar una pluma).
  - Utilizar espejos para observar el posicionamiento articulatorio.
- → Proporcionar indicaciones verbales, como instrucciones para una correcta colocación y forma o corriente de aire.
- → Proporcionar indicaciones táctiles, como:
  - Notar la musculatura del cuello para ayudar a identificar una colocación incorrecta para paradas glotales y para paradas faríngeas y fricativas.
  - Notar un soplo de aire liberado en la mano durante la producción de plosivos.
  - Utilizar el dedo para notar el cierre bilabial y la presión oral del aire sobre los plosivos.
  - Utilizar el taponamiento o pellizco nasal (oclusión nasal) para proporcionar al individuo la sensación de presión oral y para evitar los errores de flujo de aire nasal.
- → Utilizar procedimientos y técnicas logopédicas habituales, como, por ejemplo, las parejas mínimas.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios sobre la intervención logopédica en la disglosia.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Entendemos que el uso del habla y la conversación cotidiana ejercen la función de mantenimiento de los progresos logrados en el tratamiento logopédico. Sin embargo, es necesario animar al paciente y a su entorno a estar atentos a la evolución de los síntomas para recuperar, si fuera necesario, algunos de los ejercicios que los logopedas recomiendan y realizar una actividad sistemática para evitar la pérdida de la eficacia comunicativa.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes hacer estudios sobre la intervención de mantenimiento de los trastornos orgánicos de los sonidos del habla.

Intervenciones en el entorno

Además de la intervención directa en la persona, es importante la intervención en las barreras y los facilitadores ambientales mencionados en la evaluación.

La educación y la formación de padres y madres son esenciales en la intervención temprana. Los logopedas asesoran a la familia sobre el impacto esperado de la disglosia en el habla y los animan a fomentar buenas habilidades comunicativas en sus bebés. Se ha demostrado que los programas de intervención temprana implementados por las familias facilitan el desarrollo del habla y del lenguaje en niños con fisura palatina.

Los logopedas tienen un papel importante en el asesoramiento de la familia: como participar en el juego vocal con sus hijos antes de la cirugía; no reforzar las producciones compensatorias (por ejemplo: gruñidos de laringe y fricativas nasales), y proporcionar una estimulación intensiva del lenguaje.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica.

Equipamiento

El CLC orienta los profesionales de la práctica clínica a tener los siguientes elementos de equipamiento específico a su disposición a la hora de intervenir en trastornos de la resonancia: espejos, dispositivos de retroalimentación visual (mecánicos o digitales) o auditiva y mecanismos de presión aumentada. Para más información, puede consultar el capítulo «Trastornos de la resonancia» y el capítulo «Disfunciones orofaciales».

Como en todas las acciones de exploración o intervención logopédica que invaden el cuerpo del paciente, si éstas pueden suponer un riesgo para su seguridad, deben realizarse en un centro sanitario que pueda dar respuesta adecuada a la situación de riesgo. Cabe recordar que, en este contexto, los logopedas pueden usar el espejo intraoral o la palpación exclusivamente como maniobra para la valoración funcional del gesto articulatorio o bien como estrategia terapéutica.

Es fundamental que los logopedas apliquen estrictas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de sí mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

El estado funcional del paciente en el momento del alta se valorará con una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención. En el momento del alta se dan unas recomendaciones al usuario y a los familiares con el fin de optimizar la intervención y empoderar al paciente. Si se considera adecuado, se recomendará material para continuar trabajando en el domicilio.

Orientaciones para después del alta

Normalmente, las mejoras logradas en el tratamiento se mantienen si la actividad comunicativa se mantiene. A pesar de ello, puede ser conveniente que el paciente conozca algunas actividades de mantenimiento muscular, establecimiento de hábitos orales saludables y adecuados para favorecer el mantenimiento de las competencias adquiridas en el trabajo logopédico.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b3 Funciones de la voz y el habla	b310 Funciones de la voz b3101 Calidad de voz
	b320 Funciones de articulación B3400 Producción de notas
b5 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	b5100 Funciones de succión
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d2 Tareas y demandas generales	d240 Manejo del estrés y otras demandas
d3 Comunicación	d330 Hablar
	d355 Conversar

d5 Autocuidado	d520	Cuidado de partes del cuerpo
	d550	Comer
	d560	Beber
d7 Interacciones y relaciones interperso-nales	d730	Relacionarse con extraños
	d740	Relaciones formales
	d750	Relaciones sociales informales
	d760	Relaciones familiares
	d770	Relaciones íntimas
d8 Áreas princi-pales de la vida	d810	Educación no reglada
	d830	Educación superior
	d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo
	d850	Trabajo remunerado
	d870	Autosuficiencia económica
d9 Vida comuni-taria, social y cívica	d910	Vida comunitaria
	d920	Tiempo libre y ocio
	d9204	Aficiones
	d9205	Socializaciones
FACTORES AMBIENTALES		
e3 Apoyo y relaciones	e310	Familiares cercanos
	e320	Amigos
	e325	Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	e330	Personas en cargo de autoridad
	e335	Personas en cargo subordinado
	e340	Cuidadores y personal de ayuda
	e345	Extraños
	e360	Otros profesionales
e4 Actitudes	e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercanos
	e415	Actitudes individuales de otros miembros de la familia
	e420	Actitudes individuales de amigos
	e425	Actitudes individuales de conocidos, compa-ñeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	e430	Actitudes individuales de personas en cargo de autoridad
	e435	Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad
	E440	Actitudes individuales de cuidadores y personal de apoyo
	e445	Actitudes individuales de desconocidos
	e450	Actitudes individuales de profesionales de la salud

e5 Servicios, sistemas y políticas	e575	Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general
	e580	Servicios, sistemas y políticas de salud
	e585	Servicios, sistemas y políticas de educación y formación

Bibliografía

Aguila Mediavilla EM, Serra Raventós M. Análisis del retraso del habla. Protocolos para el análisis de la fonética y la fonología infantil. Barcelona: Universidad de Barcelona. 2003.

Aguinaga G, Armentia ML, Fraile A, Olangua P, Uriz N. Prueba de lenguaje oral de Navarra. PLON. Madrid: TEA. 1991.

Bosch L. Identificación de procesos fonológicos de simplificación en el habla infantil. Revista de logopedia y fonoaudiología. 1983;3(2):96-102.

Dydyk A, Milona M, Janiszewska-Olszowska J, Wyganowska M, Grocholewicz K. Influence of Shortened Tongue Frenulum on Tongue Mobility, Speech and Occlusion. Journal of Clinical Medicine. 2023; 12(23):7415. https://doi.org/10.3390/jcm12237415

Golding-Kushner KJ. Issues in speech development and management of children with craniofacial disorders, cleft palate and velopharyngeal dysfunction. A C. Bowen, Children's speech sound disorders. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell. 2015:137–142.

González M, García J. Trastorns de la parla d'origen estructural. Panamericana. 2022.

López MJ, Redón A, Zurita MD, García I, Santamaría M, Iniesta J. Exploración del lenguaje comprensivo y expresivo. Madrid: CEPE. 1996.

Peterson-Falzone SJ, Trost-Cardamone JE, Karnell MP, Hardin-Jones MA. The clinician's guide to treating cleft palate speech. St. Louis, MO: Mosby. 2016.

World Health Organization. Global registry and database on craniofacial anomalies: Report of a WHO registry meeting donde craneofacial anomalías. Bauru, Brazil: Author. 2001.

Zajac DJ, Vallino LD. Evaluation and management of cleft lip and palate: A developmental perspective. Plural Publishing. 2016.

Trastornos de la resonancia

11

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos de la resonancia. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 270–289. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos de la resonancia. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 270–289). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para prevenir, diagnosticar e intervenir en los trastornos de la resonancia, con formación especializada en la evaluación anatomofisiológica y funcional, así como en las técnicas terapéuticas propias para la mejora, la rehabilitación y el mantenimiento del habla y la resonancia afectadas.

2 El CLC impulsa la investigación para conocer la prevalencia local de los trastornos de la resonancia, desarrollar instrumentos de evaluación específicos en catalán y castellano, así como establecer intervenciones basadas en la evidencia científica que mejoren la comunicación, la calidad de vida y la autoimagen de las personas afectadas.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario para garantizar una atención integral, que coordine a logopedas, neurólogos, otorrinolaringólogos, estomatólogos, cirujanos maxilofaciales, psicólogos y profesionales de la voz artística cuando sea necesario, y promueve la prevención, la sensibilización, la derivación adecuada y la aplicación de medidas de seguridad en los centros sanitarios para llevar a cabo las exploraciones y los tratamientos.

¿Qué es?

Definición

La resonancia del habla es el resultado de la transferencia de sonido producida por los pliegues vocales a través del tracto vocal formado por la faringe, la cavidad oral y la cavidad nasal. El tracto vocal filtra este sonido, potenciando o amortiguando selectivamente los armónicos en función de los tamaños, las formas, la impedancia de las estructuras y los tejidos y tensión del tracto vocal. La resonancia percibida es el resultado de este sonido filtrado.

La válvula velofaríngea es el mecanismo anatómico y funcional compuesto por el velo del paladar, la pared posterior de la faringe y las paredes laterales de la faringe, que permite la separación de la cavidad oral y nasal durante la fonación y la deglución. Esta estructura es esencial para la producción adecuada de los sonidos orales y para prevenir el escape de aire nasal innecesario en el habla. Tiene un papel crucial en la determinación de la resonancia del habla; sin embargo, otros aspectos del tracto vocal también contribuyen a la percepción del sonido: el tamaño, la forma y la tensión muscular de las cavidades resonantes (faringe, cavidad oral y cavidad nasal), la posición de la lengua y el grado de apertura de la boca. La apertura y el cierre de válvulas a lo largo del tracto vocal (por ejemplo: los pliegues vocales, la válvula velofaríngea y el punto de articulación) contribuyen al tamaño, la forma y la tensión muscular del tracto vocal.

La resonancia normal se logra mediante un equilibrio adecuado de energía sonora oral y nasal, en función del sonido del habla que se quiere producir. La resonancia varía para vocales, consonantes orales y consonantes nasales y también varía según las lenguas, los dialectos y las poblaciones. La mayoría de vocales y consonantes vocales en lenguas catalana y castellana son predominantemente orales. La resonancia normal tiene un rango de aceptabilidad y se percibe a lo largo de la producción del habla.

Los trastornos de resonancia son el resultado del exceso o de la falta de energía sonora nasal u oral en la señal del habla. Pueden ser el resultado de causas estructurales o funcionales y, ocasionalmente, se deben a un mal aprendizaje.

La resonancia es una función del sonido, no del flujo de aire. Los trastornos de resonancia no deben confundirse con «errores» o distorsiones del flujo de aire nasal. Los «errores» del flujo de aire nasal están relacionados con la articulación cuando hay un escape inadecuado de aire a través de la cavidad nasal durante la producción de consonantes de alta presión.

Los trastornos de resonancia incluyen los siguientes:

- **Hipernasalidad**: se produce cuando hay exceso de energía sonora en la cavidad nasal durante la producción de sonidos orales.
- **Hiponasalidad**: se produce cuando no hay suficiente resonancia

nasal en los sonidos nasales debido a un bloqueo en la nasofaringe o en la cavidad nasal.

→ **La resonancia *cul-de-sac***: se produce cuando el sonido resuena en una cavidad (oral, nasal o faríngea) pero se percibe como «atrapado» y no puede salir debido a una obstrucción.

→ **Resonancia mixta**: presencia de hipernasalidad, hiponasalidad o resonancia *cul-de-sac* en una misma señal de habla.

Signos clínicos

Los signos y síntomas de los trastornos de resonancia pueden variar en función de varios factores, incluyendo el tipo de trastorno de resonancia y la gravedad de la enfermedad que provoca el trastorno. A continuación, se enumeran los signos y síntomas asociados a cada tipo de trastorno de resonancia.

Hipernasalidad:

- Se percibe cuando hay una resonancia nasal excesiva, normalmente en vocales, sonidos fricativos, líquidos y, en casos graves, consonantes orales (por ejemplo, /b/, /d/ y /g/).
- Las vocales cerradas (/u/, /i/) son más susceptibles a los efectos de la hipernasalidad y suelen ser las primeras vocales en las que el oyente lo nota.
- Las consonantes oclusivas pueden ser percibidas como sus correspondientes consonantes nasales homorgánicas (por ejemplo, /n/ en lugar de /d/ o /m/ en lugar de /b/).
- La hipernasalidad puede ir acompañada o no de un flujo de aire nasal que se escapa por incompetencia de la válvula palatofaríngea.

Hiponasalidad:

- Se percibe cuando hay una resonancia nasal reducida en vocales y consonantes nasales.
- En los casos más graves, la hiponasalidad se produce conjuntamente con la desnasalización de las consonantes nasales (/m/, /n/ y /ŋ/), haciendo que se perciban como orales (por ejemplo, /b/ en lugar de /m/, /d/ en lugar de /n/, y /g/ en lugar de /ŋ/).

Resonancia *cul-de-sac*:

- El sonido resuena en una de las cavidades del tracto vocal (habitualmente faríngeo), pero se bloquea en la salida de la cavidad debido a una obstrucción.
- Tanto la resonancia *cul-de-sac* oral como la faríngea provocan que las consonantes sean «silenciadas» e indiferenciadas y se reduzca el volumen del habla.
- La resonancia nasal *cul-de-sac* provoca una resonancia disminuida.

Resonancia mixta:

- Concurrencia de hipernasalidad, hiponasalidad o resonancia *cul-de-sac* en la misma señal de habla.

- La hipernasalidad y la hiponasalidad se pueden producir en diferentes momentos durante la misma frase.
- La hipernasalidad y la hiponasalidad pueden coexistir cuando hay trastornos de la resonancia y cualquier forma de obstrucción nasofaríngea.

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. Los trastornos de la resonancia implican funciones de habla, voz, producción de notas y succión (b320, b3101, b5100 y b3400).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
MA82.2	Rinolalia (incluye hipernasalidad e hiponasalidad)
MA82.Z	Trastornos de la voz y la resonancia no especificados

Causas

Hay varias causas de los trastornos de resonancia, por ejemplo, disfunción velofaríngea, fístulas oronasales, obstrucción a la cavidad nasal o faríngea, exceso de impedancia en la cavidad oral debido a una configuración idiosincrática de las estructuras, y pérdida de audición. Las causas específicas se agrupan, a continuación, por tipo de trastorno de resonancia.

Hipernasalidad

- Disfunción velofaríngea por causas estructurales que dan lugar a insuficiencia velofaríngea. La más común es la fisura palatina. En general, hasta un 30 % de las personas que se han sometido a una reparación del paladar con fisura experimentan insuficiencia velofaríngea continuada.
- Disfunción velofaríngea por anomalías estructurales asociadas a síndromes genéticos.
- Disfunción velofaríngea por causas neurogénicas que dan lugar a incompetencia de la válvula velofaríngea, paresia o parálisis velar, enfermedades neuromusculares, neurofibromatosis y síndromes del neurodesarrollo. Las causas neurogénicas a menudo se asocian a disartria e hipotonía.
- Disfunción velofaríngea por un aprendizaje velofaríngeo incorrecto producido por articulaciones compensatorias aprendidas que se desarrollan debido a la incapacidad de generar un flujo de aire intraoral adecuado para la producción de consonantes.
- Disfunción velofaríngea por un aprendizaje velofaríngeo inco-

rrecto producido por falta de retroalimentación auditiva en personas sordas o con pérdida auditiva significativa.
- Fístula oronasal en individuos con antecedentes de fisura del paladar, traumatismo en la cavidad oral o cirugía en la cavidad oral.
- Configuración anatómica idiosincrática de la cavidad oral y patrones articulatorios anómalos, como la frontalización de la lengua que ocupa gran parte de la cavidad oral y aumenta la impedancia intraoral, provocando nasalidad transpalatina, caracterizada por una resonancia nasal excesiva en la emisión de sonidos no nasales sin presencia de disfunción velofaríngea.

Hiponasalidad

- Obstrucción de la cavidad nasal o nasofaríngea (por ejemplo: hipertrofia adenoidea, retrognatismo maxilar u otras anomalías craneofaciales).
- Inflamación (con o sin congestión nasal) debido a rinitis alérgica, resfriado común, hipertrofia adenoidea, pólipos nasofaríngeos y amígdalas hipertróficas.
- Tabique nasal significativamente desviado.
- Atresia de coanas (estrechamiento anormal del paso desde la nariz hasta la faringe).
- Estenosis de narinas (fosas nasales estrechas, a menudo vistas en pacientes con reparación de la fisura labial).
- Complicaciones no deseadas de la cirugía correctiva de fisura palatina.
- Problemas de planificación o ejecución motora (apraxia) que provocan un cierre velofaríngeo inconsistente y anormal en fonemas nasales.
- La falta de retroalimentación auditiva en individuos sordos o con pérdida auditiva significativa puede provocar una hiponasalidad percibida debido a la posición atípica de la lengua durante el habla.

Resonancia *cul-de-sac*

- Obstrucciones faríngeas (más comunes): hipertrofia de amígdalas/adenoidea; la falta de retroalimentación auditiva en personas sordas o con una pérdida auditiva significativa puede provocar una resonancia *cul-de-sac* debido a la posición atípica de la lengua durante el habla.
- Obstrucciones orales: microstomía (abertura pequeña de la boca).
- Obstrucciones nasales: bloqueo en la parte anterior de la nariz (por ejemplo: estenosis de narinas, pólipos nasales o tabique desviado).

Resonancia mixta

- Problemas de planificación o ejecución motora (apraxia) que

tienen como resultado una apertura y cierre anormal de la válvula velofaríngea.
- Combinación de fisura palatina y cualquier forma de obstrucción nasofaríngea: se puede producir hipernasalidad e hiponasalidad.
- La falta de retroalimentación auditiva en personas sordas o con pérdida auditiva significativa puede provocar problemas de resonancia mixta.

Consideraciones para las personas sordas o con dificultades auditivas

Las personas sordas o con dificultades auditivas suelen presentar trastornos de resonancia caracterizados por hipernasalidad o hiponasalidad, resonancia mixta o *cul-de-sac*. En la mayoría de los casos, estos problemas de resonancia son resultado de un mal control de la válvula velofaríngea debido a la falta o alteración de la retroalimentación auditiva. A pesar de tener una estructura y un movimiento muscular normales, la válvula velofaríngea puede tener una falta de ritmo y tiempo.

Epidemiología

Dadas las diversas etiologías y presentaciones de los trastornos de resonancia, en el momento de publicación de este documento, se desconoce su incidencia global y su prevalencia.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia en nuestro país de los trastornos de resonancia.

Impacto en la vida de la persona

La nasalidad en el timbre de voz tiene una repercusión en la eficacia de la comunicación y en la imagen que la persona ofrece a su entorno. El impacto en la inteligibilidad del habla y la pérdida de intensidad general hacen que los mensajes que la persona emite no siempre sean entendidos y generen los efectos comunicativos esperados. Por otra parte, los interlocutores de las personas que presentan trastornos de la resonancia se forman un juicio negativo respecto al hablante. A menudo, el habla nasalizada con articulaciones distorsionadas es prejuzgada como relacionada con un bajo nivel intelectual o cultural. Este prejuicio marca desfavorablemente la relación con los demás.

En relación con las actividades y la participación, los trastornos de resonancia inciden en tareas y demandas generales (d2), actividades de comunicación (d3), de autocuidado (d5) y en las interacciones y relaciones interpersonales generales (d7). Con el paso del tiempo, puede afectar al trabajo (d840-d859), la vida económica (d860-d879) y al conjunto de la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, encontrará detalladas las afectaciones de los trastornos de resonancia en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para crear conjuntos básicos de

categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar en qué elementos inciden los trastornos de resonancia.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación para la comunicación verbal

Leve sensación de nasalidad que no interfiere en la eficacia de la comunicación. Puede ser interpretada como síntoma de resfriado o de alergia.

Grado I: moderada limitación para la comunicación verbal

Se percibe un habla nasalizada en algunos momentos de la conversación. Supone una pérdida leve de la sensación de intensidad. Puede producir alguna confusión en la inteligibilidad del habla, especialmente en entornos ruidosos.

Grado II: severa limitación para la comunicación verbal

Se percibe un habla nasalizada en muchos momentos de la conversación. Supone una pérdida significativa de la sensación de intensidad. Se producen confusiones en la inteligibilidad del habla, especialmente en entornos ruidosos. El hablante siente cierta vergüenza o incomodidad en las relaciones comunicativas. El interlocutor puede expresar alguna inferencia sobre la personalidad o aptitudes del hablante.

Grado III: grave limitación para la comunicación verbal

Se percibe un habla nasalizada durante la conversación. Supone una pérdida significativa de la sensación de intensidad que dificulta la inteligibilidad del habla. El hablante siente incomodidad en las relaciones comunicativas. El interlocutor expresa alguna inferencia sobre la personalidad o aptitudes del hablante.

Grado IV: limitación total para la comunicación verbal

La inteligibilidad del habla se ve seriamente afectada. El hablante presenta conductas de evitación del habla. El interlocutor expresa alguna inferencia sobre la personalidad o aptitudes del hablante.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos del habla y de la resonancia. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del habla, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para

el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas del habla, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del habla y de la resonancia.

La atención a las personas con alteraciones de la resonancia debe tener en cuenta no solo los elementos estrictamente anatomofisiológicos sino también el impacto en la autoimagen y en las relaciones sociales que esta modalidad de habla supone.

El CLC orienta los profesionales a mantener una formación continuada en estos aspectos que a menudo no se consideran en la atención a la salud y que, incluso, han sido calificados de logopedia estética. Los logopedas deben velar por la mejora de la calidad de vida de las personas, la mejora de las características de resonancia del habla, unos rasgos que no deben ser considerados banales.

Orientación interdisciplinar

Dependiendo de la etiología del trastorno de resonancia, pueden participar varios profesionales en la atención de los pacientes: médicos neurólogos, médicos otorrinolaringólogos, médicos estomatólogos o médicos maxilofaciales. Si el impacto en la autoimagen es muy importante, podrá ser de interés el concurso del psicólogo y, en caso de que el paciente se dedique a la voz artística, quizás habrá que interactuar con su profesor de canto, teatro o locución.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

La derivación de los pacientes que presentan alteraciones de la resonancia al servicio de logopedia será realizada por los médicos ORL o maxilofacial y será necesario que aporten información relativa a:

- Resultados de los estudios con acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- Visualización del mecanismo de la válvula velofaríngea mediante fibroscopio.
- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto quirúrgicos como rehabilitadores o farmacológicos, con fecha de realización.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de los trastornos de resonancia.

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, con especial referencia a las relacionadas con la resonancia.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto del habla en la calidad de vida, teniendo en cuenta el impacto de las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

La evaluación incluye la valoración de la función oral, nasal y velofaríngea para la producción del habla. El objetivo es ayudar a determinar si la persona se beneficiaría de la logopedia y aportar información funcional para la toma de decisión quirúrgica o protésica.

Se puede considerar que algunas de las pruebas que los logopedas deben hacer para valorar las estructuras orales invaden el cuerpo del paciente. Cabe recordar que estas pruebas siempre deben realizarse en centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente.

Examen de las estructuras orales:

- Examen visual del complejo craneofacial para identificar anomalías estructurales.
- Evaluar la estructura y la función oral:
  - Simetría, fuerza y movimiento de las estructuras orales (labios, mandíbula, lengua y velo del paladar).
  - Longitud del paladar blando en relación con la profundidad de la orofaringe.
  - Presencia de fístulas en el paladar duro o blando.
  - Signos de posible fisura submucosa, incluyendo úvula bífida.
  - Presencia y tamaño del tejido amigdalar.
  - Evidencia de cirugías pasadas.

Producción de sonidos del habla:

- Determinar si la articulación es adecuada a la edad y socialmente aceptable.
- Diferenciar los tipos de errores de resonancia en varios contextos de habla:
  - En población pediátrica: errores de articulación del desarrollo y errores fonológicos.

- Distorsiones obligatorias (por fisura palatina anormal).
- Errores de articulación compensatorios.
- Errores de aprendizaje velofaríngeo erróneo.
- Errores o distorsiones propios de la disartria o la apraxia.
- Distorsiones secundarias a la obstrucción nasal.

→ Evaluar la inteligibilidad del habla, evaluando los factores que inciden en esta.

→ Valoración acústica informatizada de la presencia de resonancia nasal en la espectrografía.

Resonancia:

→ Medida de la nasalancia con dispositivos adecuados (Rose Medical Nasometer, Nasometer 6450 de Kay Pentax, entre otros). La nasalancia es la relación entre la energía acústica captada por un micrófono nasal (N) y un micrófono oral (O). Este valor cuantifica la hipernasalidad en emisiones sostenidas, secuencias numéricas y frases. Existen valores típicos disponibles para la población española de entre 3 y 5 años.

→ Utilizando palabras o frases, hay que evaluar lo siguiente:

- Hipernasalidad: resonancia nasal excesiva en vocales y consonantes orales.
- Hiponasalidad: resonancia insuficiente o ausente en consonantes nasales y vocales adyacentes, especialmente /i/ y /u/.
- Resonancia mixta: elementos de hipernasalidad inconsistente, hiponasalidad y/o *cul-de-sac* durante la emisión de frases.
- Resonancia *cul-de-sac*: el sonido se silencia y las consonantes son indistintas debido a un bloqueo en la salida de la cavidad nasal, oral o faríngea.

→ Acciones a realizar para confirmar lo que se ha escuchado:

- Tocar ambos lados de la nariz para notar las vibraciones que puedan acompañar la hipernasalidad percibida.
- Alternativamente, pinzar y luego liberar la nariz mientras el individuo produce un segmento de habla (un cambio en la resonancia indica hipernasalidad).
- Apoyar un tubo de goma acoplado a una de las narinas y conectado al canal auditivo del examinador mientras el paciente emite sonidos no nasales, que permita una transmisión clara de la resonancia en la mayoría de los casos.

Emisión de aire nasal:

→ Uso de consonantes orales de presión oral sin voz (oclusivas, fricativas o africadas):

- Escuchar la emisión de aire nasal audible en varios contextos de habla.
- Determinar si la emisión de aire nasal está presente en todos los sonidos sensibles a la presión (obligatorio) o es específica del fonema (aprendido).
- Escuchar la presencia de presión débil o sin calidad plosiva sobre

las consonantes oclusivas (obligatorio en la fisura palatina).
- Mantener el espejo de Glatzel bajo las narinas para detectar la emisión de aire nasal.
- Notar el flujo de aire que sale de la fosa nasal situando un extremo de un tubo de escucha en la entrada de la fosa nasal y el otro extremo en la oreja del examinador.

Alimentación y deglución:

→ Interesarse por antecedentes de regurgitación nasal de alimentos o líquidos o dificultades de alimentación o deglución. Si los hay, se pueden realizar o solicitar estudios instrumentales como videofluoroscopia, rinofibroscopia, laringoscopia o evaluación de presión intraoral.

Evaluación audiológica:

→ Examen otoscópico.
→ Pruebas de impedancia para evaluar la función del oído medio.
→ Pruebas de Weber y Rinne para orientar la presencia y el tipo de pérdida auditiva.
→ Pruebas de reconocimiento de palabras.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los trastornos de la resonancia.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de los trastornos de la resonancia en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de evaluación de estos aspectos.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para identificar las barreras contextuales y los facilitadores. Utilizando los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades, encontramos las relaciones familiares, amigos y conocidos (e310, e320 y e325), los cuidadores, el personal de ayuda y las personas con cargo de autoridad y subordinado (e330, e335 y e340) y las actitudes individuales de la familia, amigos, conocidos, cuidadores, profesionales de la salud y desconocidos (e410, e420, e425, e440, e445 y e450). Además de los servicios, sistemas y políticas de apoyo social general, de salud y de educación y formación (e575, e580 y e585).

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes orientar sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación en catalán de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarios de logopedia los pacientes con alteraciones de resonancia susceptibles de mejora con tratamiento logopédico, en su sintomatología o en el impacto del trastorno en su vida cotidiana.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- → Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- → Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- → Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- → Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- → Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El tratamiento está diseñado para:

- → Aprovechar las fortalezas y abordar las debilidades relacionadas con las estructuras y funciones subyacentes que afectan a la resonancia y la articulación.
- → Facilitar las actividades y la participación del individuo para adquirir nuevas habilidades y estrategias.
- → Modificar los factores contextuales para reducir las barreras y potenciar los facilitadores de una comunicación y participación exitosas, incluida la identificación y el uso de instalaciones adecuadas.

El objetivo del tratamiento es lograr una mejor resonancia y una articulación suficiente para permitir una comunicación oral funcional.

Intervenciones preventivas

Los logopedas deben procurar actuar en beneficio de la salud de sus conciudadanos. Esto implica que pueden actuar en campañas de detección, sensibilización e inclusión de las personas que presentan o pueden presentar alteraciones de la comunicación. Una de las funciones preventivas genéricas recae en los contextos de relación de las personas con hablas, lenguajes o voces diversas. Los logopedas pueden influir en la valoración que el entorno hace de la diversidad comunicativa y favorecer así la inclusión plena de las personas que presentan alteraciones.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

Los procedimientos de tratamiento de las alteraciones de la resonancia incluyen la cirugía, la implantación de prótesis, la acción farmacológica y el tratamiento logopédico. La selección del tratamiento se decide en función de la causa del trastorno de resonancia con adecuación a la edad cronológica y de desarrollo del individuo, a su estado de salud, así como a sus capacidades físicas, sensoriales, cognitivas y de bagaje cultural y lingüístico.

El manejo quirúrgico es el tratamiento más común para el habla hipernasal debida a la insuficiencia velofaríngea (estructural) y también se puede utilizar para tratar fístulas oronasales sintomáticas para el habla. El manejo quirúrgico de la hiponasalidad implica procedimientos para corregir las fuentes anatómicas de obstrucción.

El manejo protésico se utiliza para corregir problemas de resonancia que dan lugar a hipernasalidad cuando no hay opciones quirúrgicas o cuando el individuo no puede o no quiere someterse a una cirugía. Los logopedas pueden colaborar con ortodoncistas para ayudar en el diseño protésico, el posicionamiento o los ajustes para una función óptima de habla y la deglución.

El manejo farmacológico a veces está indicado cuando la inflamación en la cavidad nasal debida a alergias u otros irritantes está causando o contribuyendo a la hiponasalidad. Los medicamentos incluyen antihistamínicos o esteroides administrados mediante espráis nasales o medicamentos orales.

La logopedia no puede corregir trastornos de resonancia que se deben a causas estructurales. Su función es de apoyo funcional a las acciones quirúrgicas y protésicas y correctivas en las articulaciones compensatorias no obligadas y en las articulaciones mal aprendidas.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos de los trastornos de resonancia.

La emisión de aire nasal y la hipernasalidad con función normal de la válvula velofaríngea o posquirúrgica se puede abordar con técnicas como:

- Retroalimentación visual proporcionada por un espejo colocado bajo la nariz durante la producción de fonemas orales o por dispositivos diseñados para este objetivo.

- Retroalimentación auditiva proporcionada por tubos de plástico (un extremo se coloca en la entrada nasal del paciente y el otro extremo se coloca en la oreja), por el uso del estetoscopio o con aplicaciones informáticas que captan separadamente la señal sonora oral de la señal nasal.
- Retroalimentación visual mediante dispositivos de *feedback* basados en el análisis en tiempo real de la nasalancia, con un ajuste adecuado y progresivo de los umbrales objetivo, haciéndolos accesibles a la persona.
- Práctica de la emisión de sonidos específicos afectados por las características estructurales de la vía de fonación y por el escape de aire, con el objetivo de mejorar la inteligibilidad en la cadena hablada.
- Ajuste de la acomodación articulatoria y del punto de articulación para optimizar la producción de sonidos, mejorando la inteligibilidad y la resonancia cuando las estructuras físicas no permiten un patrón articulatorio estándar.
- Conciencia y práctica de los aspectos suprasegmentales del habla, como la acentuación, el control de la intensidad y la prosodia, con el objetivo de mejorar la inteligibilidad y la naturalidad de las emisiones y de la voz.

En las alteraciones de la resonancia relacionadas con la apraxia del habla, es importante el trabajo de planificación y coordinación del movimiento velofaríngeo. La percepción de la resonancia también puede mejorar a medida que el velo se articula con más precisión.

En los casos de debilidad muscular o de disartria que dan lugar a la hipernasalidad, podemos compensar el trastorno de resonancia persistente utilizando técnicas específicas de la disartria o bien el tratamiento de resistencia por presión positiva continua de las vías respiratorias durante el habla con dispositivos tipo CPAP.

Las personas sordas o con dificultades auditivas a menudo tienen dificultades para controlar la función de la válvula velofaríngea debido a la falta o disminución de la retroalimentación auditiva. Los audífonos y los implantes cocleares sirven para ayudar a los mecanismos de retroalimentación auditiva del individuo, lo que mejora sus habilidades de autocontrol. Se ha demostrado que los implantes cocleares aumentan la comprensión del habla y ayudan a mejorar la resonancia de los hablantes orales. Después de obtener audífonos o recibir implantación coclear, los individuos a menudo se benefician de la rehabilitación auditiva para mejorar las habilidades de escucha y de comunicación. Los objetivos adicionales pueden abordar el habla (por ejemplo: mejorar la producción de consonantes) y la resonancia, aprovechando la mejora de la retroalimentación auditiva.

Las personas sordas pueden beneficiarse de la retroalimentación visual y táctil para normalizar el habla hipernasal. Estas técnicas de retroalimentación pueden incluir la monitorización visual del flujo de aire nasal con espejo o con dispositivos y la retroalimentación táctil.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios sobre la intervención logopédica en los trastornos de la resonancia.

Intervenciones de mantenimiento de la función

El CLC entiende que el uso del habla y la conversación cotidiana ejercen la función de mantenimiento de los progresos logrados en el tratamiento logopédico. Sin embargo, es necesario incentivar al paciente y a su entorno a estar atentos a la evolución de los síntomas para recuperar, si fuera necesario, algunos de los ejercicios que los logopedas recomiendan y realizar una actividad sistemática para evitar la pérdida de la eficacia comunicativa.

Intervenciones en el entorno

En el momento de publicación de este documento no se conocen programas específicos de intervención en el entorno para modificar la tolerancia de los interlocutores a las distorsiones articulatorias y la imagen desfavorecida que pueden dar las personas con trastornos de la resonancia. Sin embargo, es importante la intervención en las barreras y los facilitadores ambientales mencionados en la evaluación.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes efectuar estudios sobre la intervención en el entorno de los trastornos de la resonancia.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica.

Equipamiento

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a disponer de elementos de equipamiento específico como son los espejos, los dispositivos de retroalimentación visual (mecánicos o digitales) o auditiva y mecanismos de presión aumentada a la hora de intervenir en trastornos de la resonancia. La captación de muestras de voz para las valoraciones y las estrategias de *feedback* propias del tratamiento rehabilitador requieren disponer de equipamiento de grabación y de análisis digital de la voz (grabadoras digitales, micrófono y ordenadores equipados con software especializado. Existen opciones de software libre validadas).

Como en todas las acciones de exploración o intervención logopédica que invaden el cuerpo del paciente, si estas pueden suponer un riesgo para su seguridad, deben realizarse en un centro sanitario que pueda dar respuesta adecuada a la situación de riesgo. Cabe recordar que, en este contexto, los logopedas pueden usar el espejo intraoral o la palpación exclusivamente como maniobra para la valoración funcional del gesto articulatorio o bien como estrategia terapéutica.

Es fundamental que los logopedas apliquen estrictas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de sí mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del mate-

rial y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se realiza una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad. O bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- La inteligibilidad del habla del individuo no perjudica la participación en las actividades y no afecta al estado de salud, la seguridad y la independencia.
- La producción del habla del individuo es equivalente a la de personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Orientaciones para después del alta

Normalmente, las mejoras logradas en el tratamiento se mantienen si la actividad comunicativa se mantiene. A pesar de ello, puede ser conveniente que el paciente conozca algunas actividades de mantenimiento muscular, establecimiento de hábitos orales saludables y adecuados para favorecer el mantenimiento de las competencias adquiridas en el trabajo logopédico.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b3 Funciones de la voz y el habla	b310 Funciones de la voz b3101 Calidad de voz
	b320 Funciones de articulación b3400 Producción de notas
b5 Funciones de los sistemas cardio-vascular, hematológico, immunológico y respiratorio	b5100 Funciones de succión
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d2 Tareas y demandas generales	d240 Manejo del estrés y otras demandas
d3 Comunicación	d330 Hablar
	d355 Conversar
d5 Autocuidado	d520 Cuidado de partes del cuerpo d550 Comer d560 Beber
d7 Interacciones y relaciones interperso-nales	d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas
d8 Áreas princi-pales de la vida	d810 Educación no reglada d830 Educación superior d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo d850 Trabajo remunerado d870 Autosuficiencia económica
d9 Vida comuni-taria, social y cívica	d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio d9204 Aficiones d9205 Socializaciones

FACTORES AMBIENTALES		
e3 Apoyo y relaciones	e310	Familiares cercanos
	e320	Amigos
	e325	Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	e330	Personas con cargo de autoridad
	e335	Personas con cargo subordinado
	e340	Cuidadores y personal de ayuda
	e345	Extraños
	e360	Otros profesionales
e4 Actitudes	e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercanos
	e415	Actitudes individuales de otros miembros de la familia
	e420	Actitudes individuales de amigos
	e425	Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	e430	Actitudes individuales de personas en cargo de autoridad
	e435	Actitudes individuales de personas en cargo subordinado
	e440	Actitudes individuales de cuidadores y personal de apoyo
	e445	Actitudes individuales de desconocidos
	e450	Actitudes individuales de profesionals de la salud
e5 Serveis, sistemes i polítiques	e575	Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general
	e580	Servicios, sistemas y políticas de salud
	e585	Servicios, sistemas y políticas de educación y formación

Bibliografía

Álvarez D, Palomares M, Quezada V, Villena C. Evaluación de la insuficiencia velofaríngea: presentación de un protocolo de evaluación para pacientes portadores de fisura labiopalatina. Revista Chilena de Fonoaudiología. 2004;5(2): 41-55.

Inostroza-Allende F, Baeza-Pavez G, Del Valle-Román P, Fernández-Antifil J, Yáñez-Pavez C, Pino-Castillo J. Perceptual evaluation of velopharyngeal insufficiency in people with cleft palate: an integrative literature review. Revista Chilena de Fonoaudiología. 2021;20: 1-21.

John A, Sell D, Sweeney T, Harding-Bell A, Williams A. The cleft audit protocol for speech—augmented: A validated and reliable measure for auditing cleft speech. The Cleft palate-craniofacial journal. 2006;43(3): 272-288.

Kummer AW. Speech/resonance disorders and velopharyngeal dysfunction (VPD). A. W. Kummer, *Cleft palate and craniofacial conditions: A comprehensive guide to clinical management*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2020. 265-299.
Moore E. Special Considerations for Evaluation and Treatment of Spanish-Speaking Patients with Cleft Palate. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups. 2016;1(5): 41-49.
Nasser M, Fedorowicz Z, Newton JT, Nouri M. Interventions for the management of submucous cleft palate. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008;23: 1-16.
Peterson-Falzone SJ, Trost-Cardamone JE, Karnell MP, Hardin-Jones MA. The clinician's guide to treating cleft palate speech. St. Louis, MO: Mosby. 2017.
Peris-Hernández C, Rosell-Clari V, Kummer A W. Nasalance scores in Spanish-speaking children aged 3 to 5 years according to gender, age, and vowel load. Rev. investig. logop. [Internet]. 31 de enero de 2024;14(1):e88054. https://doi.org/10.5209/rlog.88054
Prater RJ, Swift RW. (1996). Manual de terapéutica de la voz. Masson.
Reddy SRM, Subramaniyan B, Nagarajan R. Studying the impact of cleft of lip and palate among adults using the International Classification of Functioning, Disability and Health framework. Journal of Cleft Lip Palate and Craniofacial Anomalies. 2017;4(2): 125.

Apraxia del habla

12

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Apraxia del habla. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 290–309. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Apraxia del habla. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 290–309). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario experto en el diagnóstico diferencial, el tratamiento y el seguimiento de la apraxia del habla. Debe contar con formación especializada en control motor, codificación fonológica y estrategias terapéuticas adaptadas, incluida la comunicación aumentativa y alternativa.

2 El CLC promueve la investigación para conocer la prevalencia de la apraxia del habla en nuestro territorio, desarrollar instrumentos de evaluación e intervención en catalán, y elaborar conjuntos básicos de categorías CIF para evaluar su impacto funcional y en la calidad de vida.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario que incluya a médicos neurólogos, fisioterapeutas y otros especialistas, según el caso, con la participación activa de la familia y el uso de tecnologías de apoyo adecuadas para garantizar la mejor atención integral.

¿Qué es?

Definición

La apraxia del habla es un trastorno neurológico motor del habla que afecta a la planificación y programación de los movimientos necesarios para articular sonidos, sílabas y palabras, con ausencia de alteraciones musculares o estructurales que justifiquen la dificultad. Se distinguen dos formas principales: la apraxia del habla adquirida en adultos, que suele presentarse como secuela de un accidente cerebrovascular u otra lesión cerebral, y la apraxia del habla infantil o del desarrollo, que se puede presentar en niños como un trastorno del habla sin causa conocida, como parte de trastornos neurológicos complejos (como autismo o síndromes genéticos) o asociado a daños cerebrales conocidos (como ictus o traumatismos). La apraxia del habla también se ha referido en la literatura clínica como apraxia o dispraxia verbal.

Signos clínicos

Los rasgos destacados de la apraxia del habla que han obtenido un amplio consenso para el diagnóstico diferencial son:

- → Distorsiones del fonema y sustituciones o adiciones distorsionadas.
- → Errores inconsistentes.
- → Reducción de sílabas.
- → Errores en la secuencia de movimientos.
- → Reducción del ritmo de habla general.
- → Segregación de la sílaba con duraciones intra- e intersegmentales amplias y fluidez interrumpida con intentos de autocorrección.
- → Dificultad para iniciar secuencias articulatorias que puede ir acompañada de comportamientos audibles o silenciosos que marcan falsos inicios y reinicios.
- → Movimientos iniciales de búsqueda o de tentativa de los órganos articulatorios, que conllevan un exceso de gesticulación y un esfuerzo aumentado para articular.
- → Alteración de la prosodia a consecuencia de la dificultad para imponer un ritmo natural en el habla, variar la entonación, mantener la duración adecuada de los sonidos y proporcionar el énfasis necesario para determinar el acento léxico y de las frases.

Las características anteriores responden a déficits en la planificación y programación de movimientos para el habla y pueden aumentar ante palabras con una mayor longitud de sílaba y complejidad motora. La evolución de la apraxia del habla depende del diagnóstico específico y del tiempo transcurrido desde la aparición inicial. En algunos casos puede mejorar, mantenerse estable o empeorar. En casos graves, inicialmente la persona no puede hablar.

En el contexto del neurodesarrollo, muchos de estos signos pueden considerarse parte del perfil clínico general, en lugar de manifestaciones

aisladas. También pueden darse problemas sensoriales y motores que se producen conjuntamente. Estos incluyen:

- → Retrasos en el desarrollo motor grueso y fino.
- → Apraxia oral.
- → Apraxia de las extremidades.
- → Dificultades de alimentación.
- → Percepción orosensorial anormal (hiper- o hiposensibilidad en la zona oral).

Aunque en algunos casos la apraxia del habla puede ser el signo principal, es frecuente que se presente junto con otros trastornos neurocognitivos y lingüísticos, como la apraxia límbica o de extremidades y la afasia. Por este motivo, otros sistemas de comunicación, como el uso de gestos con significado, la escritura, el señalamiento, el dibujo o las respuestas de sí/no, también pueden estar alterados y no ser fiables funcionalmente.

Por su inconsistencia, el habla puede ser funcional en una situación controlada, pero se puede deteriorar notablemente en otros entornos.

Cuando la apraxia del habla se asocia a trastornos del neurodesarrollo, el impacto sobre el desarrollo lingüístico no se limita al componente fonológico. Este trastorno conlleva un riesgo elevado de dificultades en el lenguaje expresivo, el aprendizaje de la lectura y, en los casos más graves, también la comprensión del lenguaje. Este último efecto se debe principalmente a las restricciones en la capacidad de participar en intercambios comunicativos elaborados. Las limitaciones comunicativas pueden tener consecuencias significativas en el ámbito social, psicológico y educativo.

A veces, hay que diferenciar entre apraxia y disfluencia (tartamudez, disfemia), dado que puede haber alguna superposición en los síntomas. Además, de manera similar a los niños sin trastornos motores del habla, los niños sospechosos de tener apraxia infantil del habla pueden pasar por períodos de disfluencia.

La apraxia del habla a menudo aparece en el contexto de otros trastornos neurogénicos de la comunicación como la disartria y la afasia o se presenta de manera similar. La apraxia del habla no implica debilidad muscular, parálisis, espasticidad o movimientos involuntarios típicamente asociados a la disartria o déficits de comprensión del lenguaje o de producción que caracterizan la afasia.

La apraxia del habla está marcada principalmente por déficits articulatorios y prosódicos, a diferencia de la disartria en que otros subsistemas del habla pueden verse afectados, como alteraciones de la resonancia, la fonación o la respiración. A diferencia de la apraxia del habla, la disartria generalmente no está influida por la automaticidad de la producción del habla, la modalidad del estímulo o las variables lingüísticas.

La apraxia del habla implica funciones corporales del habla, de la voz y del sistema respiratorio (b310, b320 y b450) así como funciones neuromusculoesqueléticas relacionadas con el movimiento (b740 y b765).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
MB4A	Apraxia

Causas

La apraxia adquirida del habla está causada por cualquier proceso o trastorno que comprometa las estructuras y vías del cerebro encargadas de planificar y programar los movimientos motores del habla. Las causas más comunes son ictus, traumatismo craneoencefálico, tumores, traumatismos quirúrgicos o enfermedades progresivas.

Ocasionalmente, la apraxia del habla es el primer, el único o el síntoma más destacado en situaciones degenerativas (por ejemplo: degeneración corticobasal o parálisis supranuclear progresiva). En estos casos se utiliza el término apraxia del habla progresiva primaria.

La apraxia infantil del habla puede ser congénita o se puede adquirir durante el desarrollo del habla:

- → Como trastorno neurogénico idiopático del sonido del habla (es decir, en niños sin anomalías neurológicas observables ni trastornos o afecciones neuroconductuales).
- → Como signos primarios o secundarios dentro de trastornos neuroconductuales complejos (por ejemplo, autismo, epilepsia y síndromes, tales como X frágil, síndrome de Rett y síndrome de Prader-Willi).
- → En asociación con eventos neurológicos conocidos (por ejemplo, ictus intrauterino o infantil, infección, trauma, cáncer cerebral o resección tumoral).

Epidemiología

No hay datos fiables sobre la incidencia y prevalencia de la apraxia del habla en adultos debido a trastornos asociados a la coocurrencia común de la apraxia del habla con la afasia y la disartria.

Algunos estudios sugieren que la apraxia del habla aislada (es decir, apraxia del habla en ausencia de disartria o afasia) es muy poco frecuente. Puede ser observada como trastorno primario en un 6,9 % de los casos diagnosticados como trastornos motores del habla. Sin duda, este porcentaje aumentaría drásticamente si los datos incluyeran casos en los que la apraxia del habla es un trastorno secundario de la comunicación.

Las estimaciones de prevalencia de apraxia infantil del habla no son fiables debido a la inconsistencia de las pautas diagnósticas, la falta de herramientas de diagnóstico adecuadamente validadas y el tamaño de muestra pequeño en estudios relevantes.

Los datos epidemiológicos indican que la apraxia infantil del habla está presente en 1 o 2 niños de cada 1.000. Se estima que es más alta en niños que en niñas con una proporción de 2-3:1. Se ha informado

de que los niños con apraxia infantil del habla tienen una probabilidad más alta de trastornos concomitantes del lenguaje, lectura u ortografía.

Prevalencia: 100-200/100.000 niños

Se ha estudiado que la apraxia infantil del habla, o sus características, tienen una mayor prevalencia en varios síndromes como la galactosemia, el síndrome X frágil y el síndrome de deleción de 22q11.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia en nuestro país de la apraxia del habla.

Impacto en la vida de la persona

Las personas que presentan apraxia del habla ven afectadas sus relaciones interpersonales cuando el trastorno es lo suficientemente severo para afectar la inteligibilidad del habla y cuando la comunicación se convierte dificultosa o, incluso, imposible. Los niños con dificultades de habla persistentes, como en la apraxia del habla, pueden continuar teniendo problemas en la comunicación oral, la alfabetización y los aspectos sociales de la vida a medida que pasan a la educación postsecundaria y a los entornos laborales. El impacto potencial de la persistencia de las dificultades del habla ponen de manifiesto la necesidad de un soporte continuado para facilitar una transición exitosa a la edad adulta.

En relación con las actividades y la participación, la apraxia del habla incide en actividades de comunicación (d3), de la vida doméstica (d6) y en las interacciones y relaciones interpersonales generales (d7). Con el paso del tiempo, puede afectar al trabajo (d840-d859), la vida económica (d860-d879) y al conjunto de la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, encontrará detalladas las afectaciones de la apraxia del habla en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar en qué elementos incide la apráxia del habla.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación para la comunicación verbal

Esfuerzo leve para articular y mantener una velocidad eficaz. Ocasionalmente, necesita repetir para que se le entienda.

Grado I: moderada limitación para la comunicación verbal

Habla débil, imprecisa y lenta. Inteligibilidad difícil en ambiente ruidoso habitual. Inteligibilidad buena en ambiente adecuado.

Grado II: severa limitación para la comunicación verbal

Habla limitada a palabras aisladas o a frases cortas con poca inteligibilidad.

Grado III: grave limitación para la comunicación verbal

El paciente emite palabras aisladas o frases cortas (dos o tres palabras) con un escaso control del habla y con poca inteligibilidad. Solo es capaz de producir con eficacia expresiones ubicadas en contexto.

Grado IV: limitación total para la comunicación verbal

El paciente no puede comunicarse en ninguna situación cotidiana. No consigue emisiones sonoras. Habla ininteligible.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para realizar el diagnóstico y los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de las apraxias del habla. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del habla, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas del habla, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del habla o de otros sistemas alternativos y aumentativos de comunicación.

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. Los logopedas que diagnostican y tratan la apraxia del habla deben tener habilidades en el diagnóstico diferencial de trastornos motores del habla y trastornos comórbidos del lenguaje, conocimientos especializados en trastornos de codificación fonológica y en teoría del aprendizaje motor y experiencia en técnicas de intervención adecuadas, como pueden ser la comunicación aumentativa y alternativa y las tecnologías de apoyo.

Orientación interdisciplinar

Como en otras alteraciones de la comunicación, la naturaleza y las manifestaciones diversas de la apraxia del habla pueden suponer que, para una mejor atención de la persona afectada, sea necesaria la cooperación de otros profesionales. Entre estos otros profesionales podemos destacar: el fisioterapeuta (si preocupa la motricidad gruesa o el tono muscular general), el médico neurólogo (si el diagnóstico causal es incierto o si se identifican otros signos o síntomas neurológicos) o un médico genetista (si los antecedentes médicos o familiares del niño sugieren la posibilidad

de un trastorno neuroconductual de origen genético, como el síndrome X frágil o el síndrome de Rett), cada uno desde su perspectiva y con los procedimientos que le son propios.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención extrahospitalaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por el pediatra o médico neurólogo. En la derivación deberá aportar información relativa a:

- Resultados de las exploraciones neurofisiológicas con información sobre: pares craneales implicados en el proceso del habla, integridad del velo del paladar, valoración de la vía aérea en relación con la fonación, con acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- Orientación diagnóstica e hipótesis del impacto en la funcionalidad: sobre todo es necesario identificar la enfermedad de base y la diferenciación entre origen agudo o progresivo.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos como rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de la apraxia del habla.

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, con especial referencia a las relacionadas con el habla.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto del habla en la calidad de vida, teniendo en cuenta el impacto de las limitaciones en los roles sociales de la persona dentro de su comunidad.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

Hay que tener en cuenta que el diagnóstico de apraxia infantil del habla en niños menores de 3 años es un reto por varios motivos: la presencia

potencial de discapacidades del desarrollo y condiciones comórbidas; la falta de una lista única y validada de características diagnósticas que diferencie las apraxias infantiles del habla de otros tipos de trastornos del sonido del habla infantil; el hecho de que algunas características primarias de la apraxia infantil del habla son características del habla emergente en niños, típicamente en desarrollo de menores de 3 años, las dificultades para disponer de una muestra del habla suficientemente amplia para realizar un diagnóstico definitivo, y, por último, por la posibilidad de que los cambios en el habla que se produzcan durante los primeros 3 años puedan alterar la etiqueta diagnóstica.

La reevaluación periódica de las personas con apraxia del habla es importante tanto en los casos de apraxia adquirida como en la progresiva primaria, ya que, en el primer caso, la recuperación neurológica se puede producir durante varios meses o más y, en el segundo caso, para garantizar que la persona se comunica con niveles máximos de independencia y para planificar adaptaciones comunicativas adicionales que puedan convertirse en necesarias con la progresión de la enfermedad.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

La evaluación de la expresión se centra en los aspectos funcionales del habla:

- **Inteligibilidad**: grado en que los oyentes entienden la señal acústica producida por la persona.
- **Comprensibilidad**: grado en que un oyente entiende la persona en función de la señal acústica y otras señales lingüísticas y no lingüísticas.
- **Eficiencia**: la velocidad a la que la persona comunica una pronunciación inteligible o comprensible; fundamental para establecer objetivos funcionales significativos en la planificación del tratamiento.

Planificación del habla motora

La apraxia del habla resulta de una capacidad deteriorada para planificar órdenes que dirigen los movimientos correctos para el habla. La evaluación de la planificación motora del habla incluye la producción de estímulos de diferente complejidad motora: fonemas, sílabas, palabras monosílabas/multisílabas y frases que exigen diferentes demandas al sistema motor del habla.

La evaluación de la planificación motora del habla contrasta los siguientes elementos:

- Distinción oral/nasal.
- Grupos consonánticos al inicio de sílabas *versus* dentro de sílabas.
- Sílabas y palabras acentuadas *versus* sílabas y palabras sin acento.
- Discurso automático *versus* discurso proposicional.
- Imitación *versus* respuestas autogeneradas.

La evaluación de la planificación motora del habla también examina lo siguiente:

- **Discurso espontáneo**: para evaluar el funcionamiento integrado de todos los subsistemas de habla.
- **Prolongación vocálica**: para examinar la coordinación respiratoria-fonatoria y la calidad vocal.
- **Tareas diadococinéticas**: para medir la repetición de sonidos específicos en un período de tiempo determinado. Estos son:
  - Movimientos alternos rápidos: para evaluar la velocidad y la regularidad del movimiento de los articuladores (por ejemplo, /papapa/).
  - Movimientos secuenciales rápidos: para evaluar la capacidad de moverse rápida y secuencialmente de una posición articulatoria a otra, un deterioro particularmente característico de la apraxia del habla (por ejemplo, /pataka/).
- **Evaluaciones acústicas y fisiológicas**: utilizando procedimientos instrumentales y perceptivos para cuantificar las anomalías en el tiempo de inicio de la voz, el ritmo, la prosodia y la entonación, la articulación y la variabilidad de ensayo a ensayo.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar la apraxia del habla con la *Escala Barcelona para la apraxia bucofonatoria* publicada por Montagut en 2025, una escala útil para evaluar cuantitativamente la apraxia bucofonatoria en diferentes enfermedades neurodegenerativas.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de la apraxia del habla.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de la apraxia del habla en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de evaluación de estos aspectos.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para la identificación de barreras contextuales y facilitadores.

- **Facilitadores**: algunos ejemplos son la capacidad y la voluntad de utilizar sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC) de baja y alta tecnología, el soporte familiar y la motivación para volver al nivel de función anterior.
- **Barreras**: son ejemplos de barreras la reducción de la confianza en la comunicación verbal, los déficits cognitivos y las deficiencias visuales y motoras.

La identificación de dichas barreras y facilitadores ayuda el logopeda a determinar el potencial de uso efectivo de técnicas y estrategias compensatorias, incluido el uso de SAAC. Utilizando los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades, encontramos las relaciones familiares (e310 y e315), los cuidadores y personal de ayuda (e340) y el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125).

En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de evaluación de estos aspectos. El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarios de logopedia los pacientes con apraxia del habla susceptibles de mejora con tratamiento logopédico, en su sintomatología o en el impacto del trastorno en su vida cotidiana.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- → Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- → Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- → Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- → Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- → Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El objetivo de la intervención es ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de función independiente para la participación en la vida diaria. La intervención está diseñada para:

- Utilizar los puntos fuertes y abordar las debilidades relacionadas con las estructuras y funciones que afectan a la comunicación.
- Facilitar las actividades y la participación de la persona para desarrollar nuevas habilidades y estrategias.
- Eliminar barreras y potenciar habilidades que aumenten la comunicación y la participación exitosas.

Para las personas con apraxia del habla, los objetivos del tratamiento se centran en facilitar la eficiencia, la eficacia y la naturalidad de la comunicación mediante:

- La mejora de la producción y la inteligibilidad del habla.
- El uso de comunicación aumentativa y alternativa, tales como gestos, signos manuales, dispositivos electrónicos de salida de voz y paneles de comunicación cuando sea necesario.

Intervenciones preventivas

Los logopedas deben ser agentes de salud pública y participar activamente en la promoción de hábitos y actividades que fomenten la prevención de las enfermedades que causan la apraxia. Su testimonio puede servir para la concienciación de ciudadanos ante la salud vascular y la accidentalidad. Los profesionales de la atención primaria deben poder contar con el apoyo de los logopedas en sus campañas de salud pública y deben tener presente la figura de los logopedas en sus derivaciones especializadas.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

Entendemos que, de manera general, los pacientes con apraxia del habla deben recibir atención logopédica de manera inmediata para aprovechar el tiempo de recuperación espontánea y aclarar las dudas diagnósticas. Asimismo, entendemos que el conjunto del tratamiento seguirá los principios del aprendizaje motor que se requiere en un tratamiento intensivo, con un gran número de repeticiones de movimientos de habla o no hablados y con el modo de proporcionar retroalimentación durante las sesiones de tratamiento.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica en las siguientes intervenciones de la apraxia del habla.

Perspectiva artrocinética

Estas tareas se basan en principios de programación motora:

- Proporcionar una práctica frecuente e intensiva de los objetivos del habla.
- Centrarse en el movimiento preciso del habla.
- Incluir aportaciones sensoriales externas para la producción del habla (por ejemplo: señales auditivas, visuales, táctiles y cognitivas).
- Tener en cuenta la organización de los ejercicios de forma aleatoria o de repeticiones en bloque.
- Gestionar el momento y canal de retroalimentación del rendimiento.

Perspectiva sensorial

Muchos tratamientos para la apraxia del habla incorporan la entrada sensorial (por ejemplo: señales visuales, auditivas, propioceptivas y táctiles) para enseñar las secuencias de movimiento del habla. Las indicaciones sensoriales se pueden utilizar por separado o combinadas. Estas indicaciones externas pueden facilitar la producción del habla proporcionando retroalimentación adicional a la persona si no puede beneficiarse o no recibe suficiente retroalimentación sensorial intrínseca.

Perspectiva lingüística

Los métodos lingüísticos para el tratamiento de la apraxia del habla enfatizan los componentes lingüísticos y fonológicos del habla, así como la comunicación flexible y funcional. Estos modelos se centran en la función del habla. Se enfocan en adquirir la articulación correcta de los sonidos del habla y grupos de sonidos con patrones de error similares en un esfuerzo por ayudar al paciente a interiorizar las reglas fonológicas. Es importante tener en cuenta que las perspectivas lingüísticas para las apraxias del habla están pensadas como un complemento de los planteamientos de trabajo motor, no los sustituyen.

Algunos ejemplos de modelos centrados en el hecho lingüístico son los siguientes:

- El método de los ciclos de Hodson es un planteamiento lingüístico dirigido a los errores de patrones fonológicos. Está diseñado para niños con habla altamente ininteligible y que realizan omisiones extensas, algunas sustituciones y un uso restringido de consonantes. El objetivo es aumentar la inteligibilidad en un corto período de tiempo. El tratamiento se programa en ciclos que oscilan entre 5 y 16 semanas. Durante cada ciclo, el logopeda trabaja uno o más patrones fonológicos. Una vez finalizado cada ciclo, comienza otro ciclo dirigido a uno o más patrones fonológicos diferentes. El reciclaje de patrones fonológicos continúa hasta que los patrones dirigidos están presentes en el habla espontánea del niño. El objetivo es aproximar el proceso gradual de desarrollo fonológico típico. No hay un nivel predeterminado de dominio

de los fonemas o patrones de fonemas dentro de cada ciclo; los ciclos se utilizan para estimular la aparición de un sonido o patrón específico, no para producir el dominio.
- La conciencia fonológica integrada está diseñada para facilitar simultáneamente la conciencia fonológica, el conocimiento de las letras y el sonido y la producción del habla en niños con dificultades del habla y del lenguaje. Los planteamientos específicos para facilitar el desarrollo de la conciencia fonológica incluyen (a) desarrollar conocimientos que influyan positivamente en el desarrollo de la conciencia fonológica (por ejemplo: enseñar rimas infantiles y centrarse en las propiedades sonoras del lenguaje hablado) y (b) integrar actividades de conciencia fonológica en sesiones de tratamiento (por ejemplo: conciencia del fonema y actividades de juego de letras).

Los métodos dirigidos a mejorar la producción y la inteligibilidad del habla se centran en restablecer los programas motores y mejorar la capacidad de seleccionarlos y activarlos y mejorar su efectividad en situaciones específicas. Estos planteamientos de tratamiento incluyen enfoques artrocinéticos, señales sensoriales, control de velocidad y ritmo y diversas combinaciones de estos.

Los métodos que han aportado evidencia científica, como encontramos en Murray *et al.*, en el caso de la apraxia del habla infantil son:

- *Rapid Syllabic Transitions* (ReST): adecuado para niños mayores y con trastornos leves. Recursos disponibles en ReST Sydney.
- *Integrated Phonological Awareness Intervention* (IPA): dirigido a niños mayores y con trastornos leves. Manual de intervención disponible en la Universidad de Canterbury.
- *Nuffield Dyspraxia Program 3* (NDP3): adecuado para niños pequeños y con trastornos graves. Información y formación disponible en NDP3.
- *Dynamic Temporal and Tactile Cueing* (DTTC): ideal para niños pequeños y con trastornos graves. Recursos y tutoriales disponibles en *Tratamiento de la apraxia infantil*.
- Biorretroalimentación por ultrasonidos: recomendado para niños en edad escolar. Limitado por el coste del equipo necesario. Información en el *Laboratorio de Producción del Habla* de la Universidad de Siracusa.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios sobre la intervención logopédica en la apraxia del habla.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Entendemos que el uso del habla y la conversación cotidiana ejercen la función de mantenimiento de los progresos logrados en el tratamiento logopédico. Sin embargo, es necesario animar al paciente y a su entorno a estar atentos a la evolución de los síntomas para recuperar, si fuera necesario, algunos de los ejercicios que los logopedas recomiendan y

realizar una actividad sistemática para evitar la pérdida de la eficacia comunicativa.

El CLC aconseja a estudiantes, investigadores y profesionales clínicos que realicen estudios sobre la intervención de mantenimientos en la apraxia del habla.

Intervenciones en el entorno

Los logopedas ofrecen pautas de comunicación en el ámbito familiar y un estudio de adaptación del entorno domiciliario del paciente. Las barreras para una comunicación y participación exitosas se pueden minimizar para las personas con apraxia del habla:

- → Modificando el entorno (por ejemplo: reducir el ruido de fondo, mantener el contacto visual y disminuir la distancia entre el emisor y el oyente).
- → Informando a los interlocutores sobre las necesidades de comunicación de la persona y su método de comunicación preferido.
- → Animando a la persona a utilizar estrategias para compensar las dificultades en la comunicación (por ejemplo: repetir, reformular, utilizar gestos y, entre otros, escribir).

Se debe intervenir en las barreras y los facilitadores ambientales mencionados en la evaluación.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica.

Equipamiento

Los logopedas que intervienen con personas afectadas de apraxia del habla deben disponer, además del equipamiento habitual en las consultas logopédicas, de equipos de comunicación aumentativa y alternativa para su presentación y aprendizaje. La evolución de las tecnologías de la comunicación exige al profesional una actualización constante en el uso de estas tecnologías.

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se deberá realizar una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial e informar del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad. O bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- La inteligibilidad del habla de la persona no perjudica la participación en las actividades y no afecta al estado de salud, seguridad ni independencia de la persona.
- La producción del habla de la persona es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Orientaciones para después del alta

En el momento del alta se pueden dar unas recomendaciones al paciente y a sus familiares con el fin de optimizar la intervención y, en caso de que se considere adecuado, se recomendará material y pautas para continuar trabajando en el domicilio y de comunicación en el ámbito familiar.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b3 Funciones de la voz y el habla	b 310 Funciones de la voz b 320 Funciones de la articulación
b4 Funciones del sistema respiratorio	b 450 Funciones respiratorias adicionales
b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	b 740 Funciones relacionadas con la resistencia muscular
	b 765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d3 Comunicación	d330 Hablar d335 Producción de mensajes no verbales
	d350 Conversar d355 Discusión d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación
d6 Vida doméstica	d650-d669 Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los otros d660 Ayudar a los otros
d7 Interacciones y relaciones interpersonales generales	d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones personales complejas
	d730-d779 Interacciones interpersonales particulares, no especificadas d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas d779 Relaciones interpersonales particulares, otras específicas y no específcas
	d798 Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas

d8 Áreas principales de la vida	d840-d859 Trabajo y empleo	
	d840	Aprenendizaje (preparación para el trabajo)
	d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo
	d850	Trabajo remunerado
	d855	Trabajo no remunerado
	d859	Trabajo y empleo, especificado y no especificado
	d860-d879 Vida económica	
	d860	Transacciones económicas básicas
	d865	Transacciones económicas complejas
	d870	Autosuficiencia económica
	d879	Vida económica, especificada y no especificada
	d898	Áreas principales de la vida, otras especificadas
	d899	Áreas principales de la vida, no especificadas
d9 Vida comunitaria, social y cívica	d910	Vida comunitaria
	d920	Tiempo libre y ocio
	d930	Religión y espiritualidad
FACTORES AMBIENTALES		
e1 Productos y tecnología	e125	Productos y tecnología para la comunicación
e3 Apoyo y relaciones	e310	Familiares cercanos
	e315	Otros familiares
	e340	Cuidadores y personal de ayuda

Bibliografía

Allison KM, Cordella C, Iuzzini-Seigel J, Green JR. Differential diagnosis of apraxia of speech in children and adults: A scoping review. J Speech Lang Hear Res. 2020;63(9):2952–2994. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00061

Duffy JR. Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management. Mosby. 2013.

Duffy JR, Utianski RL, Josephs KA. Primary progressive apraxia of speech: From recognition to diagnosis and care. Aphasiology. 2020;35(4): 560-591. https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1787732

Haley KL, Jacks A, Richardson JD, Wambaugh JL. Perceptually salient sound distortions and apraxia of speech: A performance continuum. Am J Speech Lang Pathol. 2017;26(2S):631–640. https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-16-0103

McNeill BC, Gillon GT, Dodd B. Effectiveness of an integrated phonological awareness approach for children with childhood apraxia of speech (CAS). Child Language and Teaching Therapy. 2009;25(3): 341-366.

Murray E, McCabe P, Ballard KJ. A systematic review of treatment outcomes for children with childhood apraxia of speech. Am J Speech Lang Pathol [Internet]. 2014;23(3):486-504. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1044/2014_AJSLP-13-0035
Montagut N, Borrego-Écija S, Herrero J, Lladó A, Balasa M, Muñoz E, *et al.* Escala Barcelona para la apraxia bucofonatoria: instrumento de evaluación cuantitativo. Neurología. 2022;40(1):48-56. http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2022.09.003
Munasinghe TU, Ariyasena ADK, Siriwardhana DD. Speech Therapy Interventions for Acquired Apraxia of Speech: An Updated Systematic Review. Am J Speech Lang Pathol. 2023;32(3): 1336-1359. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00236
Prezas RF, Hodson BW. The cycles phonological remediation approach. A AL Williams, S McLeod, RJ McCauley (Eds.), Interventions for speech sound disorders in children. Baltimore, MD: Brookes. 2010: 137-158.
Schor A, Aichert I, Ziegler W. A motor learning perspective on phonetic syllable kinships: How training effects transfer from learned to new syllables in severe apraxia of speech. Aphasiology. 2012;26(7): 880-894. https://doi.org/10.1080/02687038.2012.660458
Shriberg LD, Strand EA, Fourakis M, Jakielski KJ, Hall SD, Karlsson HB, Wilson DL, *et al.* A diagnostic marker to discriminate childhood apraxia of speech from speech delay: I. Development and description of the pause marker. J Speech Lang Hear Res. 2017;60(4): S1096-S1117. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-15-0296
Wambaugh JL, Nessler C, Wright S, Mauszycki S, DeLong C. Sound production treatment for acquired apraxia of speech: Effects of blocked and random practice on multisyllabic word production. Int. J. Speech-Lang. Pathol. 2016;18(5):450-464. https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1101161
Wasserman T, Wasserman LD. Childhood Apraxia of Speech. Apraxia: The Neural Network Model. Springer. 2023:97-110.

Disfunciones orofaciales

13

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Disfunciones orofaciales. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 310–329. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Disfunciones orofaciales. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 310–329). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para la prevención, la exploración, el diagnóstico y el tratamiento de las disfunciones orofaciales, especialmente en las alteraciones de respiración, succión, masticación y deglución, y debe mantener una formación continua y especializada en sus causas e intervenciones.

2 El CLC promueve la investigación para conocer la prevalencia de las disfunciones orofaciales, desarrollar pruebas y protocolos de evaluación e intervención en catalán y castellano, así como crear conjuntos básicos de categorías CIF que permitan valorar su impacto en la función y la vida diaria.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario que cuente con la participación de pediatras, odontólogos, cirujanos maxilofaciales, fisioterapeutas y otros profesionales, así como con la implicación de la familia, para garantizar una intervención eficaz e integral. Insta a evitar el uso de prácticas carentes de evidencia científica o alejadas de los estándares actuales de calidad asistencial.

¿Qué es?

Definición

Las disfunciones orofaciales son un desequilibrio, trastorno, perturbación o daño de las distintas estructuras y funciones del sistema estomatognático (SE) en sus funciones neurovegetativas de respiración, succión, deglución y masticación.

Signos clínicos

Las disfunciones orofaciales pueden presentar varias manifestaciones (listado no exhaustivo):

- Alteraciones dentooclusales (*overjet* anterior excesivo, mordida abierta anterior, bilateral, unilateral o posterior y sobremordida), movimientos dentales causados por presión lingual o malos hábitos y desproporciones maxilomandibulares.
- Deglución disfuncional por mala oclusión o hábito inadecuado.
- Alteraciones de las estructuras blandas que integran el sistema estomatognático, pre y poscirugía de freno lingual y labial, entre otras y que puedan afectar a las funciones orales de respiración, succión, deglución y masticación.
- Disfunciones de la articulación temporomandibular y dolor orofacial que provocan alteración en las funciones de masticación y deglución.
- Pérdida de los dientes o proceso de rehabilitación oral protética que afecte a las funciones de masticación o deglución.
- Trastornos alimentarios (rechazo o aversiones alimentarias) que condicionen el patrón correcto de creación del bolo alimentario y su deglución.
- Boca abierta o entreabierta con mandíbula deprimida, que es la postura habitual de reposo del respirador oral.
- Postura anormal de reposo de la lengua, sea hacia delante, interdental o lateral (unilateral o bilateral), que no permite una relación normal de reposo entre la lengua, los dientes, el maxilar superior y la mandíbula, también conocida como espacio interoclusal en reposo o el espacio vestibular.
- Babeo después de los 2 años.
- Hábitos de succión no nutritivos, incluido el uso de chupete después de los 12 meses de edad, así como la succión del dedo, el pulgar o la lengua que pueden suponer efectos negativos en la estructura oral en función de la frecuencia y la intensidad del hábito.
- Falta de un sello linguopalatal consistente durante las degluciones de saliva, de líquido y de cualquier tipo de consistencia de los alimentos sólidos.
- Posición lingual interdental o contacto linguodental con la dentición anterior o lateral en reposo y durante la deglución.

- Alteraciones posturales craneoencefálicas.
- Mucosidad excesiva que obstruye la vía área superior.
- Cambios relevantes en la estructura oral posintervenciones quirúrgicas ortognáticas o extirpaciones tumorales.

Todas estas alteraciones pueden aparecer desde el período gestacional hasta el proceso natural de envejecimiento. Las disfunciones orofaciales y sus repercusiones no se resuelven espontáneamente, sino que, al contrario, son progresivas y pueden convertirse en crónicas. De ahí la importancia de contemplarlas en todas las etapas de la vida del ser humano, o bien previniéndolas a partir de acciones de educación sanitaria o bien abordándolas desde una perspectiva terapéutica.

Los códigos CIF —Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud— son una herramienta desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que permite clasificar y describir la salud y los componentes relacionados con el funcionamiento humano. La CIF ofrece un marco estandarizado para entender y documentar las condiciones de salud que afectan a la capacidad de las personas de llevar a cabo actividades y participar en su entorno.

Las disfunciones orofaciales implican funciones relacionadas con la ingesta (b510), la voz (b310), la articulación (b320), las funciones respiratorias (b440), la movilidad de las articulaciones (b710), la fuerza, el tono y la resistencia muscular (b730, b735 y b740) y el control de las funciones relacionadas con los movimientos voluntarios (b760) y las funciones relacionadas con los movimientos involuntarios (b760). También implica funciones auditivas (b230), táctiles (b265), sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos (b270) y relacionadas con la piel (b840) e, incluso, funciones de temperamento y personalidad (b126).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
VV40	Funciones relacionadas con el sistema digestivo: masticación
DA0E.2	Anomalías de relación entre los arcos dentales
DA0E.5	Maloclusiones
DA0E.50	Maloclusión de clase II, división 2
DA0E.51	Maloclusión de clase I de ángulo
DA0E.5Y	Otras maloclusiones especificadas: mordida cruzada, abierta o sobremordida.
DA0E.5Z	Maloclusiones sin especificar
DA0E.6	Anomalías funcionales dentofaciales: excluye bruxismo
DA0E.7	y rechinamiento de dientes NE
DD90.1	Trastornos dentofaciales parafuncionales Trastorno funcional de la deglución
MD11.8	Respiración por la boca
MD11.Z	Otras anomalías de la respiración, sin especificar
7A83	Bruxismo durante el sueño
DA04.6	Alteraciones de la secreción salival

Causas

No se ha identificado una única causa de trastornos miofuncionales orofaciales, sino múltiples causas, como cualquier fenómeno (incluyendo mal hábito) que provoque que la lengua esté mal colocada en reposo, limitelos movimientos o las funcionalidades linguales dentro de la cavidad oral, dificulte el logro de una competencia labial aceptable y reduzca o impida la capacidad de obtener y mantener posturas correctas de reposo oral. Los siguientes factores pueden coexistir y tener un papel favorecedor de las disfunciones orofaciales:

- Incompetencia de las vías respiratorias, debido a las vías nasales obstruidas, ya sea por obstrucciones estructurales nasales, malos hábitos o alergias, que no permiten inspirar y espirar sin esfuerzo. Estos fenómenos pueden provocar obstrucción de las vías respiratorias superiores y postura de boca abierta o entreabierta, y esto provoca respiración bucal así como un patrón incorrecto de deglución y de masticación.
- Los fenómenos musculares o estructurales orofaciales que favorecen el avance de la lengua pueden incluir: retraso en el desarrollo neuromotor, caída prematura de incisivos que favorece el avance de la lengua, anomalías orofaciales, presencia de amígdalas hipertróficas, hábitos orales de succión prolongados en el tiempo y anquiloglosia, entre otros.
- Presencia de amígdalas obstructivas o hipertróficas.

- Algún estudio apunta cierta disposición familiar a la presencia de alteraciones orofaciales funcionales.
- Estudios longitudinales demuestran que existe una relación entre las maloclusiones dentales y la práctica de malos hábitos orales entre la población. Los más comunes son la succión no nutritiva, la respiración oral, las alteraciones de la deglución, la interposición de objetos y la onicofagia.
- Alimentación muy blanda que no necesita una implicación muy activa de los movimientos linguales y de la musculatura orofacial en general.
- El *pillowing*,que es el hábito de dormir presionando lateralmente el maxilar es un factor que puede favorecer las asimetrías faciales y posiciones mandibulares inadecuadas.
- Cirugía maxilofacial o ortognática.
- Cirugía de tumores de cabeza y cuello.
- Malformaciones faciales o craneofaciales congénitas que alteran las funciones orofaciales.
- Traumatismos craneofaciales.

Epidemiología

Las disfunciones orofaciales pueden aparecer a lo largo de toda la vida. Sin embargo, las más frecuentes se presentan entre la población infantil. Aunque pueden presentarse de forma aislada, por la relación entre las estructuras del SE, pueden aparecer más de una de manera conjunta y simultánea.

Se encuentran discrepancias en las prevalencias de estos fenómenos debido a diferencias en los grupos de edad, las etnias, el sexo y diferencias socioeconómicas y los diferentes criterios y denominaciones usadas para el diagnóstico. Así, con relación a la respiración oral se desconocen datos de prevalencia en nuestro país. Algunos estudios internacionales la sitúan desde el 63 % en Venezuela hasta el 6,6 % en la India o el 25 % en el Reino Unido. Se estima que la posición interdental de la lengua durante la deglución oscila entre el 33 % y el 51 % de la población de niños en edad escolar. En relación con la mordida abierta, que puede ser debida a malos hábitos funcionales, algunos estudios la sitúan por encima del 70 % en niños durante la fase de dentición mixta y disminuye hasta el 3 % en población con dentición definitiva.

En Cataluña se realizan 11,26 procedimientos quirúrgicos sobre oído, nariz, boca y garganta cada 100.000 habitantes.

Respecto al cáncer de cabeza y cuello, según la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, cada año se detectan en España 10.000 casos nuevos.

La incidencia anual de los traumatismos craneofaciales es de 200 casos por cada 100.000 habitantes en España.

El CLC aconseja a estudiantes, investigadores y profesionales clínicos que realicen estudios para conocer la prevalencia local en nuestro país de las disfunciones orofaciales.

Impacto en la vida de la persona

En relación con las actividades y la participación, la s disfunciones orofaciales inciden en actividades de comunicación (d3) y en las interacciones y relaciones interpersonales generales (d7). Con el paso del tiempo, puede afectar a la educación (d810-d830) y al conjunto de la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, encontrará detalladas las afectaciones de las disfunciones orofaciales en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar en qué elementos incide las disfunciones orofaciales.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación en las funciones orofaciales

Disfunciones orofaciales que repercuten muy levemente sobre alguna de las funciones del SE, sin limitaciones de movimiento y que no impiden la comunicación oral ni afectan a las relaciones personales.

Grado I: moderada limitación en las funciones orofaciales

Alteración leve o moderada sobre una o más de una función del SE con poca limitación del movimiento y que pueden repercutir moderadamente en la comunicación oral y no afectan a las relaciones personales.

Grado II: severa limitación en las funciones orofaciales

Limitación moderada para realizar las funciones del SE como alimentarse oralmente, así como alteración en la succión, respiración, deglución y masticación, acompañado de limitaciones en la movilidad y con modificaciones leves de la morfología. Comporta limitación severa para comunicarse oralmente y con afectación en la autoimagen.

Grado III: grave limitación en las funciones orofaciales

Limitación grave para realizar las funciones del SE cómo alimentarse oralmente así como succionar, respirar, deglutir o masticar, con alteración moderada de la forma y movimiento de las estructuras participantes. Supone dificultades articulatorias severas y afectación en las relaciones y la autoimagen.

Grado IV: limitación total en las funciones orofaciales

Limitación muy grave para alimentarse oralmente, succionar, respirar, deglutir o masticar. Fonoarticulación prácticamente ininteligible. Presenta falta de movilidad y alteración de las estructuras. Esta limitación implica dificultades en las relaciones y la autoimagen.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de las funciones orales no verbales. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de las funciones orales no verbales, entre las que se incluyen las disfunciones orofaciales, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas de las funciones orofaciales, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las funciones orofaciales.

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. Aunque los graduados en logopedia disponen de la formación necesaria para la intervención profesional en las disfunciones orofaciales, el CLC recomienda los logopedas que quieran mejorar la eficacia de sus actuaciones, que actualicen y amplíen los conocimientos y las competencias con formaciones especializadas (tanto de larga como de corta duración) en las diversas alteraciones que pueden afectar personas de todas las edades y que requieren actuaciones en diferentes ámbitos de la profesión.

Orientación interdisciplinar

El abordaje de las disfunciones orofaciales es multidisciplinar. Los logopedas son profesionales relevantes en el seno del equipo interdisciplinario que toma las decisiones sobre el manejo, sea quirúrgico, protético o logopédico, con el objetivo de lograr unas funciones orofaciales funcionales. La naturaleza y las manifestaciones diversas de las disfunciones orofaciales poden suponer que, para una mejor atención de la persona afectada, sea conveniente la participación de otros profesionales bajo la coordinación del logopeda. Entre estos otros profesionales podemos destacar: médico pediatra, odontólogo-ortodontista, cirujano maxilofacial, médico traumatólogo, médico neurólogo, médico oncóleg o médico otorrinolaringólogo. En ciertos casos puede ser adecuado el concurso de profesionales de las áreas de fisioterapia, nutrición y psicología u otros, en función de las características y la severidad.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención extrahospitalaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por el médico pediatra, odontólogo-ortodontista o cirujano maxilofacial, entre otros. En la derivación deberá aportar información relativa a:

- → Resultados del estudio con acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- → Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- → Tiempo de evolución de la clínica.
- → Tratamientos relacionados realizados, tanto quirúrgicos como rehabilitadores o farmacológicos, con fecha de realización.
- → Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- → Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.

Exploración clínica

El CLC orienta los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de las disfunciones orofaciales.

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- → Deficiencias en la estructura y las funciones corporales.
- → Limitaciones en la actividad y participación, incluyendo la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto de las disfunciones orofaciales en la calidad de vida.
- → Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

En 2014, el CLC publicó el documento "Herramientas de evaluación de las disfunciones orofaciales" donde hay un ejemplo de historia clínica o anamnesis y las fichas y guías siguientes:

- → Ficha de evaluación miofuncional.
- → Ficha de observación y detección de disfunciones orofaciales: franja de edad de 2 a 6 años.
- → Guía de valoración funcional orofacial: fichas 'lingual' y 'labial'.
- → Protocolo de exploración dinámica interdisciplinaria del freno lingual.
- → Guía de valoración de las disfunciones de la articulación temporomandibular para logopedas.

- Ficha de valoración de la postura para logopedas.
- Ficha para la detección de signos de alerta miofuncionales en el ámbito escolar.
- Protocolo de exploración interdisciplinario orofacial para niños y adolescentes.
- Protocolo de exploración interdisciplinario orofacial para adultos.

Incluye las siguientes evaluaciones:

- El examen muscular debe ser intra y extraoral orofacial: musculatura masticadora, lingual y labial. Clasificación mordida (ángulo).
- Masticación: determinar el tipo y la forma masticatoria.
- Respiración: determinar el tipo y modo respiratorio.
- Protocolo de exploración dinámica interdisciplinario del freno lingual de Ventosa: concreta y detallada del freno lingual, para poder determinar las posibilidades funcionales verificando la movilidad y funcionalidad del órgano lingual.

Algunas de las pruebas e instrumentos que los logopedas deben utilizar para valorar las funciones orales se pueden considerar que invaden el cuerpo del paciente (como espejos, depresores o los propios dedos). En el mismo sentido, tanto en la exploración como en el tratamiento, es usual utilizar alimentos que son ingeridos en la consulta. Cabe recordar que estas pruebas y procedimientos siempre deben realizarse en consultas o centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realicen estudios para crear de instrumentos de evaluación actualizados de las disfunciones orofaciales.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de las disfunciones orofaciales en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de autoevaluación en relación con las limitaciones en la participación y las actividades derivadas de las alteraciones orofaciales.

3 / Evaluación del contexto

Como en otras alteraciones y enfermedades, el entorno vital y relacional del paciente puede convertirse en un apoyo facilitador o bien una barrera para la mejora. Los logopedas deben conocer dichas barreras y soportes para tenerlos presentes en la planificación global de su intervención.

En el momento de publicación de este documento no se conocen escalas o cuestionarios dedicadas a detectar y valorar estos aspectos contextuales. Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para la identificación de barreras y facilitadores del entorno.

Utilizando los códigos CIF, encontramos las relaciones familiares (e310 y e315), con amigos y profesionales (e320-e360), el uso de productos y tecnología para la comunicación y educación (e125 y e130) y los servicios, sistemas y políticas diversas (e5). Además de actitudes individuales de las personas de su contexto (e410-e455) y las actitudes, normas, costumbres e ideologías sociales (e460-e465).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarias de recibir logopedia las personas con disfunciones orofaciales que puedan ser rehabilitadas con tratamiento logopédico, tanto si la disfunción es la causa o la consecuencia (relación forma-función), y siempre que esta afecte el desarrollo o la ejecución de una o más funciones del SE, tanto de alimentación como de comunicación, por ejemplo:

- → Poscirugía maxilofacial o ortognática (por ejemplo: frenectomia lingual, labial, fisura labioalveolopalatina, alteraciones oclusales severas, etc.) que requieren adaptación funcional orofacial a la nueva forma orgánica o esquelética.
- → Poscirugía de tumores de cabeza y cuello que requiere adaptación funcional orofacial a la nueva forma orgánica o esquelética.
- → Patologías neurológicas o neuromusculares que afecten el desarrollo de las funciones del SE y que puedan beneficiarse del tratamiento logopédico.
- → Malformaciones faciales o craneofaciales congénitas que alteran las funciones orofaciales.
- → Traumatismos craneofaciales que presenten alteraciones en las funciones de alimentación y comunicación.
- → Disfunciones orofaciales o hábitos lesivos que pueden afectar negativamente al proceso de crecimiento y desarrollo de la dentición, sobre todo en las etapas de dentición temporal y mixta.
- → Disfunciones masticatorias y de la articulación temporomandibular que cursan con dolor, apertura bucal reducida, etc., que afectan la alimentación o la comunicación.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El objetivo de la intervención es ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de función independiente para la participación en la vida diaria. La intervención está diseñada para:

- Utilizar los puntos fuertes y abordar las debilidades relacionadas con las estructuras y funciones que afectan a las funciones orofaciales.
- Facilitar las actividades y la participación de la persona para desarrollar nuevas habilidades y estrategias.
- Eliminar barreras y potenciar habilidades que aumenten la salud y la efectividad de las funciones orofaciales.

Los objetivos específicos logopédicos se pueden concretar en:

- Sistema respiratorio: adoptar los hábitos que favorecen el correcto funcionamiento del sistema respiratorio
- Funciones de succión, masticación y deglución: adaptar y adecuar los patrones miofuncionales.

Intervenciones preventivas

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir de manera preventiva en los siguientes elementos de las disfunciones orofaciales.

En relación con la función respiratoria, hay que tener en cuenta que la respiración se desarrolla junto con los cambios anatómicos y fisiológicos de todas las estructuras implicadas. Al nacer, el niño presenta un patrón respiratorio correcto, de tipo abdominal con un modo respiratorio predominantemente nasal. Las influencias ambientales y los factores hereditarios son los que hacen que se mantenga o se modifique el modo o el tipo, lo que implica alteraciones en el creci-

miento orofacial. Realizar una prevención para evitar este cambio de modo y tipo respiratorio es un factor importante para la prevención de la salud. Un tipo respiratorio intercostal o abdominal, con un modo respiratorio predominantemente nasal, facilita el desarrollo facial de forma adecuada. El crecimiento maxilar y la postura idónea de la mandíbula, mediante la acción de la musculatura, aporta el contacto correcto entre arcos dentales y favorece la postura correcta en reposo de labios, lengua y mejillas. De esta forma se consigue un desarrollo equilibrado y correcto de la estructura orofacial que facilita la realización de las funciones estomatognáticas.

Por todos estos motivos, es imprescindible realizar un trabajo temprano y adecuado a las características de cada uno de los pacientes para evitar consecuencias negativas a corto, medio o largo plazo, tanto en las estructuras orales implicadas, como en la vida diaria del paciente.

Podemos afirmar que la succión no nutritiva prolongada (por ejemplo: dedo, chupete u otros objetos) es un factor de riesgo de maloclusión. Los hábitos de succión que persisten durante los años de dentición primaria tienen pocos efectos negativos, si los hay, a largo plazo sobre la dentición y, en general, provocan maloclusión teniendo en cuenta la frecuencia, la intensidad, la predisposición genética cuando persisten más allá del tiempo en que empiezan a salir los dientes definitivos. Se puede orientar a los padres, madres y cuidadores a ignorar las conductas problemáticas y ofrecer elogios, atención positiva y recompensas cuando el hijo participa en un comportamiento bucal adecuado para ayudar al niño a romper el hábito.

En relación con la alimentación, es clave la introducción de alimentos duros, secos y fibrosos cuando sea el momento oportuno para favorecer el correcto crecimiento orofacial de los niños, así como la maduración adecuada de los movimientos orofaciales relacionados con la masticación y la deglución.

Otros aspectos a tener en cuenta y que son altamente frecuentes son los malos hábitos posturales (mano mandíbula, posición cuando duerme, en el sofá) que pueden afectar negativamente al crecimiento orofacial y que, si el entorno ayuda a limitarlos o eliminarlos, favorecerán el correcto crecimiento orofacial.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios de intervenciones preventivas en las disfunciones orofaciales.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos de las disfunciones orofaciales.

Las disfunciones orofaciales y los hábitos lesivos pueden afectar negativamente al proceso de crecimiento y desarrollo de la dentición, sobre todo en las etapas de dentición temporal y mixta. La evidencia recomienda iniciar el tratamiento lo antes posible. El CLC orienta una rehabilitación con frecuencia de entre 2 y 3 sesiones por semana para intervenir de manera intensiva y prevenir una actuación ortodòntica

posterior o potenciar su eficacia, lograr una estabilidad adecuada postratamiento y evitar su recidiva.

Las claves del éxito de la terapia miofuncional las encontramos en una buena evaluación, en la que se establecen correctamente los objetivos de trabajo. También hay que tener en cuenta que es imprescindible la colaboración de la familia y del propio paciente. Además, es necesario un trabajo constante, intenso y prolongado. Por último, el éxito requiere la coordinación de todos los profesionales implicados para poder seguir una planificación precisa del tratamiento logopédico en relación con otros tratamientos.

La terapia miofuncional ha demostrado que mejora las alteraciones de la masticación, deglución, respiración y los hábitos orales lesivos mediante el uso de ejercicios isotónicos e isométricos en las estructuras orofaríngeas. La terapia miofuncional se puede usar sola o con otras terapias como el tratamiento ortodóntico con aparatos fijos o amovibles.

Los ejercicios motores orales incluyen la estimulación sensorial, los movimientos repetitivos (a veces contra resistencia) dirigidos a la musculatura orofaríngea como los labios, la lengua, la mandíbula, el paladar blando y la faringe, con el objetivo de mejorar sus movimientos y su fuerza.

A continuación, se destacan algunas de las estrategias terapéuticas indicadas para el tratamiento de las disfunciones orofaciales.

- Ejercicios de resistencia muscular labiolinguofaríngea: los ejercicios para mejorar la diferenciación de la lengua, los labios y la mandíbula incluyen la estimulación táctil oral y los movimientos de la lengua sin ayuda de la mandíbula, como la punta de la lengua en la cresta alveolar o los clics de la lengua contra el paladar. Los ejercicios isotónicos e isométricos se dirigen a los labios y la lengua, con el fin de enseñar la postura de reposo de la boca cerrada y la respiración nasal.
- Postura de descanso oral: lograr una postura de reposo con los labios juntos es otro objetivo de la terapia miofuncional orofacial. La terapia para lograr la competencia labial ayuda a estabilizar la posición de reposo vertical de los dientes y los maxilares, y también puede influir positivamente en la postura de reposo de la lengua. Los ejercicios para mejorar el cierre de los labios pueden incluir la sujeción de un depresor de la lengua entre los labios, el uso de un manómetro labial, sonreir ampliamente y después redondear los labios alternativamente y actividades de resistencia en los labios.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios sobre la intervención logopédica en las disfunciones orofaciales.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Entendemos que la alimentación cotidiana adecuada (dura, seca y fibrosa) ejerce la función de mantenimiento de los progresos alcanza-

dos en el tratamiento logopédico. En el mismo sentido, la respiración adecuada también es un elemento clave en el mantenimiento de los progresos alcanzados. Sin embargo, es necesario animar al paciente y a su entorno a estar atentos a la evolución de los síntomas para recuperar, si fuera necesario, algunos de los ejercicios que el logopeda recomienda y realizar una actividad sistemática para evitar la reaparición de las disfunciones orofaciales.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención de mantenimiento en las disfunciones orofaciales.

Intervenciones en el entorno

La familia puede desempeñar un papel decisivo en los modelos adecuados y en la modificación de los hábitos lesivos del SE. Las orientaciones a los padres para buscar fórmulas no punitivas para la adquisición de nuevos hábitos y el abandono de los hábitos lesivos debe ser una de las funciones del logopeda en la intervención en las disfunciones orofaciales.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno de los pacientes con disfunciones orofaciales.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica.

Equipamiento

Para la intervención logopédica en alteraciones de las funciones orofaciales, el equipamiento necesario es el habitual en un servicio de logopedia infantil o de adultos. Se necesitan mesas y sillas adaptadas a la edad de los pacientes, espejos de cuerpo y pequeños, depresores o guía lenguas, guantes estériles para las acciones intraorales... También puede ser adecuado disponer de otros equipos como aparatos de electroestimulación, vibradores, bolsas de calor y frío, crema, entre otros.

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta se realiza una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad. O bien cuando:

- La respiración nasal está correctamente establecida.
- La succión, deglución y masticación son funciones que se ejecutan adecuadamente de forma espontánea.
- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras ni empeoramientos.
- Si hay alteración en el habla causada por una disfución oral y su inteligibilidad no perjudica la participación en las actividades y no afecta al estado de salud, seguridad ni independencia de la persona.
- La producción del habla de la persona es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Orientaciones para después del alta

Normalmente, las mejoras logradas en el tratamiento se mantendrán si la actividad comunicativa, el modo respiratorio adecuado y la alimentación se mantienen. A pesar de ello, puede ser conveniente que el paciente conozca algunas actividades de mantenimiento muscular, establecimiento de hábitos orales saludables y adecuados para favorecer el mantenimiento de las competencias adquiridas en el trabajo logopédico. En el momento de dar el alta, hay que tener en cuenta que una parte importante de estas alteraciones tienen como causa hábitos incorrectos, por lo que habrá que realizar un seguimiento espaciado en el tiempo para asegurar la estabilidad del caso.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción	
	FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b126	Funciones de temperamento y personalidad
b2 Funciones sensoriales y dolor	b230 b265 b270	Funciones auditivas Funciones táctiles Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos
b3 Funciones de la voz y el habla	b310 b320	Funciones de la voz Funciones de la articulación
b4 Funciones del sistema respiratorio	b440 b450	Funciones respiratorias Funciones respiratorias adicionales
b5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	b510	Funciones relacionadas con la ingesta
b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	b710 b730 b735 b740 b760 b765	Funciones relacionadas con la mobilidad de las articulaciones Funciones relacionadas con la fuerza muscular Funciones relacionadas con el tono muscular Funciones relacionadas con la resistencia muscular Control de las funciones relacionadas con los movimientos voluntarios Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios
b8 Funciones de la piel y estructuras relacionadas	b820 b840	Funciones reparadoras de la piel Sensaciones relacionadas con la piel

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d115 Escuchar d120 Otras experiencias sensoriales intencionadas d130 Copiar d133 Adquirir el lenguaje d160 Centrar la atención
d2 Tareas y demandas generales	d240 Manejo del estrés y otras demandas
d3 Comunicación	d330 Hablar
	d350 Conversar d355 Discusión d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación
d5 Autocuidado	d550 Comer d560 Bever
d6 Vida doméstica	d660 Ayudar a los otros
d7 Interacciones y relaciones interperso-nales	d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones personales complejas d729 Interacciones interpersonales generales, otras especificadas y no especificadas
	d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d760 Relaciones familiares
d8 Áreas princi-pales de la vida	**d810-d839 Educación** d810 Educación no reglada d815 Educación preescolar d820 Educación escolar d830 Educación superior
d9 Vida comuni-taria, social y cívica	d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio

FACTORES AMBIENTALES		
e1 Productos y tecnología	e115	Productos y tecnología para el uso personal en la vida diaria
	e125	Productos y tecnología para la comunicación
	e130	Productos y tecnología para la educación
e3 Apoyo y relaciones	e310	Familiares cercanos
	e315	Otros familiares
	e320	Amigos
	e325	Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	e345	Extraños
	e355	Profesionales de la salud
	e360	Otros profesionales
e4 Actitudes	e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercanos
	e415	Actitudes individuales de otros miembros de la familia
	e420	Actitudes individuales de amigos
	e425	Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	e445	Actitudes individuales de desconocidos
	e450	Actitudes individuales de profesionales de la salud
	e455	Actitudes individuales de profesionales relacionados con la salud
	e460	Actitudes sociales
	e465	Normas, costumbres e ideologías sociales
e5 Servicios, sistemas y políticas	e555	Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización
	e560	Servicios, sistemas y políticas de medios de comunicación
	e570	Servicios, sistemas y políticas de seguridad social
	e575	Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general
	e580	Servicios, sistemas y políticas de salud
	e585	Servicios, sistemas y políticas de educación y formación

Bibliografía

American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. Clinical Practice Guidelines. 2014;37(6): 253-265. Recuperado de http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_developdentition.pdf

Fonseca Fernández Y, Fernández Pérez E, Cruañas AM. Mordida abierta anterior. Revisión bibliográfica. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2014;13(4): 509-515.

Franco Varas V, Gorritxo Gil B, García Izquierdo F. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. Pediatría Atención Primaria.2012;14(53): 13-20.

Hollie-Ann L. Orofacial Myofunctional Therapy and Myofunctional Devices Used in Pathology Treatment: A Systematic Quantitative Review of the Literature. American Journal of Speech-Language Pathology. 2021;30(1). https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00245

Kilinc DD, Mansiz D. Myofunctional orofacial examination tests: a literature review. BMC Oral Health. 2023;23(1): 350.

Mason RM, Franklin H. Position statement of the International Association of Orofacial Myology regarding: Appliance use for oral habit patterns. The International Journal of Orofacial Myology: Official Publication of the International Association of Orofacial Myology. 2009;35: 74-76. Recuperadoe http://www.suburbanmft.com/_pdf/Position%20on%20Oral%20Habit%20Appliances.pdf

Ray J. Orofacial myofunctional deficits in elderly individuals. International Journal of Orofacial Myology. 2006;32: 22-31.

Thijs Z, Bruneel L, De Pauw G, Van Lierde KM. Oral Myofunctional and Articulation Disorders in Children with Malocclusions: A Systematic Review. Folia Phoniatrica et Logopaedica. 2022;74(1): 1-16.

Ventosa Y. Protocolo de exploración dinàmica interdisciplinar del frenillo lingual. 2015.

Disfagia

14

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Disfagia. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 330-349. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Disfagia. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 330-349). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para evaluar, diagnosticar e intervenir en los trastornos de deglución, y cuenta con formación específica para aplicar técnicas terapéuticas individualizadas y basadas en la evidencia.

2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el impacto funcional y social, la evaluación y la intervención en la disfagia, promueve la creación de instrumentos adaptados lingüística y culturalmente a nuestro contexto.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y cooperativo para la disfagia, que favorezca la detección precoz, la coordinación entre profesionales y la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas.

¿Qué es?

Definición

La disfagia es un trastorno o síntoma clínico que supone la dificultad de hacer llegar el alimento de la boca al estómago. Es un síntoma muy presente en cualquier patología neurológica aguda o crónica y es una secuela común en tumores de cabeza y cuello. Puede presentarse en cualquier etapa de la vida, desde las primeras etapas por prematuridad, síndromes o daños neurológicos, hasta la senectud como síndromes geriátricos y de fragilidad. Puede requerir diferentes tipos de enfoques, tanto médicos como terapéuticos. Según la sintomatología y el lugar donde se encuentran las dificultades de deglución, existen dos tipos de disfagia:

- **Disfagia orofaríngea (DO)**. Son las alteraciones en la fase preparatoria, oral y faríngea poniendo especial atención en la protección de la vía aérea y la apertura del esfínter esofágico superior. Esta supone casi el 80 % de los diagnósticos de disfagia.
- **Disfagia esofágica**. Es la alteración en la fase esofágica de la deglución, es decir, las alteraciones del transporte del bolo alimentario desde el esfínter esofágico superior hasta el esfínter esofágico inferior.

Signos clínicos

Los signos y síntomas de la disfagia, que afectan a la seguridad y la eficacia, son:

En la fase preparatoria y oral de la deglución:

- Incapacidad para mantener el sellado labial, lo que provoca fugas de alimentos o líquidos de la cavidad oral hacia el exterior (pérdida anterior del bolo).
- Dificultad para controlar los alimentos dentro de la boca.
- Dificultad para elaborar el bolo alimenticio, masticación ineficaz y tiempo extra necesario para formar el bolo.
- Disminución en la movilidad o en la fuerza de la lengua para poder movilizar y propulsar los alimentos de la boca a la orofaringe.
- Dificultad para iniciar el impulso lingual para iniciar la deglución.
- Presencia de residuos de alimentos o líquidos en la cavidad oral después de tragar (residuo oral).

En la fase faríngea:

- Alimentos o líquidos que se desvían hacia la cavidad nasal (regurgitación nasofaríngea).
- Presencia de residuo en la faringe.
- Sensación de alimentos "pegados" o de ocupación de la faringe.
- Alimentos, sólidos o líquidos que se desvían hacia la vía respi-

ratoria (penetraciones o broncoaspiraciones) que afectan a la seguridad de la deglución y que se pueden manifestar con:

- Cambios en la calidad de la voz (p. ej., voz húmeda) antes, durante o después de la deglución, ya sea de alimentos sólidos o líquidos, también con la saliva.
- Tos o necesidad de aclarar la faringe/laringe antes, durante o después de la deglución, ya sea de alimentos sólidos o líquidos.
- Reducción del nivel basal de saturación de oxígeno.
- Hay que tener en cuenta que a veces las alteraciones de la seguridad son silencios y no se manifiestan clínicamente con tos ni cambio de voz ni desaturación de oxígeno.

→ Odinofagia, que es dolor durante o después de la deglución tanto de alimentos sólidos como líquidos.

→ Dificultad para coordinar la respiración y la deglución.

Es importante realizar siempre una buena anamnesis y observar el momento en que se producen los signos de seguridad de la deglución; para poder diagnosticar una disfagia orofaríngea hay que conocer el contexto de otros indicadores clínicos tales como la etiología de la enfermedad que provoca la disfagia y la salud general del paciente, y no depender de un solo signo o síntoma. No en todos los tipos de DO están presentes todos los signos de alteración. La DO puede implicar varias complicaciones en la salud del paciente:

→ Infección respiratoria y fiebre aguda o de repetición: neumonía por aspiración.

→ Pérdida de peso, desnutrición o deshidratación a consecuencia de la disminución de la ingesta de alimentos sólidos y líquidos.

→ Molestias relacionadas con sospecha de disfagia esofágica (por ejemplo: sensación de globo, regurgitación).

→ Fragilidad y aumento de la comorbilidad.

→ Muerte por complicaciones respiratorias.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
MD93	Disfagia
DD90.1	Trastorno funcional de la deglución
MG43.3	Dificultades de la alimentación
MG43.32	Problema con la alimentación del adulto
MG43.3Z	Dificultades de la alimentación, sin especificación

Causas

La DO puede tener causas funcionales o estructurales. Entre las causas funcionales encontramos la disfagia orofaríngea originada por:

- Enfermedades neurológicas agudas (ictus, traumatismos craneoencefálicos), crónicas o neurodegenerativas (esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, demencias, etc.).
- Trastornos del desarrollo que pueden causar disfagia en edad pediátrica y neonatal.
- Presbifagia, pérdida fisiológica por envejecimiento.
- Otras causas pueden ser síndromes como Plummer-Vinson o alteraciones psicológicas o psiquiátricas tales como trastornos de ansiedad que pueden causar disfagia psicogénica o fagofobia.

Entre las causas estructurales, encontramos:

- Secuela postratamiento oncológico de cabeza y cuello, y tórax: cirugía y/o radioterapia.
- Secuela de traumatismos faciales, cabeza y cuello.
- Secuelas de quemaduras, tanto internas (cáusticas) como externas (cicatrización posquemadura).
- Alteraciones a consecuencia de malformaciones craneofaciales o divertículos faringoesofágicos.

Epidemiología

La DO es una alteración altamente prevalente tanto en el ámbito hospitalario como comunitario. Tiene una alta prevalencia, y afecta hasta el 27 % de la población de adultos ancianos, más del 50 % de los ancianos hospitalizados e institucionalizados, cerca del 50 % de los pacientes que sufren un ictus, entre un 24 y un 85 % de pacientes con enfermedades neurodegenerativas, y 17-86 % de los pacientes con alteraciones estructurales de cabeza y cuello.

Causa	Prevalencia
Ictus	600/100.000 habitantes >15 años
Parkinson	559,4/100.000 habitantes en España
Alzheimer	843,6-1243,2/100.000 habitantes en España
Esclerosis múltiple	24/100.000 habitantes en España
Esclerosis lateral amiotrófica	2,5-4,6/100.000 habitantes en Cataluña

Estos datos de prevalencia se han calculado a partir de la prevalencia de la enfermedad en la población catalana y la de la disfagia en la enfermedad.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para conocer la prevalencia de la disfagia en nuestro país.

Impacto en la vida de la persona

La DO es una alteración de la deglución que incide en la capacidad de comida y beber con el código CIF d550 y d560, respectivamente. La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. La DO es altamente prevalente y afecta a la calidad de vida de las personas que la sufren y provoca tensiones psicológicas y sociales, tanto en los pacientes como en sus familiares; puede conllevar depresión, episodios de ansiedad y aislamiento social. Además, implica una disfuncionalidad que afecta al campo sensorial y estructural. Esta disfuncionalidad se codifica en la CIF como alteraciones de funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos (b270) y funciones relacionadas con la ingesta, como la succión (b5100), la mordida (b5101), la masticación (b5102), la salivación (b5104) y la función de tragar (b5105). Las estructuras que se pueden ver afectadas son la boca (s320), la laringe y la faringe (s330), además de las glándulas salivales (s510) y la estructura de la cabeza y la región del cuello (s710).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar sobre qué elementos incide la disfagia.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: leve limitación de la deglución

Uso de la vía oral con múltiples consistencias sin preparaciones adaptadas ni compensaciones, pero sí con restricciones. Posibles penetraciones hasta el vestíbulo laríngeo y con posibles residuos.

Grado I: moderada limitación de la deglución

Se mantiene la vía oral con múltiples consistencias, pero con preparaciones adaptadas y compensaciones. Posibles aspiraciones o penetraciones hasta pliegues vocales. Puede haber presencia de residuos posdeglución.

Grado II: severa limitación de la deglución

Uso de la vía oral total pero con una única consistencia de alimentos y líquidos. Presenta tos efectiva. Puede presentar algunos residuos traqueales. Puede sufrir aspiraciones que puede compensar y nutrirse con adaptaciones al menos de una viscosidad.

Grado III: grave limitación de la deglución

Paciente dependiente de una vía alternativa para la alimentación, que se complementa con una ingesta mínima por vía oral. Tos poco efectiva. Residuos traqueales. Aspiraciones con líquidos y sólidos. Mucha dificultad para compensar con adaptaciones.

Grado IV: limitación total de la deglución

Paciente incapacitado para la ingesta por vía oral. Requiere una vía alternativa para la alimentación. Ausencia de tos. Aspiraciones silentes que no compensa ni con adaptaciones de volumen ni viscosidades. Cabe destacar que, actualmente, existen algunas escalas de referencia como la *Dysphagia Outcome and Severity Scale* (DOSS) y la *Functional Oral Intake Scale* (FOIS), que también se recomiendan desde el CLC.

Rol de logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, diagnóstico clínico, rehabilitadores y de mantenimiento en la audición. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos orales no verbales, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas de la deglución, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas de la deglución.

Tal como indica el Código deontológico profesional, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. Los logopedas dedicados a la atención del paciente con disfagia deben estar preparados para el uso de las pruebas de exploración, interpretar los signos de alteración de la deglución, alcanzar un diagnóstico clínico, y aplicar las técnicas de intervención propias de la profesión.

Orientación interdisciplinar

Hay que tener presente que el abordaje de la disfagia debe ser interdisciplinario, básicamente porque la disfagia no se presenta nunca sola, sino que a menudo forma parte de una enfermedad más amplia. La disfagia es una manifestación más que requiere un abordaje muy específico y cooperativo. En un primer momento, cuando se detecta la disfagia, intervienen varios profesionales de la salud, como enfermeras y especialistas médicos otorrinolaringólogos, neurólogos, geriatras, entre otros, así como logopedas. Durante la fase de exploración de la función deglutoria, los logopedas participan en las evaluaciones clínicas, mientras que los otorrinolaringólogos, radiólogos y digestólogos se encargan de las exploraciones instrumentales. La selección de las disciplinas que intervendrán en el tratamiento de la disfagia dependerá del tipo de intervención necesaria.

Además, existen otras disciplinas que pueden intervenir de forma ocasional en el tratamiento de la disfagia para ofrecer soporte en áreas específicas, como la fisioterapia, la terapia ocupacional, la enfermería, la psicología y la dietética, cada una desde su perspectiva y con los procedimientos que le son propios.

En los equipos interdisciplinares hay que favorecer la posibilidad de interconsulta presencial y espacios para la discusión de casos clínicos complejos. Son un ejemplo los comités de disfagia presentes en muchos hospitales.

En un 65-80 % de los pacientes tratados de forma interdisciplinaria se consigue una alimentación oral más segura y eficaz; la detección y la intervención multidisciplinaria de la DO reducen la morbilidad y la mortalidad, y mejoran la calidad de vida de las personas que la sufren. Además, gracias a la intervención interdisciplinaria se reducen los costes económicos derivados de las hospitalizaciones repetidas de las personas por neumonías por aspiración.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

Después del cribado de un usuario o ante una sospecha de DO es necesario derivarlo al logopeda, quien llevará a cabo una evaluación clínica con el objetivo de obtener un diagnóstico, dará las recomendaciones compensatorias pertinentes y, si es posible, iniciará la rehabilitación. En el contexto de la atención extrahospitalaria u hospitalaria, la persona puede ser derivada al servicio de logopedia por varios especialistas: digestólogo, neurólogo, foniatra, otorrinolaringólogo, neumólogo, médico de familia, entre otros o, por profesionales de la salud como nutricionistas o fisioterapeutas que formen parte del equipo interdisciplinario de atención a la disfagia orofaríngea.

En la derivación deberá aportar información relativa a:

- Orientación diagnóstica con información de las estructuras afectadas.
- Tiempo de evolución de la clínica y repercusión en las actividades de la vida diaria del paciente.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas con resultados, interpretación y fecha (videofluoroscopia, videoendoscopia de la deglución, etc.) con acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- Hipótesis del impacto en la funcionalidad
- Repercusión de la clínica en el ámbito laboral y social
- Cronograma, fecha de realización y descripción de los tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos, como rehabilitadores y quirúrgicos.

Exploración clínica

De acuerdo con la CIF, el CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a llevar a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- → Deficiencias en la estructura y la función corporal, relacionadas con la deglución y la función de las vías respiratorias, faríngea y laríngea.
- → Limitaciones en la actividad y la participación, incluidas las interacciones sociales y los factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la alimentación y la participación en la vida.
- → El impacto de las alteraciones de la deglución en la calidad de vida, incluido el impacto de las limitaciones en los roles sociales de la persona dentro de su comunidad.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

Esta evaluación debe permitir detectar las estructuras y funciones corporales afectadas que conllevan alteraciones tanto de la eficacia como de la seguridad de la deglución. Se puede llevar a cabo mediante métodos clínicos o pruebas instrumentales complementarias.

Ante una sospecha de disfagia, los profesionales de la salud del equipo interdisciplinario deben aplicar un test de cribado a pacientes con clínica de disfagia orofaríngea, facilitar pautas preliminares y, después, el logopeda debe realizar una evaluación clínica completa.

Cuando el resultado de la exploración clínica conlleve dudas acerca del mecanismo que explica la disfagia, hay que orientar hacia alguna prueba instrumental que dé respuesta.

Exploración clínica

Los logopedas pueden aplicar cualquiera de las pruebas validadas científicamente para la evaluación clínica de la DO. Sin embargo, siempre será recomendable efectuar pruebas que, además de diagnosticar, orienten al tratamiento y que permitan a los logopedas detectar el porqué de cada uno de los signos presentados y cuál es su causa. Los logopedas deben detectar hasta qué punto los signos de alteración pueden afectar a la salud y la calidad de vida del usuario. Con los resultados de la evaluación clínica, los logopedas deben ser capaces de obtener la información para poder llevar a cabo la rehabilitación individualizada de las estructuras y funciones corporales afectadas para cada persona según los signos de alteración encontrados o derivarla, en el caso de que sea necesaria una exploración complementaria.

Deben elegirse las pruebas en función de los objetivos primarios de la evaluación, teniendo en cuenta características generales de la persona, como la edad y la etiología.

Algunas de las pruebas recomendadas, entre otras, son:

- Exploración de los pares craneales.
- Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V).
- *Gugging swalowing screen* (GUSS).

- Test de Yale (agua).
- Auscultación cervical.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios con el objetivo de crear instrumentos de evaluación de la disfagia en catalán y castellano.

Exploración instrumental

Para estas pruebas es necesario el uso de instrumentos como la máquina de rayos X, el fibroscopio, el ecógrafo o un aparato de manometría para poder realizar el diagnóstico.

Algunas de las pruebas instrumentales complementarias recomendadas, entre otras, son:

- Fibroendoscopia (FEES).
- Videofluoroscopia (VFS).
- Ecografía por ultrasonido (OS).
- Manometría faringoesofágica.

Estas pruebas permitirán indicar el tratamiento necesario, ya sea adaptativo y de cuidados básicos, compensatorio y/o con adaptación de la dieta, o con técnicas de reconstitución que requieren intervención especializada. El logopeda debería estar presente tanto en la realización de la FEES como de las VFS, siempre que sea posible, para orientar de forma correcta la exploración instrumental y para obtener información para determinar la intervención que se derive.

Cualquiera de los profesionales de la salud del equipo interdisciplinario debe poder aplicar un test de cribado a personas con clínica de disfagia orofaríngea y poder dar unas pautas preliminares. Posteriormente, debe derivarse al logopeda para que este haga una evaluación clínica completa.

Para cada persona con disfagia, es preciso estudiar los profesionales necesarios para la intervención (médico, logopeda, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc.). El objetivo es la atención personalizada por parte del equipo multidisciplinario a la hora de abordar la situación de la mejor manera posible.

Los casos más complejos pueden derivarse a los comités de disfagia, en los que un grupo de expertos, entre ellos el logopeda, decide conjuntamente cuál es la atención y la intervención más necesaria y adecuada para cada persona.

Algunas de las pruebas e instrumentos que los logopedas deben utilizar para valorar las funciones orales se pueden considerar que invaden el cuerpo del paciente (como espejos, depresores o los propios dedos). En el mismo sentido, tanto en la exploración como en el tratamiento, es usual utilizar alimentos que son ingeridos en la consulta. Cabe recordar que estas pruebas y procedimientos siempre deben realizarse en consultas o centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

En las entrevistas con la persona y su entorno, es importante valorar cómo la disfagia afecta a su vida cotidiana. Hay que conocer con detalle y atención el impacto que este trastorno tiene en la calidad de vida de los usuarios. Para ello, existen instrumentos específicos de evaluación de la calidad de vida como, por ejemplo:

- *Swallowing Quality of Life Questionnaire.*
- *Deglutition Handicap Index / Dysphagia Handicap Index.*

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para identificar las barreras contextuales y los facilitadores. Se deben evaluar los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades, como pueden ser normas, costumbres e ideologías sociales y culturales (e465) y el uso de productos y tecnología para el consumo personal (e110).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para la creación de instrumentos de evaluación de las necesidades de la persona y su contexto en catalán y en castellano.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, es tributario de la intervención cualquier usuario con signos de alteración de la eficacia y la seguridad de la deglución. Todos los pacientes con un riesgo en la seguridad deglutoria (como los pacientes neurológicos y de la tercera edad) se deben mantener en dieta absoluta hasta que se realice una evaluación de la deglución mediante una herramienta fiable y válida.

Todas aquellas personas que presenten disfagia susceptible de mejora tanto de su sintomatología como del impacto del trastorno en su vida cotidiana deben ser tributarias de la intervención logopédica mediante un tratamiento de rehabilitación. Igual que los pacientes con trastornos de la deglución que presenten disfagia funcional o estructural susceptible de mejora con intervención de la rehabilitación, sin límite de edad. Así pues, son tributarias del tratamiento rehabilitador las personas con trastornos de la deglución en las que se pueda definir de una manera clara los objetivos terapéuticos y funcionales individualizados por complejidad de la patología e intensidad de rehabilitación y el pronóstico evolutivo según el equipo médico de referencia.

Deben considerarse tratamientos prioritarios los de aquellas personas que se estén alimentando mediante nutrición artificial, como son la sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía endoscópica percutá-

nea (GEP) y tengan pronóstico de mejora, y aquellas personas que se alimentan por vía oral con riesgo para la seguridad deglutoria.

Criterios para regular el tratamiento

Es importante regular la intensidad del tratamiento logopédico ante circunstancias que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- → Disfagia estabilizada (techo terapéutico) sin que se haya logrado el regreso a la función previa a la patología.
- → Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- → Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la deglución.
- → Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- → Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- → Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

Actuando en el marco de las decisiones compartidas, cuando la persona atendida o la familia no están de acuerdo con el proceso o las opciones terapéuticas propuestas, los logopedas pueden optar por seguir acompañando en la decisión tomada o pueden derivar a otro profesional. Encontrará más información en el Código deontológico del CLC.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos de intervención se dividen en:

- → **Habilidades**: mejorar, compensar o equilibrar las funciones y estructuras del sistema de deglución.
- → **Actividad**: minimizar los síntomas de la disfagia, incluyendo las estrategias compensatorias aprendidas.
- → **Participación**: permitir la participación según las circunstancias y preferencias de cada persona. Desarrollar habilidades y confianza social, fomentar la independencia. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- → **Bienestar**: maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

Intervenciones preventivas

Cualquiera de los profesionales de la salud que intervienen en la atención de personas con riesgo de poder presentar disfagia orofaríngea y que formen parte del equipo interdisciplinario deben poder llevar a cabo el cribado para la detección precoz de los posibles signos de alteración de la deglución. El cribado identifica a los pacientes con riesgo de disfagia y permite derivar a los pacientes para recibir una evaluación completa. El cribado debe hacerse tan pronto como la persona con sospecha de disfagia esté despierta y en estado de alerta.

El test de cribado recomendado por el CLC es el EAT-10, ya que permite la detección precoz de personas con signos de disfagia orofaríngea. Ante un cribado positivo, será necesaria la intervención del médico y la derivación del logopeda.

En cuanto a la disfagia, los logopedas deberían participar en ámbitos de salud pública con el objetivo de prevenir o retrasar la aparición de los síntomas, contribuyendo a proteger y promover la salud a lo largo de la vida. Una de las acciones preventivas que hay que promover es la detección temprana.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de la disfagia. De acuerdo con la CIF, los métodos no invasivos del tratamiento de la disfagia se pueden dividir en: a) adaptativos o cuidados básicos; b) compensatorios, estrategias de adaptación, y c) técnicas de reconstitución que requieren intervención especializada.

a **Cuidados básicos**. Por ejemplo, vigilar la postura durante las comidas, el ritmo de las comidas y la higiene oral.

- Asegurarse siempre, antes de dar la comida, de que la persona con DO está alerta, despierta y consciente.
- Evitar distracciones y vigilar que en la mesa solo estén los utensilios necesarios.
- Comprobar que los sólidos tengan la consistencia y textura recomendada y los líquidos la viscosidad más segura.
- Hay que vigilar el ritmo con el que se pone el alimento en la boca, tanto si el paciente es autónomo como si necesita ayuda, para impedir que se provoquen aspiraciones.
- Controlar la postura: espalda recta, cabeza y cuello en la misma línea, pies en el suelo. Se debe corregir siempre que sea necesario. En caso de estar encamado o con silla adaptada, es necesario incorporar el tronco adoptando una posición superior a los 45 grados, con la cabeza levantada e inclinación hacia delante para evitar la hiperextensión del cuello.
- La ubicación y postura del cuidador cuando debe alimentar una persona con DO debe estar a la misma altura o por debajo de quien está alimentando, siempre de cara para evitar que la persona tenga que rotar la cabeza o hacer una hiperextensión del cuello.

- Hay que vigilar la higiene oral y la prótesis dental antes y, sobre todo, al terminar de comer, para evitar la colonización bacteriana.

b **Técnicas compensatorias y/o adaptación de la dieta**. Se trata de estrategias dietéticas para facilitar la alimentación segura del paciente. Podemos destacar las siguientes:
- Adaptación de la consistencia y la textura de los alimentos.
- Adaptación de la viscosidad de los líquidos.
- Maniobras posturales como la flexión anterior o posterior, rotación, inclinación, etc.

Es muy importante que, ante un signo de alteración de la seguridad, se mantenga la dieta más segura. Es recomendable consensuar todas las modificaciones de la dieta con el equipo, especialmente con la nutricionista, con la persona afectada y con la familia.

El CLC recomienda que se tenga en cuenta para la adaptación de las texturas de los alimentos y líquidos la clasificación del marco de la *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI).

c **Técnicas de reconstitución de la función**
- Técnicas de incremento sensorial con aumento del volumen del bolo y/o cambio de textura, uso de saborizantes, estimulación termo-táctil, vibratoria, por pulsos de aire, etc.
- Ejercicios de movilidad, fuerza, tono y coordinación muscular como la estimulación labial, lingual (IOPI), de las mejillas y del velo del paladar, maniobra de Masako o ejercicio de Shaker.
- Técnicas deglutorias (con/sin alimento): técnicas de protección de la vía aérea (maniobra supraglótica y maniobra supersupraglótica) y técnicas de facilitación del paso del bolo (maniobra de deglución forzada, maniobra de Mendelson).
- Otras técnicas:
  - Estrategias de neuroestimulación eléctrica periférica: estimulación neuromuscular (NMES), estimulación eléctrica transcutánea neuromuscular (NMES) que permite trabajar sobre grupos neuromusculares implicados en la deglución y la estimulación eléctrica intrafaríngea (EEI). Se pueden utilizar en la fase aguda y en la fase estable. Se pueden utilizar en ámbito hospitalario y ambulatorio.
  - Electromiografía de superficie y *biofeedback*.
  - Entrenamiento muscular respiratorio (RMT): sirve como prevención, en fase aguda y en fase estable. Se pueden utilizar en ámbito hospitalario y ambulatorio. Puede ser telemático, semipresencial o presencial.
  - Vendaje neuromuscular.

El CLC recomienda que, en función de la terapia, la intervención sea individual, grupal o mixta; presencial o telemática. Es importante selec-

cionar técnicas rehabilitadoras específicas para cada persona, patología, etiología y signos de alteración en la deglución.

Algunos de los tratamientos o intervenciones en el momento de publicación de este documento todavía no tienen evidencia a favor ni en contra para su aplicación en algunos tipos de disfagia funcional y estructural. Faltan estudios bien diseñados y algunas de las técnicas son difícilmente cuantificables.

Los logopedas deben ser capaces de realizar una búsqueda de práctica clínica basada en la evidencia para poder encontrar las herramientas adecuadas, potentes y favorecedoras que puedan ayudar a la rehabilitación de las afectaciones de cada paciente. El CLC aconseja a estudiantes, investigadores y profesionales clínicos que lleven a cabo estudios sobre la intervención logopédica en la disfagia.

Intervenciones de mantenimiento de la función

El proceso de recuperación del paciente con disfagia puede ser largo. A veces, la persona no podrá recuperar la totalidad de las competencias perdidas o recuperarlas al nivel que tenía. Por este motivo, puede ser conveniente favorecer la realización de actividades y maniobras para mantener la funcionalidad y seguridad de la deglución alcanzadas en el tratamiento. La alimentación debe realizarse en un espacio inclusivo, normalizado y seguro para todos. Su gestión puede estar en manos del propio paciente o de sus familiares o cuidadores con la orientación del profesional de la logopedia.

Intervenciones en el entorno

Entendemos como intervención en el entorno todas aquellas pautas que se puedan dar a las personas que forman parte de la vida del paciente; pueden ser programas educativos o soportes a la familia o cuidadores. Hay que tener en cuenta el resultado de la evaluación del contexto, la participación y la calidad de vida, a la hora de programar las intervenciones.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno de las personas con disfagia.

Intervenciones no recomendadas

Si el logopeda no conoce o no encuentra evidencia científica de los beneficios de un tipo de tratamiento o técnica para un tipo de disfagia determinado, no debe llevar a cabo dicha técnica. Así mismo, si el logopeda no está preparado para realizar algún tipo de tratamiento, aunque sea favorable para el usuario, debe formarse en caso de que sea una técnica de la que pueda hacer uso, o derivarlo al profesional adecuado para realizar la intervención en caso de que sea una técnica que no pueda aplicar como logopeda.

Equipamiento

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a disponer de todos los objetos necesarios para llevar a cabo la evaluación y el tratamiento rehabilitador. Habitualmente, es necesario disponer de guantes, depresores, espejos, vibradores, vasos de diferentes formatos y cubiertos de mesa adaptados y normalizados. Para la estimulación térmica, será necesario disponer de microondas y refrigeradores para calentar o enfriar la comida. Si se cuenta con la formación adecuada, se pueden utilizar instrumentos de estimulación eléctrica neuromuscular. Es recomendable tener acceso a un aspirador, por si se necesita. Como materiales fungibles, hay que tener productos como los espesantes. Cabe recordar que el profesional no puede dar comida al paciente que no la haya traído el propio paciente o haya sido servida por servicios acreditados de alimentación de centros sanitarios.

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se realiza de nuevo una evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad. O bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- Los objetivos terapéuticos han compensado los requisitos nutricionales y hay bajo riesgo de complicaciones tales como desnutrición o sobreinfección respiratoria por broncoaspiración.

Orientaciones para después del alta

En el momento del alta, la persona atendida debe recibir un informe con las recomendaciones a seguir.

Si todavía necesita una adaptación de texturas y viscosidades de los alimentos sólidos y líquidos es necesario reforzar los conocimientos del paciente y/o familiares para identificar las texturas adecuadas según el marco IDDSI y las técnicas que deben seguir tanto en el momento de elaborar las comidas como en cada deglución.

Si, además de necesitar mantener las adaptaciones de texturas, se requiere continuar realizando técnicas compensatorias, hay que asegurar que seguirán aplicándose en el domicilio.

Si en el momento del alta, la función deglutoria no está del todo recuperada, es recomendable realizar un seguimiento a los dos o tres meses para asegurar la estabilidad de la persona con disfagia.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b2 Funciones sensoriales y dolor	**b270 Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos** b279 Funciones sensoriales adicionales, otras especificadas y no especificadas
b5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	**b510 Funciones relacionadas con la ingesta** b5100 Succión b5101 Morder b5102 Masticación b5103 Manipulación de la comida en la boca b5104 Salivación b5105 Tragar b51051 Deglución faríngia
	b5153 Tolerancia a la comida
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d5 Autocuidado	d550 Comer: llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer, en banquetes o cenas. d560 Beber: sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, remover y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una paja o beber agua corriente como de un grifo o fuente; mamar/lactar.
FACTORES AMBIENTALES	
e1 Productos y tecnología	e110 Productos o sustancias para el consumo personal
e4 Actitudes	e465 Normas, costumbres e ideologías sociales: mayor o menor dificultad para participar en actos relacionados con las comidas

Bibliografía

Arreola V, *et al.* Effect of transcutaneous electrical stimulation in chronic posts-troke patients with oropharyngeal dysphagia: 1-year results of a randomized controlled trial. Neurorehabilitation and Neural Repair 35.9. 2021;778-789.

Cichero JA, Murdoch BE. Dysphagia: foundation, theory and practice. John Wiley & Sons, 2006.

Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària. Atenció a la disfàgia orofaríngia en els diversos àmbits del sistema de salut: document de consens. 2018. https://hdl.handle.net/11351/5694

Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, *et al.* European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia: 2021;0(0):1-27. https://doi.org/10.1177/23969873211039721

ESSD. ESSD Position Statements: Oropharyngeal Dysphagia in Adult Patients. Dysphagia. European Society for Swallowing Disorders; 2013.

Govender R, Smith CH, Taylor SA, Barratt H, Gardner B. Swallowing interventions for the treatment of dysphagia after head and neck cancer: A systematic review of behavioural strategies used to promote patient adherence to swallowing exercises. BMC Cancer. 2017;17(1). https://doi.org/10.1186/s12885-016-2990-x

IASLT. IASLT Position Statement on Swallow Screening. Irish Association of Speech & Language Therapists; 2016.

Murray J, Sullivan PA. Frail elders and the failure to thrive. The ASHA Leader. 2006:11(14); 14-16.

Olszewski J, Zielińska-Bliźniewska H, Pietkiewicz P. Dysphagia as interdisciplinary diagnostic and therapeutic problem. Polish Otorhinolaryngology. 2011;1.

Perry A, Lee SH, Cotton S, Kennedy C. Therapeutic exercises for affecting post-treatment swallowing in people treated for advanced-stage head and neck cancers. Cochrane database Syst Rev. 2016;2016(8):CD011112. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011112.pub2

Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T AO, NC, Bambakidis, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie-Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, TirschwellDL. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2018;49(3): e46-e110. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000158

Shaker R, *et al.* Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. Gastroenterology 122.5. 2002; 1314-1321.

Speyer R, Cordier R, Kim JH, Cocks N, Michou E, Wilkes-Gillan S. Prevalence of drooling, swallowing, and feeding problems in cerebral palsy across the lifespan: a systematic review and meta-analyses. Dev Med Child Neurol. 2019;61(11):1249-1258. https://doi.org/10.1111/dmcn.14316

Steele CM, Bailey GL, Polacco REC, Hori SF, Molfenter SM, Oshalla M, Yeates EM. Outcomes of tongue-pressure strength and accuracy training for dysphagia following acquired brain injury. International journal of speech-language pathology. 2013; 15(5), 492-502.

Swigert, NB. The source for dysphagia. LinguiSystems, 2000.

Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. Dysphagia. 2016;31(3):434-441. https://doi.org/10.1007/s00455-016-9695-9

Trastornos aerodigestivos

15

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos aerodigestivos. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 350–381. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos aerodigestivos. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 350–381). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para prevenir, evaluar, diagnosticar e intervenir en los trastornos de las vías aerodigestivas, concretamente en las alteraciones de la voz, la deglución y la respiración, y debe mantener una formación específica y actualizada en este ámbito.

2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el impacto funcional, la evaluación y la intervención en los trastornos aerodigestivos, promueve la creación y validación de instrumentos adaptados al contexto lingüístico y cultural en catalán y castellano.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y basado en la evidencia en el tratamiento de los trastornos aerodigestivos, y fomenta la colaboración entre profesionales y la participación activa de la persona y su entorno. Aconseja evitar prácticas clínicas no fundamentadas científicamente.

¿Qué es?

Definición

Los trastornos aerodigestivos son afecciones o enfermedades de las vías aerodigestivas, incluidas las vías respiratorias (faringe y laringe), las vías pulmonares (tráquea, bronquios y pulmones) y el tracto digestivo superior (esófago), que pueden afectar a las funciones respiratorias y de deglución. Los trastornos aerodigestivos, o su manejo (por ejemplo, cirugía, intubación), pueden provocar problemas de voz o deglución, así como problemas en las vías respiratorias. Este será el término que usaremos para agrupar cinco trastornos de esta área en que los profesionales logopedas pueden tener alguna función: el síndrome de la apnea obstructiva del sueño (SAOS), la tos crónica, el movimiento paradójico de las cuerdas vocales (MPCV), el reflujo faringolaríngeo (RFL) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño (SAOS)

El SAOS es un trastorno respiratorio caracterizado por una obstrucción parcial prolongada de la vía aérea superior o una obstrucción intermitente completa que interrumpe la ventilación normal durante el sueño y sus patrones normales.

Tos crónica

La tos crónica se define como una tos que dura más de 8 semanas en adultos y más de 4 semanas en niños. La tos crónica se puede llamar "síndrome de tos somática" en ausencia de una causa conocida o "tos tic" cuando se acompaña de características clínicas básicas de los tics.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales (MPVC)

El movimiento paradójico de las cuerdas vocales es la aducción intermitente y episódica de las cuerdas vocales durante la inspiración. Durante los episodios, las cuerdas vocales se acercan parcial o totalmente y restringen el paso del aire a los pulmones. El MPCV puede producirse de forma aislada, o puede coexistir con otras enfermedades, como trastornos pulmonares (por ejemplo, asma), anomalías laríngeas y patología cardíaca. Alrededor del 29-40 % de las personas con MPCV también padecen asma.

Reflujo faringolaríngeo (RFL)

El flujo de contenido estomacal ácido por el esófago hasta la zona faringolaríngea determina la aparición de alteraciones en la mucosa respiratoria. Estas alteraciones provocan alteraciones de la voz y sensaciones de inflamación faríngea y pueden coexistir con los síntomas del trastorno por reflujo gastroesofágico. La palabra reflujo proviene del latín *re*, que significa 'volver', y *fluere*, 'fluir'. El reflujo faringolaríngeo (RFL) es el retorno del contenido gástrico hacia la zona de la laringe y la faringe. Este hecho lo comparte con el reflujo gastroesofágico (GERD, del

inglés *Gastroesophageal Reflux Disease*), que se define como el ascenso del contenido estomacal hacia el esófago. Si bien ambas patologías comparten el mismo punto de partida, son consideradas diferentes, con síntomas y necesidad de tratamiento diferentes.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad pulmonar común que reduce el flujo de aire y causa problemas respiratorios. También se conoce como enfisema o bronquitis crónica. En las personas con EPOC, la mucosidad destruye u obstruye los pulmones.

Signos clínicos

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Las interrupciones producidas por la apnea generan una fragmentación muy significativa en el sueño de la persona y esto puede derivar en trastornos de tipo neuropsiquiátrico, cardiorrespiratorios y metabólicos. Estos trastornos reiterados en el tiempo provocan alteración en la calidad de vida de las personas afectadas por este síndrome. Por este motivo, su prevención y rehabilitación son imprescindibles. Otros síntomas frecuentes en una respiración nocturna inadecuada son somnolencia, hipertensión arterial, RFL, cefaleas matinales, síntomas depresivos, alteraciones de personalidad, irritabilidad, disminución del rendimiento intelectual, entre otros. Hay que tener en cuenta que todas estas alteraciones tienen consecuencias en la vida diaria de la persona que las sufre y afectan a su rendimiento escolar y laboral, así como la relación con los demás.

Tos crónica

Presencia de tos productiva (húmeda) o no productiva (seca) que dura más de 8 semanas en adultos y más de 4 semanas en niños.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

El principal síntoma del MPCV es la aducción repentina de las cuerdas vocales inducida por el desencadenamiento de estímulos como la actividad, el estrés o irritantes ambientales. También suele presentarse con pérdida repentina y total de la voz, tensión en la garganta, tos y voz áspera antes o durante un episodio de aducción de las cuerdas vocales, dificultad para inhalar, exhalar o ambas cosas, mareo que se resuelve rápidamente cuando finaliza el episodio o estridor en la inhalación.

Reflujo faringolaríngeo

Los síntomas del RFL son: voz ronca, disfonía, sensación de globo faríngeo, disfagia, tos crónica, carraspera, fatiga vocal, sensación de moco retronasal, ruidos respiratorios y dolor de garganta.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Los síntomas más comunes de la EPOC son: dificultad para respirar, tos

crónica (a veces con esputo), sibilancias y sensación de cansancio. Los síntomas de la EPOC pueden empeorar rápidamente. Estos agravamientos, también denominados exacerbaciones, suelen durar varios días. Las personas con EPOC también tienen un riesgo mayor de padecer otros problemas de salud, entre los que cabe destacar: infecciones pulmonares, como gripe o neumonía; cáncer de pulmón; enfermedades del corazón; debilidad en los músculos y osteoporosis; depresión y ansiedad. Uno de los trastornos asociados a la EPOC es la disfagia por alteración de la sensibilidad faringolaríngea, que provoca la aparición de falsas rutas en la deglución y aumenta el riesgo de infecciones pulmonares.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
7A41	Apnea obstructiva del sueño
MD12	Tos, incluye tos crónica
CA0H.4	Laringoespasmo, incluye el movimiento paradójico de los pliegues vocales
DA22	Enfermedad por reflujo gastroesofágico
CA22	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Causas

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Los factores que predisponen a la aparición del SAOS son:

- Hipertrofia de amígdalas y adenoides.
- Malformaciones congénitas craneofaciales: Síndrome de Down, síndrome de Pierre Robin, síndrome de Treacher Collins, síndrome de Klippel-Feil, síndrome de Prader-Willi, acondroplasia, etc.
- Obstrucción nasal marcada.
- Laringomalacia.
- Enfermedades neurológicas y neuromusculares.
- Reflujo gastroesofágico.
- Obesidad.

Tos crónica

- Síndrome de asma.
- Enfermedades esofágicas, como el reflujo faringolaríngeo.
- Respuesta idiopática a la tos aumentada, particularmente en mujeres.
- Rinitis y sinusitis.
- Goteo retronasal.
- Uso de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

(fármacos para el tratamiento de la presión arterial alta y la insuficiencia cardíaca).

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

No se conoce la causa exacta del MPCV, aunque puede estar relacionada con la hiperreactividad laríngea. El MPCV puede ser desencadenado por factores orgánicos, como el reflujo faringolaríngeo, el asma o los irritantes ambientales, o por factores no orgánicos, como el ejercicio o el estrés psicológico.

Reflujo faringolaríngeo

El RFL se asocia a muchos trastornos aerodigestivos, incluyendo, entre otros, la fisura laríngea, la atresia esofágica y la esofagitis eosinófila. El RFL es de origen multifactorial. Entre de los factores causantes se incluyen: una disfunción del esfínter esofágico inferior o superior, el tiempo de exposición al material refluido y la sensibilidad del tejido, hábitos alimentarios inadecuados, estrés, obesidad y consumo excesivo de alcohol y tabaco.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Son múltiples los procesos que pueden provocar el estrechamiento de las vías respiratorias y provocar una EPOC. Puede ocasionar destrucción de partes de los pulmones, obstrucción de las vías respiratorias debido a las secreciones o la inflamación del epitelio de las vías respiratorias. La EPOC evoluciona gradualmente, a menudo debido a varios factores de riesgo asociados, como los siguientes: exposición al tabaco (fumadores activos o pasivos) y exposición ocupacional a polvo, humos o sustancias químicas.

Epidemiología

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Según el libro blanco *Evaluación sanitaria y socioeconómica del síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHS) en España*, afecta a entre un 6 y un 8 % de la población. El SAOS se considera una enfermedad muy prevalente. Esta prevalencia aumenta claramente con la edad. Así, estudios llevados a cabo en España evidencian que entre un 4,7 y un 7,8 % de la población general mayor de 40 años cumple los criterios de un SAOS grave. Esta prevalencia puede alcanzar el 26 % en hombres y el 21 % en mujeres, con un índice de hipopnea (IHA) superior a 30 en la población mayor de 65 años. Hay que tener en cuenta que la esperanza de vida de la persona que sufre SAOS no tratada puede reducirse hasta un 20 %. Cabe añadir que en España, entre un 7 y un 13 % de los niños menores de seis años son roncadores y, de estos, entre un 2 y 3 % pueden sufrir SAOS.

Tos crónica

La tos crónica es un síntoma muy frecuente en la práctica clínica, con una prevalencia variable en la población general de entre el 3,3 y el 12 %.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

Se desconoce la verdadera prevalencia de MPCV debido a criterios diagnósticos inconsistentes y a la falta de conciencia del trastorno. Sin embargo, los estudios han reportado MCPV en algún subconjunto de la población clínica investigada. Se constata, pues, que está presente de forma significativa en pacientes atendidos en urgencias que presentan dificultad para respirar o asma, en deportistas de élite, en individuos con estrés elevado o en personas expuestas a irritantes. Algunos informes muestran mayor prevalencia en mujeres que en hombres.

Reflujo faringolaríngeo

Según los estudios, la prevalencia de síntomas relacionados con el RFL es del 15-20 % con una mayor incidencia en la población femenina. Se observa una correlación entre la edad y el incremento de RFL. Los trastornos de la voz y la disfagia también pueden estar asociados a la enfermedad por RFL. Se informa que los trastornos de la voz son 1,8 veces más altos en pacientes con enfermedad por RFL.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Según datos de 2006, la prevalencia de EPOC en España en la población de 40 a 80 años es del 10,2 %. Por sexos, la prevalencia es del 15,1 % en hombres y del 5,7 % en mujeres.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia local en nuestro país de los trastornos aerodigestivos.

Impacto en la vida de la persona

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. En general, los trastornos aerodigestivos afectan a las funciones mentales (b1), de la voz y el habla (b3), respiratorias (b440-b455) y relacionadas con la fuerza, el tono y la resistencia muscular (b730, b735 y b740).

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

El SAOS afecta significativamente a la calidad de vida de los pacientes, causa somnolencia diurna excesiva, fatiga crónica, irritabilidad y problemas de concentración. Impacta negativamente en las relaciones sociales y laborales, aumenta el riesgo de accidentes y puede provocar problemas cardiovasculares y metabólicos. Los pacientes suelen experimentar dificultades en el rendimiento laboral y en las actividades diarias, así como problemas de relación con la pareja debido a los ronquidos y la fragmentación del sueño.

Tos crónica

La tos crónica puede afectar significativamente a la calidad de vida de los pacientes. Puede causar trastornos del sueño, fatiga, dolor muscular, incontinencia urinaria y aislamiento social. Los pacientes a menudo experimentan dificultades en las actividades diarias y en las interacciones sociales por culpa de la tos persistente.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

El MPCV puede causar episodios de dificultad respiratoria que afectan a la calidad de vida de los pacientes. Puede limitar las actividades físicas, causar ansiedad e impactar negativamente en la vida social y laboral de los afectados.

Reflujo faringolaríngeo

El RFL puede causar síntomas como ronquera, tos crónica y sensación de "nudo en la garganta" que afectan a la calidad de vida de los pacientes. Puede impactar negativamente en la comunicación, la alimentación y el sueño, y esto afecta a las actividades diarias y las relaciones sociales. Con frecuencia, los pacientes con RFL se habitúan a su sintomatología y la combaten con tratamientos farmacológicos exclusivamente sintomáticos o con adaptaciones más o menos orientadas de su dieta. Las restricciones alimenticias acaban siendo un elemento normalizado de su vida. Si el RFL afecta gravemente a la calidad de su voz, esta sí es vivida como una pérdida sustancial de calidad de vida.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La EPOC tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Es una de las causas más importantes de mala calidad de vida y pérdida de esperanza de vida. Los pacientes experimentan síntomas como tos, expectoración y dificultad respiratoria que limitan sus actividades diarias. La EPOC también causa frecuentes visitas médicas y hospitalizaciones, especialmente debido a las reagudizaciones, lo que afecta a la vida social y laboral de los pacientes. A medida que empeora la enfermedad, resulta más difícil seguir con sus actividades cotidianas habituales, a menudo por la falta de aire. La enfermedad puede tener consecuencias económicas considerables debido a la limitación de la productividad en el trabajo y en el hogar, así como por el coste del tratamiento médico.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar en qué elementos inciden los trastornos aerodigestivos.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Grado 0: leve

Ronquidos ocasionales, ligero cansancio diurno. Impacto mínimo en la calidad de vida, riesgo ligeramente elevado de hipertensión.

Grado I: moderado

Ronquidos frecuentes y más intensos, somnolencia diurna notable, cefaleas matutinas ocasionales, ligera disminución de la concentración y memoria. Impacto moderado en la calidad de vida.

Grado II: moderado-severo

Ronquidos intensos y constantes, somnolencia diurna significativa que afecta al rendimiento laboral, irritabilidad y cambios de humor, disminución de la libido, mayor riesgo de accidentes de tráfico y laborales. Impacto moderado en la calidad de vida y las relaciones sociales.

Grado III: severo

Apneas frecuentes observadas por la pareja, somnolencia diurna extrema, problemas cognitivos significativos (memoria, concentración), síntomas depresivos, hipertensión arterial de difícil control, riesgo elevado de complicaciones cardiovasculares. Impacto severo en la calidad de vida, el trabajo y las relaciones sociales.

Grado IV: muy severo

Apneas muy frecuentes con desaturaciones de oxígeno graves, insomnio y desvelos frecuentes con sensación de ahogo, somnolencia diurna incapacitante, riesgo muy elevado de accidentes, complicaciones cardiovasculares establecidas (arritmias, insuficiencia cardíaca), posible disfunción eréctil, mayor riesgo de cáncer y demencia. Impacto extremo en todos los aspectos de la vida, con posible discapacidad laboral.

Tos crónica

Grado 0: leve

Tos ocasional, especialmente por la mañana. Ligero hormigueo en pecho y garganta. Mínimo impacto en la calidad de vida.

Grado I: moderado

Tos más frecuente y persistente, sensación de irritación o picor en pecho y garganta. Ligera limitación en actividades sociales, preocupación por molestar a los demás por la tos.

Grado II: moderado-severo

Tos frecuente que interfiere en las actividades diarias. Ronquera o problemas vocales, evitación de algunas reuniones sociales, dificultad para comer o beber sin provocar tos, fatiga por falta de sueño.

Grado III: severo

Tos intensa y persistente que afecta gravemente a la calidad de vida. Aislamiento social significativo, problemas para dormir y fatiga severa, posible incontinencia urinaria. Impacto en la capacidad laboral.

Grado IV: muy severo

Tos constante y debilitante, desmayos (síncope tusígeno). Fracturas de costillas por la intensidad de la tos. Depresión y aislamiento social completo. Incapacidad para realizar actividades básicas sin provocar tos. Posible pérdida de peso por la dificultad al comer.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

Grado 0: leve

Episodios ocasionales de dificultad respiratoria leve. Sensación de constricción en la garganta durante el ejercicio intenso. Mínimo impacto en la calidad de vida. Posible ansiedad leve relacionada con los síntomas.

Grado I: moderado

Episodios más frecuentes de dificultad respiratoria. Sensación de "nudo en la garganta" durante actividades moderadas, leves cambios en la voz después de los episodios. Impacto moderado en actividades físicas y sociales. Aumento de la ansiedad relacionada con los síntomas.

Grado II: moderado-severo

Episodios frecuentes de dificultad respiratoria, estridor audible durante los episodios, cambios notables en la voz, limitación significativa en actividades físicas. Impacto en la capacidad laboral y social. Ansiedad moderada y posible depresión.

Grado III: severo

Episodios diarios de dificultad respiratoria, estridor importante y sensación de pánico durante los episodios, cambios persistentes en la voz, incapacidad para realizar actividades físicas moderadas. Impacto severo en la calidad de vida y en la capacidad laboral. Ansiedad severa y posible agorafobia.

Grado IV: muy severo

Episodios múltiples diarios de dificultad respiratoria grave, sensación constante de falta de aire, alteración permanente de la voz, incapacidad para llevar a cabo actividades básicas sin desencadenar síntomas. Aislamiento social completo. Depresión severa y trastornos de ansiedad generalizados. Posible discapacidad laboral total.

Reflujo faringolaríngeo

Grado 0: leve

Sensación ocasional de "nudo en la garganta", ligero picor de garganta. Impacto mínimo en la calidad de vida. Posible ronquera leve por la mañana.

Grado I: moderado

Sensación frecuente de "nudo en la garganta", picor de garganta más frecuente, ronquera intermitente, ligero exceso de moco en la garganta. Impacto moderado en la calidad de voz, posible tos seca ocasional.

Grado II: moderado-severo

Sensación constante de "nudo en la garganta", picor de gar-

ganta frecuente y molesto, ronquera persistente, exceso de moco en la garganta, tos seca frecuente, especialmente por la noche. Dificultad ocasional para tragar. Impacto moderado en la calidad de vida y las relaciones sociales.

Grado III: severo

Dolor o ardor en la garganta, ronquera severa, tos crónica que afecta al sueño, dificultad frecuente para tragar, sensación de falta de aire o ahogo. Impacto severo en la calidad de la voz y en la vida social y laboral. Posible pérdida de peso por la dificultad al comer.

Grado IV: muy severo

Dolor intenso en la garganta, pérdida casi total de la voz, tos crónica debilitante, dificultad severa para tragar, episodios de laringoespasmos, pérdida de peso significativa. Impacto extremo en todos los aspectos de la vida, con posible discapacidad laboral. Riesgo de complicaciones como úlceras o estenosis esofágica.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Grado 0: leve

Tos ocasional, especialmente por la mañana, producción de esputos leve, sensación de "resfriados" más frecuentes. Mínimo impacto en la calidad de vida.

Grado I: moderado

Tos crónica más frecuente, aumento de la producción de esputos, disnea leve al realizar esfuerzos intensos (como subir escaleras), infecciones respiratorias más frecuentes e intensas. Ligera limitación de las actividades cotidianas.

Grado II: moderado-severo

Tos persistente y productiva, disnea al realizar actividades moderadas, fatiga más frecuente, disminución de la capacidad para realizar ejercicio. Impacto notable en la calidad de vida. Posibles exacerbaciones que requieren atención médica.

Grado III: severo

Disnea al efectuar actividades ligeras o cambiarse de ropa, tos intensa que puede causar fracturas de costillas, fatiga constante, pérdida de peso significativa, exacerbaciones frecuentes que requieren hospitalización, posible desarrollo de hipertensión pulmonar. Impacto severo en la calidad de vida y en la capacidad laboral.

Grado IV: muy severo

Disnea en reposo, dependencia de oxígeno suplementario, insuficiencia respiratoria crónica, desarrollo de corazón pulmonar (disfunción del ventrículo derecho), posible coma por acumulación de CO_2 (acidosis respiratoria). Riesgo elevado de arritmias cardíacas y otras complicaciones. Pérdida severa de calidad de vida, posible dependencia total.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para llevar a cabo los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos aerodigestivos. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos de la deglución y la voz, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos mínimos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas de la deglución y la voz, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para su diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas de la deglución y de la voz.

Un logopeda puede ser el primero en atender a un paciente que experimenta problemas de voz o deglución. Son pacientes que pueden tener o no un trastorno aerodigestivo subyacente. El objetivo del cribado es identificar a las personas que requieren una evaluación adicional por parte de un logopeda o la derivación a otros servicios profesionales. El cribado puede descubrir hallazgos que sugieran problemas médicos subyacentes.

Es importante para los logopedas:

- Conocer las estructuras anatómicas afectadas por varios trastornos aerodigestivos.
- Conocer los cambios en la alimentación, la deglución, la voz y los problemas de respiración que pueden estar causados por trastornos aerodigestivos.
- Reconocer desviaciones en la estructura y la función que justifican una evaluación aerodigestiva por parte de un médico.
- Realizar las derivaciones oportunas, según sea necesario.

Orientación interdisciplinar

Las decisiones sobre los objetivos y las opciones de tratamiento se toman en colaboración con la persona afectada, su familia o cuidador y otros profesionales. Como parte de un equipo multidisciplinar, el logopeda puede participar en la evaluación de la respuesta del individuo al tratamiento médico y en la implementación de estrategias tanto directas como indirectas durante o después del tratamiento médico.

El tratamiento debe ser multifactorial, por lo tanto, como aspecto clave para la mejora del paciente, será necesaria la colaboración entre diferentes profesionales de la salud que pueden formar parte de un equipo de trastornos aerodigestivos establecido o como resultado de derivaciones informadas y dirigidas dentro o fuera del área de logo-

pedia. Un equipo multidisciplinar básico debe incluir uno o más de los siguientes profesionales: logopeda, otorrinolaringólogo, neumólogo, gastroenterólogo, médico de atención primaria, fisioterapeuta, enfermera y dietista-nutricionista.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el conjunto de las alteraciones aerodigestivas que afectan a la voz o la deglución, los pacientes pueden llegar al servicio de logopedia por derivación, ya sea de sus médicos de familia o de especialistas diversos. La información mínima necesaria requerida para la derivación al servicio de logopedia es:

- → Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- → Tiempo de evolución de la clínica y repercusión en las actividades de la vida diaria del paciente.
- → Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- → Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.
- → Tratamientos relacionados realizados, ya sean farmacológicos, rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización.

La diversidad de síntomas y causas de estas alteraciones hace que el concurso de varios profesionales sea siempre necesario. A menudo se necesitan las aportaciones especializadas de los servicios de neurología, ORL, cirugía maxilofacial o estudios por parte de neumólogos o neurofisiólogos.

Exploración clínica

Los trastornos aerodigestivos pueden implicar la interacción de múltiples sistemas: laríngeos, pulmonares, fonatorios, digestivos y sensoriomotores. Las personas pueden presentar múltiples quejas y síntomas variados. Un historial exhaustivo de casos y una evaluación de signos y síntomas, recogidos por miembros de un equipo multidisciplinar que incluya un logopeda, facilitan la evaluación y el diagnóstico diferencial.

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- → Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con trastornos aerodigestivos y el efecto de deficiencias en la alimentación, la deglución, la voz y la función de las vías respiratorias (laringe).
- → Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y factores contextuales

(ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

→ El impacto de la alimentación, la deglución, la voz y los problemas de las vías respiratorias en la calidad de vida, incluido el impacto de las limitaciones en los roles sociales de la persona dentro de su comunidad.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

La mayoría de los trastornos aerodigestivos son identificados por un médico a partir del examen físico y una o más de las siguientes pruebas:

→ Evaluación gastrointestinal (por ejemplo, estudio de motilidad esofágica, prueba de vaciado gástrico, esofagogastroduodenoscopia, manometría esofágica, prueba de pH o impedancia de 24 horas, espectroscopia Raman).

→ Exploraciones instrumentales (por ejemplo, endoscopia, videofluoroscopia, fluoroscopia de las vías respiratorias, broncoscopia flexible, lavado broncoalveolar, microlaringoscopia directa, manometría faríngea de alta resolución).

→ Pruebas de función pulmonar.

→ Estudios de rayos X y otros estudios de imagen (por ejemplo, radiografía de tórax, tomografía computarizada de tórax, resonancia magnética, electromiografía, ecografía).

El CLC orienta a los logopedas a observar y notificar los siguientes elementos:

→ **Voz:**
- Calidad vocal (por ejemplo, voz rugosa, voz tensa).
- Esfuerzo vocal (por ejemplo, fatiga vocal, informe de dolor durante la voz).

→ **Respiración:**
- Presencia de estridor o respiración trabajada que afecta al soporte de la respiración para la voz.
- Frecuencia respiratoria rápida.
- Tos crónica.

→ **Deglución y cambios en la dieta:**
- Signos clínicos de problemas de alimentación y deglución (por ejemplo, tos, necesidad de aclararse la garganta, molestias o sensación de globo al tragar).
- Otros indicadores como el bajo aumento de peso en recién nacidos y la pérdida de peso involuntaria en adultos, o la evitación intencionada de líquidos o alimentos que previamente disfrutaban.

→ **Signos orofaciales**, para más información, consulte el capítulo de disfunciones orofaciales:
- Tonicidad.
- Posición lingual en reposo.

Los logopedas también buscan signos de afecciones neurológicas (por ejemplo, función sensoriomotora anormal) que pueden afectar a la voz, la deglución o la respiración, o que indican una enfermedad subyacente.

Si los resultados del cribado muestran dificultades respiratorias, de alimentación o deglución que sugieran un proceso de enfermedad subyacente, hay que derivar al paciente a un profesional médico adecuado.

Es imprescindible evaluar cada patología individualmente según sus características:

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Actualmente, no existe ningún protocolo estandarizado para la evaluación logopédica de estos pacientes, por este motivo es necesario utilizar diferentes protocolos de la práctica habitual de la logopedia, siempre teniendo en cuenta las necesidades y características de cada uno de los pacientes.

Escalas e instrumentos de valoración:

- Cuestionario Berlin, para la frecuencia e intensidad de los ronquidos. https://www.cenestorax.com/medicos.cenestorax/Berlin
- Escala de somnolencia de Epworth.
- OSA-18 Cuestionario de calidad de vida.
- Examen clínico fonoaudiológico del SAOS (Guimaraes, 2014).
- Evaluación miofuncional para la evaluación funcional de la musculatura orofacial y las funciones orales (documento del Col·legi de Logopedes de Catalunya - CLC).
- Para la funcionalidad nasal:
  - Reflejo narinario de Godin.
  - Espejo de tipo Glatzel o placa oronasal.
  - Prueba de Rosenthal.
- Resonancia de nasofaringe u ortopantomografía para evaluar la configuración de la vía aérea del paciente.

Pruebas complementarias según criterio clínico:

- Polisomnografía del sueño: anota los ciclos y las etapas del sueño. Registra el flujo de aire que entra y sale de los pulmones durante la respiración, los niveles de oxígeno en la sangre, la posición del cuerpo, las ondas cerebrales (EEG), el esfuerzo y la frecuencia respiratoria, la actividad eléctrica de los músculos, los movimientos oculares y la frecuencia cardíaca.
- Evaluación por parte del médico maxilofacial de la estructura oral del paciente para valorar una posible intervención quirúrgica para mejorar las alteraciones de oclusión que pueda presentar.
- Evaluación instrumental por parte de la ORL para evaluar la funcionalidad de las estructuras que interfieren en la respiración adecuada.
- Registro de las fases del sueño por parte del paciente con

aplicaciones como SnoreLab (aplicación gratuita que ofrece la posibilidad de obtener información en diferentes momentos del tratamiento y ver las mejoras obtenidas).

Tos crónica

En cuanto a los pacientes que presentan tos crónica, el logopeda debe recopilar información acerca de:

- La presencia de causas asociadas a la tos, tales como RFL, goteo retronasal, asma, uso de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina u otros medicamentos y tabaquismo.
- Características de la tos: descripción, patrón, advertencia percibida de aparición, percepción de control de la tos, estrategias para controlar la tos y eficacia de dichas estrategias.
- El grado de preocupación por la tos.
- La aparición, duración y progresión de la tos.
- Tratamiento previo para la tos y resultados del tratamiento.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

El logopeda debe recopilar la siguiente información del historial de casos:

- Aparición de dificultad respiratoria: desencadenantes (por ejemplo, alergias y reflujo faringolaríngeo), duración, sensación, descripción, intentos de tratamiento y respuesta.
- Frecuencia y duración de los ataques MPCV.
- Lucha respiratoria durante el esfuerzo físico.
- Reflujo faringolaríngeo.
- Alergias respiratorias.
- Percepción de un esfuerzo vocal excesivo o diferente.

Las actividades de evaluación pueden incluir:

- Observación del patrón de respiración en reposo, durante la actividad tranquila y durante la disnea.
- Laringoscopia y rinoendoscopia para valorar la integridad estructural y funcional de las cuerdas vocales y de las estructuras supraglóticas y las dinámicas laríngeas a través de una serie de actividades como la inhalación, la fonación, la tos o la función valvular.

Reflujo faringolaríngeo

Para la valoración del RFL, los logopedas deben considerar una aproximación multimodal, que incluya la evaluación de los síntomas percibidos por el paciente y la observación de los signos laríngeos, así como tener en cuenta los resultados de las pruebas médicas complementarias.

Historia clínica y evaluación de los síntomas con cuestionarios autoadministrados:

- Índice de Síntomas de Reflujo (RSI, por las siglas de *Reflux Symptom Index*), desarrollado por Belafsky, Postma y Koufman

(2002): es un cuestionario autoadministrado, válido y fiable, que el paciente utiliza para reportar sus síntomas de RFL. Se basa en nueve ítems referidos a los síntomas experimentados durante el último mes. Cada ítem se valora en una escala de cinco tramos, que van del 0 (no presenta ningún problema) al 5 (problema grave). La puntuación máxima que se puede alcanzar es de 45 puntos. Los autores consideran significativas las puntuaciones superiores a 13 puntos.

- *34 Item Symptom Questionnaire*: este cuestionario incluye los 25 ítems de la escala *Gastroesophageal Symptom Assessment* (GSAS) y los 9 ítems del cuestionario RSI. Cada ítem se valora con una puntuación del 0 al 5 (0 si no presenta ningún problema y 5 si es un problema grave).

Exploración laríngea y observación de signos con:

- *Reflux Finding Score* (RFS), desarrollado por Belafsky *et al.*: es una escala de observación de signos laríngeos que sistematiza ocho ítems a observar y los puntúa con valores entre 0 y 4, de manera diferenciada para cada ítem. Los signos a observar y puntuar son: presencia de edema subglótico, obliteración ventricular, eritema o hiperemia, edema de los pliegues vocales, edema difuso de la laringe, hipertrofia de la comisura posterior, presencia de granulomas o tejido granular y, finalmente, observación de moco endolaríngeo espeso o denso.

Otras pruebas instrumentales, como la pHmetría ambulatoria de 24 horas (con sensor faríngeo y esofágico) que es el patrón de referencia actual, aunque no es una prueba ideal. Es importante saber que el diagnóstico basado solo en la pHmetría puede ser inexacto debido a limitaciones en sensibilidad y especificidad, la no detección del reflujo alcalino y la posibilidad de signos falsos por modificaciones en la dieta.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La exploración logopédica de la EPOC se limita a la valoración de la disfagia y su riesgo de aparición. Las estrategias y técnicas de evaluación son las habituales para este trastorno de la deglución.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los trastornos aerodigestivos.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Los logopedas disponen de la versión en español del *Quebec Sleep Questionnaire*, un cuestionario de calidad de vida para la apnea obstructiva del sueño.

Tos crónica

Para valorar el impacto de la tos crónica en la vida de los pacientes, está disponible la versión española del *Leicester Cough Questionnaire* (LCQ-Sp), un cuestionario de 19 ítems que evalúa tres ámbitos: físico, psicológico y social.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales y reflujo faringolaríngeo

Actualmente, no hay cuestionarios específicos sobre la calidad de vida para el trastorno del MPCV ni para el RFL traducidos y validados en catalán o castellano. El logopeda debe recurrir a cuestionarios como el *Voice Handicap Índex* o el *Voice-Related Quality of Life* (V-RQOL) y adaptar las preguntas o bien utilizar las versiones inglesas del *Laryngopharyngeal Reflux-Health-Related Quality of Life* (LPR-HRQL).

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Existe el PREM-C9 (*Patient Reported Experience Measure* – COPD, 9 ítems): es un cuestionario diseñado para evaluar la experiencia del paciente con EPOC, no solo sus síntomas o calidad de vida, sino cómo percibe la atención sanitaria y cómo se relaciona en su vida diaria con la enfermedad.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para identificar las barreras contextuales y los facilitadores.

Se deben evaluar los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades, entre ellos, dificultad para llamar por teléfono si se ve afectada la voz (d350 o d3600); dificultad para socializar por culpa de ronquera o malestar laríngeo (d9205). Entre los factores ambientales, hay que evaluar la intensidad de ruido (e2500) o la calidad del aire (e260), así como los productos personales domésticos (e110, respiradores o humidificadores no disponibles en casa) o el soporte familiar (e310, falta de apoyo emocional o práctico en familia).

En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de evaluación de aspectos relacionados con el papel del contexto en las enfermedades aerodigestivas en las que intervienen los logopedas.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

Consideraciones de evaluación

Consideraciones culturales e individuales

Los logopedas deben llevar a cabo las evaluaciones de forma sensible a los antecedentes culturales del individuo, sus creencias, prácticas, hábitos dietéticos, su historia de conductas alimentarias desordenadas y sus preferencias para la intervención médica. Las creencias culturales,

religiosas e individuales sobre las prácticas alimentarias pueden afectar al nivel de confort o a la voluntad de un individuo de participar en la evaluación. Algunos hábitos alimentarios que parecen ser un signo de un trastorno aerodigestivo (por ejemplo, evitar ciertos alimentos o negarse a comer otros) pueden estar relacionados con diferencias culturales en los hábitos alimentarios o pueden ser síntomas de un trastorno alimentario.

Las creencias y preferencias individuales se deben tener en cuenta a la hora de proporcionar educación y recomendaciones. Las estrategias de entrevistas que tienen en cuenta las variantes etnográficas pueden ayudar a recopilar información útil para la comprensión del caso y, por tanto, para la intervención logopédica. La colaboración con otros profesionales (por ejemplo, agente cultural, proveedor de salud mental, dietista registrado, etc.) puede ser beneficiosa.

También hay que tener en cuenta, en las evaluaciones videofluoroscópicas, el impacto potencial de la concentración de bario y la viscosidad de los estímulos de prueba para todos los individuos. Esto es particularmente importante para bebés y niños pequeños con trastornos aerodigestivos.

Durante el examen, también se deben valorar posibles intervenciones y las recomendaciones de tratamiento (posicionamiento, utensilios, tipo de botellas y tetinas, texturas y viscosidad líquida, y estrategias compensatorias).

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarias de logopedia las personas con trastornos aerodigestivos susceptibles de mejora con tratamiento logopédico, tanto si la disfunción es la causa o la consecuencia del trastorno, y siempre que esta afecte al desarrollo o a la ejecución de una o más funciones del sistema estomatognático (SE), sea de alimentación o de comunicación.

Criterios para regular el tratamiento

- → Pacientes con un índice de apnea/hipopnea grave que necesitan dispositivo CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*).
- → Pacientes diagnosticados con apnea central del sueño.
- → Pacientes que presentan falta de colaboración.
- → Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.
- → Enfermedad psiquiátrica activa, trastornos de conducta o deterioro cognitivo que impidan el aprendizaje.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos generales de la rehabilitación de los trastornos aerodigestivos son maximizar las habilidades, la actividad, la participación del lenguaje y la comunicación de las personas:

- Habilidades: mejorar, compensar o equilibrar las funciones y estructuras del SE.
- Actividad: minimizar los trastornos aerodigestivos, incluyendo las estrategias compensatorias aprendidas.
- Participación: permitir la participación según las circunstancias de cada individuo y preferencias. Desarrollar habilidades y confianza social, promover la independencia y toma de decisiones. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- Bienestar: maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

A continuación, presentamos el objetivo general del tratamiento concreto de las diversas alteraciones en que intervienen los logopedas.

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

El objetivo del tratamiento es la disminución de las apneas o hipopneas que presenta el paciente. Hay que tener en cuenta que el objetivo final es mejorar la calidad de vida general del paciente y evitar los efectos secundarios que puede tener la interrupción del sueño o las diferentes alteraciones en el crecimiento orofacial del paciente y su repercusión en las funciones orales.

Tos crónica

El objetivo del tratamiento es ayudar al individuo a controlar la tos mediante la identificación de desencadenantes, el uso de estrategias para suprimir la tos, la reducción de la irritación de la laringe y el uso de conductas saludables de higiene vocal. Los servicios de logopedia deben coordinarse con el manejo médico de la causa subyacente para implementar sus servicios tras descartar o abordar otros factores que contribuyen.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

El objetivo del tratamiento es establecer una abducción constante de las cuerdas vocales durante el ciclo respiratorio para mantener una vía aérea patente. Esto reduce la ansiedad y afirma que la respiración es constantemente alcanzable, incluso, en presencia de desencadenantes ambientales o relacionados con la actividad.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

El objetivo general de la intervención logopédica es reducir los síntomas vocales y respiratorios mediante técnicas directas e indirectas

que mejoren la eficiencia vocal, disminuyan la hiperfunción laríngea y promuevan hábitos vocales saludables, complementando el tratamiento médico para favorecer la recuperación de la mucosa y la calidad vocal.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Los objetivos de la intervención logopédica en la disfagia asociada a la EPOC son los propios de la logopedia en los trastornos de la deglución, teniendo en cuenta, como siempre, el estado general y las necesidades del paciente.

Intervenciones preventivas

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

La literatura científica subraya la importancia de intervenciones preventivas para el SAOS orientadas tanto a la población general como a colectivos específicos, especialmente en edades tempranas.

En la población infantil, es fundamental implementar programas de sensibilización dirigidos a padres, pediatras y especialistas en otorrinolaringología para facilitar su detección precoz, la derivación efectiva y la prevención mediante educación sanitaria. Propuestas como la creación de grupos educativos estructurados por franjas de edad que trabajen hábitos saludables e higiene nasal han demostrado su efectividad en la prevención de la roncopatía y la instauración de rutinas saludables. Estas intervenciones pueden incluir sesiones grupales presenciales, vídeos asincrónicos y revisiones periódicas para garantizar la adhesión familiar.

En adultos, se propone la creación de grupos multidisciplinares de prevención, formados por profesionales como logopedas, dietistas-nutricionistas y fisioterapeutas, para llevar a cabo acciones formativas con pacientes con riesgo antes del inicio del tratamiento con CPAP, sea presencialmente o en línea.

Tos crónica

Las actuaciones preventivas en la tos crónica se centran en actuaciones ambientales como evitar la exposición al humo ambiental, la presencia de moho en casa y la convivencia con mascotas o en factores personales como el índice de masa corporal elevado y la historia familiar de tos crónica.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

Las actuaciones preventivas más efectivas en el MPCV combinan la detección precoz y la educación del paciente para reducir la recurrencia y mejorar su calidad de vida.

Los enfoques preventivos más efectivos son el entrenamiento respiratorio y las técnicas de relajación. Además, la identificación de los factores desencadenantes —como el estrés, el ejercicio intenso o la exposición a irritantes ambientales— es clave para educar a los pacientes en estrategias de evitación o afrontamiento adecuadas. Por otra parte,

la detección precoz por parte de profesionales de la educación, como docentes o entrenadores, puede contribuir a una derivación rápida.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Las actuaciones preventivas en el RFL tienen como objetivo evitar la progresión de la sintomatología, reducir el riesgo de recurrencia y preservar la función vocal y respiratoria del paciente. En este contexto, la intervención logopédica se integra dentro de un modelo interdisciplinario de prevención secundaria y terciaria, que se centra en la modificación de conductas fonatorias y los hábitos cotidianos que pueden perpetuar o agravar la irritación laríngea. La educación vocal, la higiene vocal y la gestión de la carga vocal son ejes fundamentales de estas actuaciones. Son muy efectivas las pautas de higiene que incluyen el ajuste de estilos de vida y hábitos alimentarios, tales como evitar comidas irritantes, dejar de fumar, perder peso, no comer antes de acostarse y dormir con la cabeza elevada, que contribuyen a reducir los episodios de reflujo.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La EPOC es una afección que se puede prevenir y tratar, con una carga importante en el ámbito clínico y socioeconómico. Las estrategias preventivas, tanto primarias como secundarias, son fundamentales para reducir la incidencia, la progresión y las exacerbaciones. El cese del tabaquismo sigue siendo la intervención más eficaz en prevención primaria, dado que el tabaco es el principal factor de riesgo modificable. Además, la prevención secundaria se basa en la detección precoz mediante espirometría, especialmente en poblaciones de riesgo.

En el ámbito de la prevención de las exacerbaciones, la rehabilitación respiratoria y el soporte nutricional pueden ser intervenciones eficaces para reducir las hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios de intervenciones preventivas en los trastornos aerodigestivos.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

Las decisiones de gestión médica en trastornos aerodigestivos buscan equilibrar las necesidades de las vías respiratorias para respirar con una preservación óptima de la calidad vocal y la integridad de la deglución. Los enfoques varían desde «esperar y vigilar» hasta intervenciones quirúrgicas complejas.

Algunos ejemplos de enfoques por parte de profesionales médicos adecuados incluyen, entre otros, los siguientes:

- → Tratamiento endoscópico de anomalías estructurales (por ejemplo, dilatación).
- → Manejo médico o quirúrgico de la enfermedad subyacente que conduce al trastorno aerodigestivo.

- → Reparación quirúrgica de anomalías estructurales que afectan a la función aerodigestiva (por ejemplo, aritenoidopexia, fundoplicatura, reparación de la fisura laríngea, supraglotoplastia, aritenoidectomía).

Los logopedas proporcionan un tratamiento directo o reparador para abordar problemas funcionales de la voz y problemas de alimentación y deglución. Los logopedas también proporcionan tratamiento directo para problemas de las vías respiratorias laríngeas, incluyendo el movimiento paradójico de las cuerdas vocales y la tos crónica.

La naturaleza, el alcance y la duración de la gestión del logopeda dependen de:

- → El trastorno aerodigestivo subyacente, las estructuras y funciones afectadas, su gravedad y la historia relevante.
- → El tipo y el curso de los medicamentos para tratar enfermedades subyacentes y que se producen simultáneamente.
- → El tipo y el alcance del manejo quirúrgico necesario (por ejemplo, intervención quirúrgica y tiempo de curación, necesidad de un tubo de alimentación temporal).

La diversidad de trastornos que incluye este capítulo dedicado al rol de la logopedia en las alteraciones aerodigestivas nos obliga a una presentación sintética y heterogénea.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos de los trastornos aerodigestivos:

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

La intervención logopédica en pacientes con SAOS se centra fundamentalmente en la terapia miofuncional orofacial (TMO), que ha demostrado que mejora significativamente el índice de apnea-hipopnea (IAH), reduce la somnolencia diurna y mejora la calidad de vida en pacientes adultos y pediátricos. Aunque el grado de recomendación es alto, algunos estudios señalan que la calidad de la evidencia disponible todavía es limitada y hacen énfasis en la necesidad de estudios longitudinalmente robustos para evaluar su efectividad a largo plazo.

La TMO puede convertirse en una alternativa no invasiva para retrasar el uso de medidas terapéuticas más agresivas como el CPAP o la cirugía, especialmente en casos leves o moderados. La eficacia de esta terapia, sin embargo, es altamente dependiente de la frecuencia y la adhesión al tratamiento. Por este motivo, se recomienda una intervención inicialmente individualizada, con sesiones frecuentes y seguimiento continuo, que permita ajustar los objetivos terapéuticos en función de la evolución del paciente.

Aunque la literatura no proporciona evidencias concluyentes sobre la eficacia de las intervenciones grupales o telemáticas, la experiencia clínica indica que la incorporación de grupos reducidos (3-4 pacientes con características similares) en fases avanzadas puede facilitar la

generalización de los aprendizajes y la motivación de los participantes. Igualmente, los programas semipresenciales pueden tener un papel relevante en el mantenimiento de los resultados alcanzados, especialmente cuando se implementan con estructuras híbridas que combinan sesiones presenciales con seguimientos en línea.

Una propuesta funcional es la elaboración de un plan individualizado que incluya una visita inicial presencial de valoración logopédica, seguimientos alternados presenciales y en línea, y soporte digital (vídeos, herramientas de registro), siempre adaptado a las necesidades y capacidades del paciente. Este enfoque optimiza los recursos, mejora la accesibilidad al tratamiento y favorece la adherencia terapéutica.

Tos crónica

La tos crónica es un síntoma complejo que puede persistir a pesar de un tratamiento farmacológico adecuado. En este contexto, la intervención logopédica ha demostrado ser una herramienta efectiva para gestionarla mejor, especialmente en casos clasificados como tos crónica refractaria o inexplicada. Esta terapia se basa en técnicas conductuales destinadas a modificar la respuesta del reflejo tusígeno y desensibilizar los estímulos que lo activan.

Las sesiones de terapia logopédica incluyen técnicas para controlar voluntariamente la tos y reducir las irritaciones en la garganta. Además, la terapia se puede aplicar en combinación con tratamientos farmacológicos, para potenciar su efecto. Entre las actividades clínicas más habituales está la educación sobre la naturaleza de la tos crónica, incluyendo la diferenciación con la tos aguda, el establecimiento de la supresión como objetivo terapéutico seguro, la identificación del umbral de tos y la desensibilización progresiva, así como la promoción de la adherencia al tratamiento médico prescrito.

Una parte fundamental del tratamiento logopédico es la promoción de hábitos saludables de higiene vocal. Esto incluye la identificación de conductas de riesgo como la hidratación insuficiente o la respiración oral y el entrenamiento en prácticas saludables como beber suficiente agua, utilizar un volumen vocal adecuado y evitar entornos irritantes. También se enseña el uso de estrategias de supresión de la tos, como la respiración relajada de garganta, la respiración con labios puros o la exhalación lenta y sostenida. Estas técnicas suelen combinarse con distracciones físicas, como tragar saliva o beber agua, y recursos sensoriales, como caramelos no medicados o cubitos de hielo.

El logopeda inicia estas estrategias en un entorno neutro, libre de desencadenantes, para establecer patrones funcionales consistentes. Posteriormente, se pueden introducir estímulos como olores fuertes, cambios de temperatura o actividad física, a fin de que la persona practique el control de la tos en condiciones reales. El tratamiento se considera completo cuando la persona es capaz de gestionar la tos en diferentes contextos y ante los desencadenantes habituales.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

El tratamiento logopédico del MPCV constituye una herramienta terapéutica de primer orden, especialmente por su enfoque no invasivo y su capacidad de proporcionar al paciente estrategias autónomas de control respiratorio. La intervención se basa fundamentalmente en técnicas de reentrenamiento respiratorio diseñadas para inhibir la aducción inapropiada de las cuerdas vocales durante la inspiración, característica de este trastorno. Este abordaje puede producir mejoras sustanciales y sostenidas en la sintomatología, y reduce la necesidad de intervenciones médicas agudas.

Los logopedas pueden implementar un abanico de procedimientos individualizados según las características del paciente y los desencadenantes del MPCV. Una técnica clave es la respiración relajada de glotis, que entrena las cuerdas vocales para mantenerlas abducidas durante todo el ciclo respiratorio; incluye inspirar por la nariz con la lengua relajada en el suelo de la boca y los labios en contacto leve, seguida de una exhalación a través de los labios puros o de la producción de un sonido como /s/.

La respiración diafragmática o abdominal también es esencial para reducir la tensión muscular y eliminar patrones de respiración clavicular, habituales en personas con MPCV. Esta técnica se centra en la expansión del abdomen y la caja torácica costal inferior durante la inspiración, y contribuye a una mejora de la coordinación respiratoria y vocal.

Una vez adquiridas las técnicas, el logopeda puede introducir progresivamente retos simulando situaciones reales o desencadenantes. Por ejemplo, el entrenamiento durante la actividad física (una carrera suave o deportes de competición) y la exposición gradual a estímulos ambientales, tales como olores o productos químicos, dentro de un contexto seguro y controlado.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Las actuaciones logopédicas tienen como objetivo reducir los síntomas vocales (disfonía, fatiga vocal, sensación de garganta seca o irritada, necesidad de aclararse la garganta), mejorar la calidad vocal y disminuir el impacto funcional del trastorno en la comunicación y la calidad de vida del paciente.

A partir del diagnóstico funcional se establece un plan terapéutico individualizado que puede incluir técnicas indirectas (educación en higiene vocal, modificación de estilos de vida, consejos sobre alimentación y posturas) y técnicas directas (entrenamiento vocal específico, técnicas de relajación muscular, reeducación respiratoria y mejora de la coordinación fonorespiratoria).

Un componente fundamental de la terapia logopédica en RFL es la intervención en la hiperfunción laríngea y la tensión supraglótica, habituales en pacientes con laringe irritada. El objetivo es conseguir un uso más eficiente y menos esforzado de la voz, para reducir la sobrecarga muscular y facilitar la recuperación de los tejidos laríngeos afectados por el reflujo.

La evidencia actual muestra que la combinación de tratamiento médico y terapia logopédica ofrece mejores resultados en la reducción de síntomas y en la mejora de los indicadores vocales, tanto objetivos como subjetivos, que el tratamiento farmacológico por sí solo. En este sentido, la intervención logopédica no solo tiene un valor terapéutico, sino también preventivo y educativo, puesto que fomenta hábitos vocales saludables y una mejor gestión de los factores de riesgo relacionados con el RFL.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Las actividades, maniobras e instrumentos de la intervención logopédica en la disfagia asociada a la EPOC son los propios de la logopedia en los trastornos de la deglución, teniendo en cuenta, como siempre, el estado general y las necesidades del paciente.

El CLC orienta a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes a que efectúen estudios sobre la intervención logopédica en los trastornos aerodigestivos.

Intervenciones de mantenimiento

En las alteraciones aerodigestivas, el seguimiento posterior al tratamiento es un elemento importante para la calidad de vida del paciente. Es esencial instruirle para que detecte la posible recidiva de la alteración y comunique cualquier modificación de la sintomatología a los profesionales que lo han tratado, para que puedan orientarlo en la reactivación de los tratamientos o la implementación de medidas específicas para mejorar su curso clínico.

El CLC orienta a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes a que efectúen estudios sobre la intervención de mantenimiento en los trastornos aerodigestivos.

Intervenciones en el entorno

Las alteraciones aerodigestivas como el SAOS, la tos crónica, el MPCV, el RFL y la EPOC comparten una etiología multifactorial que a menudo incluye interacciones entre los sistemas respiratorio y digestivo. En este contexto, la intervención logopédica no solo se centra en técnicas directas sobre la función vocal, respiratoria o deglutoria, sino también en la modificación de aspectos ambientales que pueden contribuir significativamente a la sintomatología del paciente.

Varias investigaciones han puesto de manifiesto que el entorno físico y psicosocial tiene un impacto directo en la gravedad y frecuencia de los síntomas aerodigestivos. Por ejemplo, la calidad del aire interior (presencia de alérgenos, polución, humedad) se ha asociado al agravamiento de síntomas respiratorios y deglutorios, especialmente en pacientes con RFL o EPOC. Modificaciones como una ventilación adecuada, el uso de purificadores de aire o la reducción de irritantes inhalados pueden contribuir a una disminución de la activación del reflejo tusígeno y de la irritación de la mucosa laríngea.

El entorno acústico también tiene un papel clave. Espacios con exceso de ruido ambiental pueden provocar un uso vocal más forzado, con la consiguiente exacerbación de trastornos como el movimiento paradójico de las cuerdas vocales o la tos crónica. En este sentido, la intervención logopédica puede incluir recomendaciones de adaptación del entorno laboral o doméstico para minimizar la carga vocal y facilitar una comunicación más eficiente.

Además, factores psicosociales como el estrés ambiental y el ritmo de vida acelerado pueden aumentar los síntomas de estas alteraciones. Intervenciones orientadas a la higiene del sueño, la reducción del ruido nocturno y la regulación de los horarios pueden tener efectos beneficiosos en enfermedades como el SAOS o el RFL. El logopeda puede trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales para implementar estrategias de higiene ambiental y conductual adaptadas a las necesidades del paciente.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios de intervenciones en el entorno de los trastornos aerodigestivos.

Intervenciones no recomendadas

La literatura científica reciente señala varias prácticas que no son recomendables o que pueden resultar contraproducentes en el manejo de las alteraciones aerodigestivas.

En pacientes con tos crónica o MPCV, se ha observado que fomentar la tos como forma de «liberación» puede reforzar circuitos neuronales disfuncionales y cronificar la sintomatología. La tos excesiva puede irritar aún más las vías aéreas superiores, manteniendo el ciclo de la inflamación y sensibilización del reflejo tusígeno.

En el caso del RFL, la imposición de dietas muy restrictivas sin una base diagnóstica clara puede provocar déficits nutricionales, impactar negativamente en la calidad de vida del paciente e, incluso, agravar la ansiedad asociada.

En alteraciones como la EPOC o el SAOS, se ha demostrado que el tratamiento centrado únicamente en fármacos (como broncodilatadores o inhibidores de la bomba de protones) sin un enfoque funcional o conductual (como el que aporta la logopedia) puede tener una efectividad limitada.

La literatura desaconseja el uso de ejercicios de fuerza vocal (como el *pushing*) durante fases de irritación laríngea, especialmente en casos de MPCV o RFL, ya que pueden incrementar el edema y la fatiga vocal.

Un enfoque exclusivamente estructural u orgánico que no tenga en cuenta los factores ambientales, emocionales y conductuales se considera limitado. Especialmente en enfermedades con componentes funcionales importantes, como el MPCV o la tos crónica, este enfoque puede ser insuficiente y retrasar la mejora clínica.

Equipamiento

El CLC recomienda a los profesionales de la práctica clínica que dispongan de los instrumentos y los siguientes elementos a la hora de intervenir

en trastornos aerodigestivos; y que velen por llevar a cabo su tarea profesional en un espacio con las condiciones adecuadas.

Equipamiento de evaluación funcional e instrumentación:

- → Espirómetro portátil o dispositivo de medición del flujo respiratorio.
- → Manómetro bucal/nasal.
- → Tubos de resonancia o tubos de semioclusión.
- → Material audiovisual y modelos anatómicos 3D.
- → Material para reeducación diafragmática y respiración nasal.
- → Software de registro acústico y aerodinámico.

Condiciones ambientales adecuadas en la consulta:

- → Purificador de aire con filtro.
- → Control de humedad y temperatura.
- → Espacio tranquilo con acústica controlada.

Información de alta

Requisitos de alta

Criterios de alta de rehabilitación

El tratamiento finaliza en el momento en que se da alguna de estas situaciones:

- Se han alcanzado los objetivos terapéuticos.
- El paciente no mejora con el tratamiento y no se puede ofrecer ninguna otra opción de tratamiento rehabilitador.
- Otros impedimentos particulares del paciente para continuar con el tratamiento (incluye contraindicación del tratamiento por riesgo de empeoramiento clínico de alguna comorbilidad, el paciente rechaza el tratamiento, etc.).

Criterio para mantener un tratamiento

El hecho de que el paciente haya experimentado mejora progresiva de su situación funcional a lo largo del tratamiento y se observe que todavía hay posibilidad de mejora es criterio para prolongar un tratamiento, también más allá de la fecha de alta correspondiente a un tratamiento con duración estándar.

Las pruebas objetivas y subjetivas realizadas en la valoración inicial con el paciente son un aspecto clave. Por este motivo, es recomendable, al final del tratamiento o un tiempo después (3/6 meses del alta), poder volver a evaluar al paciente con las mismas pruebas (si no es posible hacerlas todas, al menos las que tienen relación con la funcionalidad muscular y las funciones orales).

Orientaciones para después del alta

En las alteraciones aerodigestivas, el seguimiento de la evolución posterior al tratamiento es un elemento importante para la calidad de vida del paciente. En algún caso, la condición de salud alterada se puede mantener a lo largo de toda la vida. El paciente y su entorno deben encontrar los soportes y las compensaciones para lograr que la salud no impida una vida normalizada. Es esencial instruirle para que detecte la posible recidiva de la alteración y comunique cualquier modificación de la sintomatología a los profesionales que lo han tratado, para que puedan orientarlo en la reactivación de los tratamientos o la implementación de medidas específicas para mejorar su curso clínico.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b110 Funciones de la conciencia b134 Funciones del sueño b140 Funciones de la atención b144 Funciones de la memoria
b3 Funciones de la voz y el habla	b152 Funciones emocionales
b4 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	b440 Funciones respiratorias b445 Funciones de los músculos respiratorios b455 Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio
b5 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular b735 Funciones relacionadas con el tono muscular b740 Funciones relacionadas con la resistencia muscular b7401 Funciones relacionadas con el mantenimiento de la contracción muscular durante un determinado período de tiempo

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		
d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d140	Aprender a leer
	d145	Aprender a escribir
	d150	Aprender a calcular
	d160	Centrar la atención
d4 Mobilidad	d475	Conducción

Bibliografía

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Camacho M, Certal V, Abdullatif J *et al.* Myofunctional therapy to treat obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. Sleep. 2015;38(5):669-675. https://doi.org/10.5665/sleep.4652

Guimarães KC, Drager LF, Genta PR, Marcondes BF, Lorenzi-Filho G. Effects of oropharyngeal exercises on patients with moderate obstructive sleep apnea syndrome. Am J Respir Crit Care Med. 2009;179(10):962-966. https://doi.org/10.1164/rccm.200806-981OC

Hsu B-T, *et al.* Effects of respiratory muscle therapy on obstructive sleep apnea: systematic review and meta-analysis. J Clin Sleep Med. 2020;16(5):785-801. https://doi.org/10.5664/jcsm.8318

Ieto V, Kayamori F, Montes MI *et al.* Effects of oropharyngeal exercises on snoring: a randomized trial. Chest. 2015;148(3):683-691. https://doi.org/10.1378/chest.14-2953

O'Connor-Reina, Carlos *et al.* "Improving adherence to myofunctional therapy in the treatment of sleep-disordered breathing." *Journal of clinical medicine* 10.24 (2021): 5772. https://doi.org/10.3390/jcm10245772

Randerath W, Verbraecken J, Baguet JP *et al.* European Respiratory Society guideline on non-CPAP therapies for obstructive sleep apnoea. Eur Respir Rev. 2021;30(162):210200. https://doi.org/10.1183/16000617.0200-2021

Rodríguez-Alcalá L, Baptista P *et al.* Evaluation of muscle strength of the tongue with the Tongue Digital Spoon in patients with obstructive sleep apnea. Life (Basilea). 2022;12(11):1841. https://doi.org/10.3390/life12111841

Rueda JR, Mugueta-Aguinaga I, Vilaró J, Rueda-Etxebarria M; Cochrane Airways Group. Myofunctional therapy (oropharyngeal exercises) for obstructive sleep apnoea. Cochrane Database Syst Rev. 2020;(11):CD013449. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013449.pub2

Zhang F, Tian Z, Shu Y *et al.* Efficiency of orofacial myofunctional therapy in treating obstructive sleep apnoea: a meta-analysis of observational studies. J Oral Rehabil. 2022;49(7):734-745. https://doi.org/10.1111/joor.13325

Kearney, Ann. "The Role of Speech-Language Pathologists in Adults With Obstructive Sleep Apnea and Snoring." *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* (2025): 1-8. https://doi.org/10.1044/2025_PERSP-24-00290

Tos crónica

Mitchell SA, Garrod R, Clark L *et al.* Physiotherapy and speech-language therapy intervention for refractory chronic cough: multicentre randomized controlled

trial. Thorax. 2017;72(2):129-136. https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-208843
Slinger, Claire *et al.* "Speech and language therapy for management of chronic cough." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7 (2019). https://doi.org/10.1002/14651858.CD013067.pub2
Vertigan AE, Kapela SL, Ryan NM, Birring SS. Pregabalin and speech pathology combination therapy for refractory chronic cough: a randomized controlled trial. Chest. 2016;149(3):639-648. https://doi.org/10.1378/chest.15-1271
Vertigan AE, Theodoros DG, Gibson PG, Winkworth AL. Efficacy of speech pathology management for chronic cough: a randomized placebo-controlled trial of treatment efficacy. Thorax. 2006;61(12):1065-1069. https://doi.org/10.1136/thx.2006.064337

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

Chiang T, Marcinow AM, deSilva BW *et al.* Exercise-induced paradoxical vocal fold motion disorder: diagnosis and management. Laryngoscope. 2013;123(3):727-732. https://doi.org/10.1002/lary.23654
Patel RR, Venediktov R, Schooling T, Wang B. Evidence-based systematic review: effects of speech-language pathology treatment for individuals with paradoxical vocal fold motion. Am J Speech Lang Pathol. 2015;24(3):566-584. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0120
Sandage MD, Morton-Jones M, Hall-Landers RJ, Tucker JG. Treatment and outcome metrics for speech-language pathology treatment of upper airway disorders: systematic review. J Speech Lang Hear Res. 2024;67(11): 4391-4410. https://doi.org/10.1044/2024_JSLHR-24-00396

Reflujo faringolaríngeo

Huestis MJ, Keefe KR, Kahn CI, Tracy LF, Levi JR. Alternatives to Acid Suppression Treatment for Laryngopharyngeal Reflux. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology. 2020;129(10):1030-1039. https://doi.org/10.1177/0003489420922870
Lechien JR, Huet K, Khalife M *et al.* Impact of laryngopharyngeal reflux on subjective and objective voice assessments: prospective study. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;45:59. https://doi.org/10.1186/s40463-016-0171-1
Pedersen M, Egg M. Laryngopharyngeal reflux – a randomized clinical controlled trial of voice changes after treatment in Scandinavian adults. J Community Med Health Educ. 2015;5:336. https://doi.org/10.4172/2161-0711.1000336
Vashani K, Murugesh M, Hattiangadi G *et al.* Effectiveness of voice therapy in reflux-related voice disorders. Dis Esophagus. 2009;22(1):27-32. https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2009.00992.x

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Borge, C.R., Hagen, K.B., Mengshoel, A.M. et al. Effects of controlled breathing exercises and respiratory muscle training in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from evaluating the quality of evidence in systematic reviews. BMC Pulm Med 14, 184 (2014). https://doi.org/10.1186/1471-2466-14-184
Mancopes, Renata *et al.* "Chronic obstructive pulmonary disease and dysphagia: what have we learned so far and what do we still need to investigate?" *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* 6.5 (2021): 1212-1221. https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00288
Zhu Y, Zhang Z, Du Z *et al.* Mind–body exercise for stable COPD: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sci Rep.* 2024;14:18300. https://doi.org/10.1038/s41598-024-69394-4

Trastornos de la alimentación pediátricos

16

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos de la alimentación pediátricos. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 382–405. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos de la alimentación pediátricos. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 382–405). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para evaluar, diagnosticar, intervenir y llevar a cabo el mantenimiento de los trastornos de la alimentación pediátrica, especialmente cuando hay alteraciones de la deglución o del desarrollo de las habilidades alimentarias.

2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el impacto funcional, la evaluación y la intervención en los trastornos de la alimentación pediátrica, y promueve la creación de instrumentos adaptados al contexto lingüístico y cultural en catalán y castellano.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y especializado, coordinado con profesionales de la medicina, la psicología, la nutrición y la logopedia, para garantizar una intervención integral basada en la evidencia.

¿Qué es?

Definición

El trastorno de la alimentación pediátrico (TAP) se define como la dificultad o el rechazo persistente para lograr una ingesta oral adecuada para la edad, asociado a alteraciones médicas, nutricionales, disfunciones en las habilidades sensoriomotoras de alimentación (como el manejo de utensilios o la selectividad a determinadas texturas) o a factores psicosociales. El TAP no causa disfagia; sin embargo, la disfagia puede ser un factor de riesgo de TAP a causa de la privación de alimentos, experiencias orales traumáticas y prácticas yatrogénicas.

Se entienden por trastornos de la alimentación infantil aquellas alteraciones en el comportamiento relacionado con la alimentación que afectan a niños y niñas de entre 0 y 6 años, con una mayor prevalencia entre los 0 y 3 años. Estas alteraciones pueden comprometer el desarrollo nutricional, sensoriomotor, emocional y relacional del niño y, en muchos casos, implican también a las figuras parentales o cuidadoras, en tanto que son agentes clave en el proceso de alimentación.

La negativa a comer constituye una de las manifestaciones clínicas más frecuentes durante esta etapa del desarrollo y debe considerarse un signo de alerta. Su detección precoz resulta fundamental para evitar la cronificación de patrones disfuncionales y la evolución hacia trastornos alimentarios de mayor complejidad.

El análisis de estas conductas requiere una evaluación multidimensional de los factores implicados. Entre las causas más comunes se encuentran el malestar físico asociado a la ingesta, dificultades en las habilidades sensoriomotoras orales o la presencia de experiencias previas negativas vinculadas al acto de comer. En todos los casos, es esencial realizar una intervención basada en la evidencia y centrada en el entorno familiar del niño.

Hace una década, los trastornos de la alimentación en la infancia se clasificaban habitualmente en dos categorías diagnósticas: de etiología orgánica (vinculados a enfermedades subyacentes) y de etiología no orgánica (atribuidos a factores conductuales o psicosociales) (Rybak, 2015). Esta dicotomía fue revisada y ampliada en el documento de consenso elaborado por Goday *et al.* (2019), que propone un enfoque más integrador y multifactorial. En la actualidad, sigue existiendo debate en torno a la delimitación nosológica y clínica entre el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID, acrónimo del inglés *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*, TERIA en español) y el trastorno de la alimentación pediátrico (FPD por sus siglas en inglés, TAP en español), especialmente en relación con los criterios diagnósticos y los solapamientos sintomáticos.

La terminología utilizada con mayor frecuencia en la literatura científica en este ámbito incluye conceptos que es imprescindible conocer y manejar en la práctica clínica logopédica:

- **Neofobia**: rechazo de alimentos nuevos o desconocidos que se resuelve con la exposición repetida y positiva al alimento. Es común alrededor de los 24 meses y no debe confundirse con la selectividad alimentaria.
- **Dificultad de alimentación**: sugiere que hay un problema de alimentación de algún tipo, desde la malinterpretación de los padres a verdaderos trastornos.
- **Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos**: engloba cualquier rechazo lo suficientemente grave para ocasionar un problema nutricional o socioemocional tanto en el niño como en los cuidadores y que precisará tratamiento (ARFID/TERIA), incluido en el DSM-5 desde 2013.
- **Trastorno de alimentación en el niño (PFD, acrónimo del inglés *Pediatric Feeding Disorders*)**: término más amplio que el anterior, ya definido anteriormente.

El CLC considera que, en línea con los posicionamientos de la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), la acción de los logopedas debe centrarse en este último trastorno y colaborar con otros profesionales para el abordaje de las alteraciones de la alimentación de orden más psicológico.

Signos clínicos

Podemos destacar diversos signos relacionados con el TAP:

- Alimentación de biberón o lactancia materna prolongada.
- Alimentación nocturna.
- Alteración del procesamiento sensorial oral.
- Almacenamiento de comida o líquidos en la boca.
- Comidas desestructuradas.
- Déficit en las habilidades oromotoras.
- Dificultad en la introducción de texturas de alimentos.
- Distracciones durante la ingesta.
- Falta de alimentación independiente.
- Ingesta poco variada (menos de 15 alimentos).
- Masticación excesiva.
- Poco o nulo aumento de peso durante 2 o 3 meses seguidos.
- Preferencia por los líquidos en detrimento de alimentos sólidos.
- Rechazo a la ingesta durante más de un mes.
- Tiempo de comida estresante.
- Tiempos de comida prolongados.

Algunos comportamientos pueden considerarse signos de alarma:

- Fijación por un número limitado de alimentos (selectivo, limitaciones dietéticas extremas).
- Alimentación forzada (persecución, persuasión, recompensas).
- Cese brusco de alimentación después de un evento desencadenante.
- Náuseas anticipatorias.

En presencia de los siguientes síntomas, se deberá sospechar alguna enfermedad orgánica de base que, a su vez, puede coexistir con un trastorno de la alimentación pediátrico:

- → Disfagia.
- → Incoordinación en la deglución sugerida por tos, atragantamientos o neumonía recurrentes.
- → Retraso en el desarrollo y crecimiento.
- → Alimentación interrumpida por dolor.
- → Regurgitación o vómitos crónicos.
- → Diarrea o sangre en las heces.
- → Anomalías del desarrollo neurológico.
- → Dermatitis atópica y eczema.
- → Relación del cuadro con el inicio de un determinado alimento.
- → Cambio de carácter.

Estos signos se pueden asociar a características específicas de los alimentos líquidos y sólidos como su sabor, temperatura, tamaño del bolo, viscosidad, textura o apariencia.

La diversidad de manifestaciones que puede presentar un niño con TAP pueden agruparse alrededor de dos perfiles de alteraciones del procesamiento sensorial.

- → El bajo registro sensorial se manifiesta comúnmente como una escasa percepción de los alimentos dentro de la cavidad oral. Esto puede incluir dificultades para formar adecuadamente el bolo alimenticio, pérdida de comida fuera de la boca, preferencia por bolos de gran tamaño, o rechazo de líquidos y alimentos que no ofrecen suficiente estimulación sensorial. Los niños con este perfil tienden a buscar experiencias sensoriales más intensas, muestran preferencia por sabores fuertes, temperaturas extremas o texturas marcadas y, con frecuencia, llevan objetos a la boca para satisfacer esta necesidad.
- → La hipersensibilidad oral se presenta a menudo en forma de preferencia por ciertas texturas o tamaños específicos del bolo, masticación prolongada y una dieta muy limitada. Estos niños suelen inclinarse por sabores suaves como los de la mermelada, texturas granuladas finas, porciones pequeñas de alimento y temperaturas neutras. También pueden preferir alimentos duros que les permitan masticar más intensamente como una forma de autorregulación sensorial.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
DD90.1	Trastorno funcional de la deglución
6B8Z	Trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación
KD32	Problemas en la ingesta de alimentos en el recién nacido
KD32.0	Lentitud en la ingesta de alimentos del neonato
KD32.1	Hipoalimentación del recién nacido
KD32.2	Hiperalimentación del recién nacido
KD32.3	Dificultad neonatal en la lactancia materna
KD32.4	Insuficiencia en el desarrollo del neonato
KD32.Y	Otros problemas especificados en la ingesta de alimentos en el recién nacido
KD32.Z	Problemas en la ingesta de alimentos en el recién nacido, sin especificación
MB29.0	Alimentación selectiva o restringida
MG43.3	Dificultades de la alimentación
MG43.30	Problema con la alimentación del lactante
MG43.31	Problema de alimentación del niño
MG43.32	Problema con la alimentación del adulto
MG43.3Z	Dificultades de la alimentación, sin especificación

Causas

De acuerdo con las aportaciones de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, las alteraciones en el funcionamiento del tracto gastrointestinal superior están relacionadas con el TAP. Este puede originarse principalmente por problemas gastrointestinales, aunque también puede deberse a enfermedades respiratorias. Las disfunciones en las estructuras orofaríngeas y laríngeas afectan a la mecánica normal de la alimentación y dificultan el desarrollo natural de las habilidades alimentarias. Cuando el acto de comer provoca dolor o malestar, el niño tiende a rechazar los alimentos y, como respuesta, los cuidadores pueden recurrir a métodos coercitivos para asegurar la ingesta nutricional. Asimismo, las afecciones inflamatorias del tracto gastrointestinal superior pueden interferir en una alimentación adecuada.

Aunque no hay suficiente evidencia concluyente que relacione de forma directa la enfermedad por reflujo gastroesofágico con el TAP, sí se ha identificado una conexión más clara entre este trastorno alimentario y la esofagitis eosinofílica. Los problemas de motilidad y las alteraciones funcionales del sistema digestivo también pueden dificultar la alimentación, especialmente en casos como la atresia esofágica corregida, cirugías como la fundoplicatura o en la intolerancia al volumen alimenticio, incluso sin diagnóstico de gastroparesia, en niños con enfermedades complejas. Además, quienes han recibido

nutrición enteral durante largos periodos pueden volverse dependientes de la sonda, aun cuando ya no sea necesaria desde el punto de vista clínico, pero continúan sin poder alimentarse por vía oral.

Los menores con cardiopatías congénitas a menudo requieren estancias hospitalarias prolongadas con cuidados intensivos, lo que puede retrasar el desarrollo de las habilidades relacionadas con la alimentación. Las intervenciones quirúrgicas cardíacas pueden provocar daño en el nervio laríngeo recurrente, que produce parálisis de la cuerda vocal izquierda y afecta a la protección de las vías respiratorias. En estos casos, tanto la hipoxia crónica como posibles lesiones del nervio vago pueden influir en la aparición de intolerancia alimentaria y vómitos.

Los niños con trastornos neurológicos presentan un riesgo elevado de desarrollar TAP, sobre todo a medida que crecen y sus necesidades nutricionales superan su capacidad para alimentarse adecuadamente. Los niños con retrasos motores o cognitivos severos suelen afrontar mayores dificultades para alimentarse. La disfagia de origen neurológico es común en la infancia, aunque también puede desarrollarse en etapas posteriores, por ejemplo, en niños con parálisis cerebral, lo que aumenta el riesgo de aspiración crónica, con consecuencias graves para la salud.

También se ha identificado una relación entre los trastornos del neurodesarrollo, especialmente el trastorno del espectro autista, y el TAP. Por último, algunos menores que no consumen suficientes calorías para un crecimiento adecuado podrían presentar alteraciones en las señales biológicas del hambre, lo que contribuye al desarrollo del TAP.

Algunos estudios apuntan también a una influencia genética en la predisposición a aceptar ciertos sabores.

Epidemiología

Se desconocen datos específicos de la prevalencia e incidencia del TAP en nuestro entorno, pero en EE. UU. se estima una prevalencia entre el 2,7 % y el 4,4 % de la población infantil, que aumenta hasta el 43 % en los niños prematuros (hasta los 12 meses).

La incidencia de las dificultades en la alimentación en todo el mundo se estima sobre el 30 % de los niños con un desarrollo normal y alcanza el 80 % de los niños con dificultades de desarrollo. La prevalencia de aversiones es del 3,2 % en la población pediátrica. Entre un 14 % y un 50 % de los padres de niños con desarrollo normal consultan por esta misma razón.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para conocer la prevalencia local en nuestro país del TAP por diferentes causas.

Impacto en la vida de la persona

El TAP tiene implicaciones que podemos codificar en la CIF como alteraciones de funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos (b270) y funciones relacionadas con la ingesta, como la succión (b5100), el mordisco (b5101), la masticación (b5102), la salivación (b5104) y la función de tragar (b5105). Las estructuras que se pueden

ver afectadas son la boca (s320), la laringe y la faringe (s330), además de las glándulas salivales (s510) y la estructura de la cabeza y la región del cuello (s710). La clasificación internacional de funcionalidad (por las siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana.

La limitada variedad en la alimentación que suele observarse en niños con TAP puede tener efectos negativos sobre su estado nutricional. La eliminación completa de ciertos grupos de alimentos, como frutas y verduras, puede provocar deficiencias de micronutrientes, incluso si el consumo de macronutrientes es adecuado. Por otro lado, una ingesta excesiva de determinados alimentos, bebidas o suplementos puede llevar a un aporte elevado de micronutrientes, lo que en casos poco comunes podría causar toxicidad.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para la identificación de los elementos en los que incide el TAP.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0. Leve: requiere apoyo mínimo o puntual

En este primer nivel, el niño presenta dificultades leves relacionadas con la alimentación, tales como selectividad limitada, rechazo ocasional de ciertos alimentos o preferencias marcadas por determinadas texturas. Estas dificultades no interfieren de forma significativa en el estado nutricional ni en el desarrollo ponderoestatural, y la autonomía durante las comidas suele estar preservada. Las estrategias de intervención suelen ser preventivas o de bajo impacto, centradas en el asesoramiento a las familias y la introducción de rutinas estructuradas. Las consecuencias funcionales de este nivel de afectación son poco relevantes en el contexto escolar o social.

Grado I. Moderado: requiere apoyo regular

Este grado incluye a aquellos menores cuyas dificultades alimentarias son más consistentes y afectan de forma parcial a la calidad de la ingesta. Es frecuente observar una alimentación limitada a un número reducido de alimentos, dificultades leves de masticación o comportamientos evitativos ante nuevas propuestas alimentarias. La autonomía durante las comidas se encuentra comprometida y requiere supervisión o asistencia regular. La intervención logopédica y nutricional debe ser sistemática y, en muchos casos, es necesaria la coordinación con el entorno educativo. Las consecuencias pueden incluir un impacto moderado en la dinámica familiar, la socialización durante los momentos de comida y el bienestar emocional del niño.

Grado II. Grave: requiere apoyo sustancial

En el tercer grado, el trastorno alimentario adquiere un carácter más severo, con una ingesta oral claramente insuficiente en cantidad o calidad para garantizar un desarrollo físico y nutricional adecuado. Suelen coexistir dificultades significativas en la masticación o la deglución, así como una fuerte aversión a la comida. El menor requiere asistencia directa durante las comidas y puede mostrar conductas de oposición o angustia ante la alimentación. La intervención requiere un abordaje multidisciplinar intensivo, que puede implicar la participación de logopedas, dietistas, pediatras y psicólogos. Las repercusiones se extienden al ámbito familiar, con elevados niveles de estrés, y a la participación escolar, con limitaciones funcionales notables.

Grado III. Muy grave: requiere apoyo intensivo

En este grado, las dificultades en la alimentación oral son muy severas y pueden coexistir con riesgo nutricional grave o trastornos médicos asociados. El menor presenta una ingesta oral muy reducida o limitada exclusivamente a ciertas consistencias o volúmenes. Es común la utilización parcial de vías alternativas de alimentación, como la sonda nasogástrica o la suplementación nutricional. La autonomía está prácticamente ausente y las comidas suelen requerir una alta estructuración y vigilancia. La intervención sanitaria y logopédica es intensiva, con un seguimiento estrecho en contextos clínicos y domiciliarios. Las consecuencias funcionales son altamente significativas y afectan de forma directa a la salud general, la escolarización y la calidad de vida familiar.

Grado IV. Extrema complejidad: requiere apoyo total y especializado

El grado más severo se reduce a los casos en los que la ingesta oral está completamente ausente o supone un riesgo vital. Los menores en este grupo dependen totalmente de la alimentación enteral (gastrostomía u otros métodos) y suelen presentar comorbilidades neurológicas, médicas o del desarrollo que complican aún más el abordaje clínico. La participación en contextos alimentarios convencionales es nula, y las manifestaciones clínicas incluyen disfagia grave, hipersensibilidad oral extrema o rechazo total de cualquier forma de alimentación por vía oral. La intervención debe ser altamente especializada y sostenida en el tiempo, implica a equipos interdisciplinares y dispositivos de atención sanitaria avanzada. Las consecuencias funcionales son graves, con una elevada dependencia, restricciones sociales importantes y un impacto profundo en la dinámica y salud emocional del entorno familiar.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para la realización de los tratamientos preventivos, diagnóstico clínico, rehabilitadores y de mantenimiento en ciertos trastornos de la alimentación, como el TAP y la deglución. En la Orden CIN/726/2009, donde se establecen los requisitos mínimos para la verificación de los títulos que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda queda patente que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas de la deglución, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para su diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las calidades alteradas de la deglución. El logopeda también es el especialista en comunicación y lenguaje. Los niños con selectividad alimentaria desconocen una amplia gama de alimentos y tampoco saben expresar qué características o propiedades les resultan desagradables o les provocan temor. Esta atribución se desprende del artículo 7.2f de la LOPS, que afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos de la comunicación, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina.

Tal como indica el Código Deontológico Profesional, los logopedas tienen que ejercer su profesión con competencia, por lo tanto, los profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para hacerlo. El abordaje de trastornos alimentarios que implican rechazo de alimentos o comportamientos altamente selectivos requiere una intervención de alta especialización por parte del logopeda. Esta intervención requiere competencias que, si bien se fundamentan en la formación del grado, es aconsejable que sean ampliadas mediante formación específica y continuada. Esta especialización abarca múltiples dimensiones: el conocimiento detallado de la función alimentaria, incluyendo la anatomía y fisiología implicadas en la deglución y el funcionamiento de las vías aéreas superiores e inferiores; la comprensión del desarrollo progresivo de las habilidades alimentarias, y la familiaridad con diferentes poblaciones y contextos clínicos, como la prematuridad, los trastornos neurológicos, las cardiopatías, las enfermedades respiratorias, las condiciones del espectro autista, las alteraciones gastrointestinales o las dificultades en el procesamiento sensorial. Asimismo, resulta recomendable el dominio de métodos alternativos de alimentación y un enfoque que contemple tanto los factores del desarrollo como las dimensiones culturales, emocionales y sociales que inciden en la conducta alimentaria del niño.

Siempre que sea posible, el logopeda debe aplicar técnicas y tratamientos respaldados por la evidencia científica con eficacia para el trastorno específico del paciente y debe ser responsable de actualizar sus conocimientos y fuentes de información. Asimismo, debe ser competente para discriminar los casos que responden a un perfil de trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos (TERIA),

reconociendo los límites de su actuación profesional y promoviendo, cuando sea necesario, un abordaje interdisciplinar coordinado con profesionales de los ámbitos de psicología, nutrición y medicina.

Orientación interdisciplinaria

Los trastornos de la alimentación infantil presentan una elevada complejidad e implican un amplio espectro de síntomas fisiológicos, conductuales, ambientales y psicosociales que interactúan entre sí. Ante esta complejidad, se requiere un enfoque interdisciplinario que permita una comprensión integral del niño y de su trastorno, así como una intervención coordinada y ajustada a sus necesidades específicas.

La composición del equipo y el grado de implicación de cada profesional dependerá del perfil clínico del caso y del momento evolutivo del proceso. En general, se recomienda la participación de un médico pediatra y, si procede, un médico gastroenterólogo, un dietista-nutricionista, un psicólogo clínico, un terapeuta ocupacional y un logopeda, cada uno desde su ámbito competencial y con los procedimientos propios de su disciplina.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención hospitalaria y extrahospitalaria, el usuario puede ser derivado al servicio de logopedia por varios médicos: digestivo, neurólogo, foniatra, otorrinolaringólogo o el médico de familia. En la derivación será necesario que se aporte información relativa a:

- → Resultados del estudio realizado (videofluoroscopia, videoendoscopia de la deglución, etc.) con el acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- → Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- → Tiempo de evolución de la clínica y repercusión en las actividades de la vida diaria del paciente y su familia.
- → Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización (como analíticas de sangre).
- → Repercusión de la clínica en el ámbito social.
- → Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos, como rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos del trastorno de la alimentación.

De acuerdo con la CIF, se realiza una evaluación integral para identificar y describir:

- → Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con la deglución y la función de las vías respiratorias laríngeas.
- → Limitaciones en la actividad y la participación, incluidas las interacciones sociales y factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.
- → El impacto de la deglución y la alimentación en la calidad de vida, incluido el impacto de las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

Se debe realizar una historia clínica precisa que permita averiguar los factores desencadenantes y mantenedores del trastorno de alimentación. No menos importante es recoger el grado de preocupación de los padres, porque repercute directamente en la dinámica de la ingesta diaria.

Historia clínica

- Motivo de consulta y grado de preocupación de los padres. Opinión del pediatra.
- Antecedentes clínicos que pudieran justificar el trastorno de alimentación. Tratamientos recibidos.
- Pruebas diagnósticas y resultados.
- Datos del desarrollo global (motor, comunicación y lenguaje, cognición). El deterioro del funcionamiento sensorial oral inhibe/limita la aceptación y la tolerancia de los líquidos y las texturas de los alimentos esperadas para la edad.

Después se deberá realizar una exploración de la ingesta mediante vídeos aportados por la familia, que se completarán con la evaluación directa ante el logopeda, cuando el niño establezca una relación de confianza. Los padres deben traer alimentos de casa para que le resulten familiares.

Análisis de las grabaciones de situaciones cotidianas de alimentación

- Entorno y ubicación: habitaciones, estímulos, distracciones, personas que lo acompañan.
- Instalaciones: trona, silla, de pie, paseando. Postura, estabilidad global.
- Características de los alimentos: selección y presentación. Respuestas sensoriales y motoras orales.
- Formas de administrar la comida: utensilios, platos, cantidades, velocidad.
- Componentes emocionales: estrategias para animar a comer, respuestas a la aceptación o rechazo.

Registro de alimentos

El análisis de los alimentos que admite y rechaza el niño permite comprender las características que le agradan (generalmente crujientes, homogéneos, sabrosos o de sabores muy suaves) y los que no puede tolerar (texturas con grumos o mixtas son las más comunes).

Valoración miofuncional

En la valoración miofuncional debemos tener en cuenta que, en el momento de publicación de este documento, no se dispone de un protocolo de exploración miofuncional diseñado específicamente para valorar los problemas de alimentación en población pediátrica. Se recomienda consultar el capítulo dedicado a las disfunciones orofaciales. Algunos instrumentos de evaluación son:

- Examen miofuncional orofacial - MBGR (Marchesan *et al.*, 2011).
- Herramientas para la evaluación de disfunciones orofaciales del CLC (2013).
- Protocolo de evaluación en motricidad orofacial - PEMO (Susanibar *et al.*, 2014).

Observación de ingesta directa

En la observación de ingesta se deberá evaluar:

- Observación del entorno: motivación, contexto, distractores...
- Observación del paciente: postura, habilidades motoras, aspectos cognitivos y sensoriales, coordinación succión-deglución-respiración, masticación...
- Observación del alimento: presentación del plato, textura, tamaño del alimento, preferencia de texturas...

Algunas de las pruebas e instrumentos que los logopedas deben utilizar para valorar las funciones orales se pueden considerar que invaden el cuerpo del paciente (como espejos, depresores o los propios dedos). En el mismo sentido, tanto en la exploración como en el tratamiento, es usual utilizar alimentos que se ingieren en la consulta. Es necesario recordar que estas pruebas y procedimientos se deben realizar en consultas o centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios de creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano del TAP.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

Los aspectos psicosociales que afectan tanto al niño como a sus cuidadores pueden desempeñar un papel relevante en la aparición de dificultades alimentarias. Estos factores suelen clasificarse en cuatro áreas principales: desarrollo, salud mental y conductual, entorno social y ambiente físico. Aunque cualquier alteración en uno de estos ámbitos puede desencadenar problemas en la alimentación, con frecuencia

el Trastorno de Alimentación Pediátrico (TAP) surge de la interacción entre varios o incluso todos estos dominios.

Los trastornos emocionales y conductuales, tanto en el niño como en sus cuidadores, pueden influir negativamente en su comportamiento alimentario. En el caso del niño, la presencia de un temperamento difícil, ansiedad, alteraciones del estado de ánimo o un pensamiento desorganizado pueden favorecer conductas alimentarias problemáticas. Por su parte, los cuidadores, que suelen afrontar múltiples demandas emocionales y prácticas, pueden experimentar niveles significativos de estrés o atravesar dificultades en su salud mental. Estas circunstancias pueden afectar a la calidad de las interacciones durante las comidas y reflejarse en estilos de crianza más controladores o, por el contrario, en una supervisión menos consistente. Esta dinámica tiene un carácter bidireccional, ya que tanto el comportamiento del niño como el del cuidador se influyen mutuamente en el contexto de la alimentación.

Para identificar posibles aversiones alimentarias, se utilizan herramientas específicas de evaluación, como el Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil (CEBQ) y el *Mealtime Behavior Questionnaire* (MBQ) desarrollado por Berlin *et al.* en 2010.

Asimismo, la escala *Feeding Impact Scales* (Estrem *et al.*, 2020) permite valorar cómo la alimentación del niño repercute en la vida emocional y práctica de los padres y en su entorno familiar.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno sirven para identificar las barreras contextuales y facilitadoras. Deben evaluarse los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades, como pueden ser normas, costumbres e ideologías sociales y culturales (e465) y el uso de productos y tecnología para el consumo personal (e110).

Aunque no están diseñados para elaborar un diagnóstico, los cuestionarios para padres aportan información relevante para el logopeda. Entre ellos, destacan:

- *Montreal Children's Hospital Feeding Scale* (MCHFS) (Ramsay *et al.*, 2011) es una escala para la detección de trastornos de la alimentación en niños entre 2 y 12 años.
- *Infant and Child Feeding Questionnaire* (ICFQ). Desarrollado por el equipo de Feeding Matters© (s.f.). Disponible en https://www.feedingmatters.org/wp-content/uploads/2021/11/Infant-Signs-of-PFD.pdf
- PediEAT (Thoyre *et al.*, 2014) está diseñada para detectar problemas de alimentación en niños de 6 meses a 7 años.
- ChOMPS (Pados *et al.*, 2019) se utiliza para analizar las habilidades de alimentación y funciones relacionadas en niños de 6 meses a 7 años que están iniciando la ingesta de sólidos.

Las herramientas diseñadas por los expertos de Feeding Flock están disponibles en su web y son de acceso gratuito. Disponen de protocolos

tanto para lactantes como para niños hasta 7 años. Enlace: https://feedingflockteam.org/the-feeding-flock-tools

En esta evaluación del contexto, se debe considerar el papel y la importancia de la formación y las creencias de los padres en relación con conceptos básicos sobre la alimentación (macro- y micronutrientes, variedad en la dieta...). Del mismo modo, es necesario respetar las opciones culturales, que pueden estar relacionadas con la procedencia, la religión o los estilos de vida.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para crear instrumentos de evaluación de las necesidades de la persona y su contexto en catalán y castellano.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, es tributario a la intervención cualquier usuario con dificultades para conseguir la ingesta oral apropiada para su edad y con posibles problemas médicos, nutricionales, destrezas inapropiadas en la alimentación (manejo de utensilios, texturas...) o problemas psicosociales. La intervención básica es la adaptación de la dieta a las posibilidades reales del niño y su ampliación a medida que avanza en las destrezas sensoriomotoras orales.

Deben considerarse tratamientos prioritarios los de aquellas personas que se estén alimentando mediante nutrición artificial como son la sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) y tengan pronóstico de mejora.

Criterios para regular el tratamiento

Es importante regular la intensidad del tratamiento logopédico ante circunstancias que impidan o interfieran en la correcta evolución del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- → Falta de colaboración, rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas.
- → Falta de responsabilidad del paciente o familiares en su proceso asistencial.
- → Falta de niveles mínimos de alerta, conciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la deglución.
- → Pacientes que presentan trastornos de conducta que impiden el aprendizaje.
- → Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este resulta imprescindible para el tratamiento.

- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la correcta evolución del proceso y la mejora funcional del paciente.

Actuando en el marco de las decisiones compartidas, cuando la persona atendida o la familia no están de acuerdo con el proceso o las opciones terapéuticas propuestas, el logopeda puede optar por seguir acompañando en la decisión tomada o puede derivar a otro profesional. Encontrará más información en el Código deontológico del CLC.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El objetivo principal es favorecer en el niño el deseo de comer y beber, porque la alimentación infantil solo nace de la motivación interna del niño, y no como respuesta al deseo del adulto.

Los objetivos se dividen en:

- Habilidades: mejorar, compensar o equilibrar las funciones y estructuras del sistema deglutorio, y favorecer las habilidades de autoalimentación.
- Actividad: minimizar los síntomas del TAP incluyendo las estrategias compensatorias aprendidas.
- Participación: permitir la participación según las circunstancias de cada individuo y sus preferencias. Desarrollar habilidades y confianza social, promover la independencia. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- Bienestar: maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento. Perder el miedo a probar nuevos alimentos.

Intervenciones preventivas

La prevención del TAP parte del seguimiento de unas normas básicas en torno a la alimentación infantil:

- Anticipar las horas de las comidas.
- Comer junto a los niños siempre que sea posible.
- El ambiente durante las comidas debe ser tranquilo y agradable. Nunca se debe obligar al niño a comer, ni engañarlo ocultando ingredientes en los alimentos.
- Mantener una actitud neutral y dialogante: evitar forzar a comer, mostrar enfado o usar la comida como premio o castigo. Es fundamental que todos los cuidadores del niño mantengan la misma actitud.
- Evitar o minimizar elementos de distracción durante la comida.
- Establecer pautas alimentarias que favorezcan un adecuado reconocimiento de las sensaciones de hambre y saciedad: limitar

el tiempo de las comidas a 20-30 minutos, hacer un número de tomas adecuado a la edad, evitar picoteos e ingesta excesiva de líquidos entre tomas, servir cantidades de alimento apropiadas a la edad y al crecimiento del niño.

- → Los padres elegirán el tipo de alimentación y los horarios, y se permitirá a los niños que elijan la cantidad.
- → El patrón alimentario de los adultos responsables del niño debe constituir un modelo de referencia coherente, ya que el aprendizaje por imitación es clave en la adquisición de hábitos alimentarios en la infancia.
- → La introducción de nuevos alimentos debe ser gradual y repetitiva (hasta 8-15 ocasiones) para lograr su aceptación. Muchos niños requieren cambios muy pequeños: un plato diferente, un nuevo corte, separar los ingredientes, un cambio en la temperatura…
- → Se favorecerá el contacto de los niños con la comida a través de las manos, de forma que exploren nuevas texturas y alimentos. Se tolerará sin miedo que se manchen con la comida.
- → Se favorecerá la autonomía del niño durante las comidas de forma progresiva.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

Las intervenciones en el TAP deben ser individualizadas, considerando factores médicos, quirúrgicos y nutricionales, así como la edad cronológica y del desarrollo, el contexto social y ambiental, y los aspectos psicológicos y conductuales del niño y su familia.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos:

Texturas y consistencias de los alimentos

Efectuar ajustes en la viscosidad, textura, temperatura, tamaño de las porciones o sabor de los alimentos sólidos y líquidos para aumentar la seguridad y facilitar la deglución. Estas modificaciones pueden incluir el espesamiento de líquidos, el reblandecimiento o triturado de sólidos, o la alteración del sabor y temperatura para estimular la respuesta sensorial. Es fundamental que estas adaptaciones consideren tanto las necesidades nutricionales del niño como las preferencias individuales y familiares, y que estén guiadas por los hallazgos de las evaluaciones clínicas e instrumentales.

La introducción de nuevos alimentos debe realizarse de forma gradual y respetuosa, siguiendo el ritmo del niño y evitar forzarlo o presionarlo.

El enfoque *Get Permission* destaca la importancia de solicitar el consentimiento del niño antes de ofrecerle un alimento nuevo, permitiendo que explore, toque, huela y, si lo desea, pruebe el alimento, sin forzar su ingesta. Esto contribuye a crear un entorno seguro y positivo, que reduce la ansiedad y facilita la aceptación progresiva de nuevas texturas, sabores y temperaturas.

Utensilios para comer

La utilización de utensilios específicos, como tetinas modificadas, vasos con recorte, cubiertos con peso o ángulo, platos seccionados, cuencos antideslizantes o pajitas dosificadas, puede favorecer la independencia en la alimentación y aumentar la seguridad en la deglución. El logopeda debe seleccionar y adaptar estos recursos en función de las implicaciones orales y faríngeas de cada caso.

Tratamientos oromotores y técnicas sensoriales

La evidencia actual es limitada respecto al uso de ejercicios oromotores o técnicas sensoriales de forma aislada para tratar déficits sensoriales o disfunciones deglutorias en el TAP. Se recomienda priorizar la exposición frecuente y significativa a tareas funcionales de alimentación, como masticar alimentos reales, adaptando las características sensoriales del alimento (sabor, textura, temperatura y forma) para facilitar la adquisición de patrones motores adecuados como la masticación o la lateralización lingual.

La intervención logopédica debe incluir el entrenamiento específico de los movimientos orales implicados en la alimentación, como la movilidad de lengua, mejillas y mandíbula. Los movimientos a entrenar son: control de labios, movimientos de apertura y cierre mandibular, lateralización de la lengua y movimientos rotatorios de mandíbula y acción de los buccinadores.

Es fundamental adaptar la intervención a las dificultades específicas del niño, ya sea protrusión lingual, hipersensibilidad oral o reflejos patológicos, y utilizar ayudas físicas (por ejemplo, estabilizar la mandíbula o presionar suavemente el tejido blando hacia arriba) cuando sea necesario.

Estrategias de alimentación infantil

Pacing

Consiste en disminuir el ritmo de ingesta, controlando la presentación de los alimentos o líquidos y el tiempo entre bocados y tragos. Esto puede incluir alternar bocados con sorbos de líquido o limitar el número de succiones consecutivas en lactantes, para permitir más tiempo para tragar y respirar adecuadamente.

Alimentación responsiva

Se basa en la interacción cuidadosa entre cuidador y niño, atendiendo a las señales de hambre y saciedad del niño y respetando su comunicación de manera recíproca y afectiva. Esta práctica fomenta la autonomía, la autorregulación y el desarrollo cognitivo, emocional y social, y favorece la preferencia por alimentos adecuados a la edad y el equilibrio nutricional.

Entrenamiento a cuidadores

En niños con dificultades para seguir instrucciones verbales o no verbales, la intervención puede centrarse en la modificación del entorno

y la formación de los cuidadores para mejorar la seguridad y eficiencia de la alimentación diaria.

El tratamiento debe centrarse en garantizar el bienestar físico del niño, asegurando que las posibles patologías orgánicas de base no interfieran en su motivación intrínseca para comer. Paralelamente, es fundamental acompañar a la familia en la reducción del estrés asociado al momento de las comidas, promoviendo un entorno emocionalmente seguro.

Estabilidad postural

La estabilidad postural es un requisito fundamental para una alimentación segura y eficiente. Es imprescindible asegurar una postura adecuada del niño durante las comidas: pies apoyados, caderas, rodillas y tobillos en ángulo recto, tronco erguido y cabeza alineada. El uso de sillas adaptadas, reposapiés y apoyos laterales puede ser necesario para lograr una posición estable, especialmente en niños con alteraciones motoras.

Una buena estabilidad postural facilita el control motor oral, reduce la fatiga y previene riesgos de aspiración. Además, permite que el niño utilice sus manos para manipular los alimentos y los utensilios de forma autónoma.

Vocabulario asociado a los alimentos desde experiencias directas de alimentación

Los logopedas pueden estimular el lenguaje nombrando los alimentos, describiendo sus características sensoriales (dulce, salado, crujiente, blando, frío, caliente…), y comentando las acciones de comer, masticar, chupar, tragar, etc., durante la propia actividad alimentaria.

Estas intervenciones favorecen la comprensión y expresión del vocabulario relacionado con la alimentación, enriquecen el entorno lingüístico y contribuyen a la motivación y participación activa del niño en el proceso de alimentación.

En todos los casos, la intervención debe ser dinámica y ajustarse continuamente según la evolución clínica, la respuesta del niño y las necesidades de la familia, integrando la evidencia científica, la experiencia clínica y las preferencias individuales para lograr los mejores resultados posibles.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que elaboren estudios sobre la intervención logopédica en los trastornos pediátricos de alimentación.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Entendemos que la alimentación cotidiana adecuada ejerce la función de mantenimiento de los progresos alcanzados en el tratamiento logopédico. Sin embargo, es necesario animar al paciente y a su entorno a estar atentos a la evolución de los síntomas para recuperar, si fuera necesario, algunos de los ejercicios y orientaciones que el logopeda recomienda.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención de mantenimiento en los trastornos de la alimentación.

Intervenciones en el entorno

Se entiende por intervención en el entorno el conjunto de actuaciones dirigidas a las personas significativas en la vida del paciente, lo que incluye tanto programas de orientación educativa como apoyos específicos a las familias y cuidadores. Esta intervención debe fundamentarse en la identificación previa de barreras y facilitadores del entorno que influyen en el desarrollo y bienestar del niño, con el objetivo de modificarlos de forma estratégica y funcional.

Es fundamental acompañar a las familias en el proceso de desmitificación del sentimiento de culpa o fracaso asociado a las dificultades del niño. Las intervenciones basadas en consejos aislados o pautas descontextualizadas han mostrado una eficacia limitada, dado que su implementación por parte de los progenitores suele ser escasa. Como alternativa, se promueve un enfoque centrado en el aprendizaje activo y el empoderamiento familiar, en el que los padres participan de manera reflexiva en el análisis de las estrategias utilizadas, identifican las que resultan más eficaces y exploran nuevas vías de acompañamiento a sus hijos. En este sentido, el abordaje logopédico de las dificultades alimentarias debe contemplar, de forma sistemática, la participación activa y continuada del entorno familiar.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios sobre la intervención en el entorno del TAP.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de la publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica.

Equipamiento

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica sobre la necesidad de disponer del material instrumental adecuado para llevar a cabo tanto la evaluación como la intervención rehabilitadora. Entre los elementos habitualmente requeridos se incluyen guantes, depresores linguales, espejos, dispositivos de estimulación vibratoria, vasos de distintos formatos y cubiertos adaptados o estandarizados.

Es fundamental tener en cuenta que el profesional no debe proporcionar alimentos al paciente que no hayan sido aportados por el propio paciente y su familia, o bien servidos por servicios de alimentación acreditados en centros sanitarios.

Resulta aconsejable contar con utensilios de cocina básicos, como cubiertos, platos, vasos, manteles y cuchillos adaptados para la infancia. Asimismo, pueden incorporarse otros materiales complementarios que favorecen la exploración y el descubrimiento de los alimentos, tales como lupa, colador, embudo, rallador, jarra, cuencos y tabla de cortar.

Los electrodomésticos recomendables son: frigorífico, microondas, batidora, crepera y hervidor de agua.

Para conseguir una aproximación respetuosa y lúdica a los alimentos, en muchos casos es necesario disponer de alimentos de juguete (madera, plástico, imágenes plastificadas, plastilina…). También ayuda el juego simbólico (cocinitas, restaurantes, utensilios de cocina, delantal de cocina, entre otros).

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje desechable cuando sea posible y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en casos que lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

En atención a los riesgos que puede tener la intervención logopédica en TAP, las intervenciones deben realizarse en entornos sanitarios seguros. Como herramientas de seguridad que no deben faltar cuando se trabaja en alimentación infantil, cabe destacar: ambú pediátrico, pinzas Magill y pulsioxímetro pediátrico.

Información del alta

Requisitos del alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se realiza una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Para esta valoración se tendrán en cuenta aspectos de funcionalidad, así como el criterio médico de estabilización y pronóstico, según comorbilidades presentes.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad. O bien cuando:

- → Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- → El paciente ha logrado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- → Los progresos terapéuticos han satisfecho los requerimientos nutricionales y han disminuido el riesgo de sobreinfección respiratoria.

Orientaciones para después del alta

En el momento del alta, la persona atendida tiene que recibir un informe con las recomendaciones a seguir. Si todavía necesita una adaptación de texturas y viscosidades de los alimentos sólidos y líquidos hay que reforzar los conocimientos del paciente o familiares para identificar las texturas adecuadas según el marco IDDSI y las técnicas que deben seguir tanto en el momento de elaborar las comidas como en cada deglución.

Se deberá instruir a la familia para detectar la posible recidiva de su alteración y para informar de cualquier modificación de la sintomatología a los profesionales que lo han tratado para poder orientar la reactivación de los tratamientos o la implementación de medidas específicas para mejorar su curso clínico.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción	
	FUNCIONES CORPORALES	
b2 Funciones sensoriales y dolor	**b270**	**Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos**
	b279	Funciones sensoriales adicionales, otras especificadas y no especificadas
b5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	**b510**	**Funciones relacionadas con la ingesta**
	b5100	Succión
	b5101	Morder
	b5102	Masticación
	b5103	Manipulación de la comida en la boca
	b5104	Salivación
	b5105	Tragar
	b51051	Deglución faríngia
	b5153	Tolerancia a la comida

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		
d5 Autocuidado	d550	Comer: llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer en banquetes o cenas.
	d560	Beber: sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una paja o beber agua corriente como de un grifo o fuente; mamar/lactar.
FACTORES AMBIENTALES		
e1 Productos y tecnología	e110	Productos o sustancias para el consumo personal
e4 Actitudes	e465	Normas, costumbres e ideologías sociales: más o menos dificultad para participar en actos relacionados con las comidas

Bibliografía

Acevedo R, Vázquez MN, González Paz A. Disfagia pediátrica. A. Faraldo García & E. San Román Rodríguez. Actualización en otorrinolaringología pediátrica. 2017;125-34.

Burriel JIG. Disfagia en la infancia. Anales de Pediatría Continuada. 2014;12(5):221-30.

Castejón Ponce E, de la Mano Hernández A, Martínez Zazo AB. Alteraciones del comportamiento alimentario en el lactante y niño pequeño. Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:505-518 Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/41_alter_alimentacion.pdf

Conselho Federal de Fonoaudiologia (Brasil). Diretrizes Sobre a Atuação Fonoaudiológica nos Distúrbios Alimentares Pediátricos. 2022.

Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, *et al.* Pediatric feeding disorder – Consensus definition and conceptual framework. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019; 68(1): 124-9.

Harding C, Faiman A, Wright J. Evaluation of an intensive desensitisation, oral tolerance therapy and hunger provocation program for children who have had prolonged periods of tube feeds. Int J Evid Based Healthc [Internet]. 2010;8(4):268-76. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00184.x

Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Sutart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. Pediatrics. 2015; 135(2): 344-53.

Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. Eur Child Adolesc Psychiatry

[Internet]. 2015;24(7):779-85. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s00787-014-0622-z
Levine A, Bachar L, Tsangen Z, Mizrachi A, Levy A, Dalal I, *et al*. Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2011; 52(5): 563-8.
Munyo A, Palermo S, Castellanos L, Heguerte V. Trastornos de la deglución en recién nacidos, lactantes y niños. Abordaje fonoaudiológico. 2020;91:161-5. Disponible en: https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/download/96/78
Rybak A. Trastornos orgánicos y no orgánicos de la alimentación. Trastornos de la alimentación en lactantes y niños. 2015;66:16-22
Rybertt V, *et al*. Aversión sensorial a los alimentos: un nuevo diagnóstico para un antiguo problema. Contacto científico. 2016; 6(6): 197-198.

Alteraciones de la fluidez del habla

17

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Alteraciones de la fluidez del habla. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 406-427. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Alteraciones de la fluidez del habla. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 406-427). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para valorar, diagnosticar e intervenir en las alteraciones de la fluidez del habla, y debe mantener una formación especializada y actualizada para abordar su naturaleza multifactorial desde un enfoque basado en la evidencia.

2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el impacto funcional, la evaluación y la intervención en las alteraciones de la fluidez, y promueve la creación de instrumentos adaptados al contexto lingüístico y cultural, especialmente en catalán y castellano.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y centrado en la persona, liderado por el logopeda y en coordinación con psicólogos, pediatras, educadores y otros profesionales sanitarios. Aconseja evitar prácticas sin aval científico y favorecer intervenciones integradoras que tengan en consideración las dimensiones emocionales, sociales y comunicativas del trastorno.

¿Qué es?

Definición

La tartamudez, o disfemia, es un trastorno de la fluidez del habla que se caracteriza por interrupciones involuntarias del flujo verbal, como repeticiones de sonidos, sílabas, palabras o frases, prolongaciones de sonidos y bloqueos (paradas involuntarias con tensión física observable). Estas interrupciones suelen acompañarse de comportamientos secundarios, tales como tics faciales, movimientos corporales inusuales o esfuerzo muscular excesivo, así como reacciones emocionales como ansiedad, vergüenza o frustración ante la comunicación oral.

Es importante distinguir las disfluencias típicas del desarrollo de las alteraciones persistentes que interfieren con la comunicación y el bienestar de la persona. Aunque en fases iniciales puede parecer un fenómeno transitorio del desarrollo lingüístico, especialmente entre los 2 y 5 años, la presencia de bloqueos con tensión, reacciones emocionales negativas y conductas de evitación puede indicar una alteración de la fluidez del habla persistente que requiere intervención logopédica. Esta alteración a menudo no se puede explicar por ningún otro trastorno neurológico, sensorial o psiquiátrico y no tiene una causa única conocida.

Es esencial destacar que la vivencia subjetiva del trastorno tiene un papel fundamental en su identificación y tratamiento. La distinción entre las pausas habituales del habla y las disfluencias patológicas suelen deberse a la percepción de pérdida de control y las reacciones sociales y emocionales que estas generan.

Ante la diversidad terminológica presente en la literatura (disfluencia, disfemia, tartamudez, trastorno de la fluidez del habla), el CLC propone el uso del término «alteraciones de la fluidez del habla», en línea con la clasificación funcional y terminológica de la CIF.

Signos clínicos

Las alteraciones de la fluidez verbal pueden aparecer en diferentes etapas del desarrollo. La forma más común es la tartamudez de desarrollo, que suele surgir entre los 2 y 5 años, coincidiendo con una fase crítica de adquisición del lenguaje. En muchos niños, estas disfluencias son temporales y se resuelven sin intervención. Se manifiestan principalmente en forma de repeticiones de palabras o frases, interjecciones y revisiones espontáneas, generalmente sin conciencia del problema ni conductas de tensión o evitación asociadas. Sin embargo, cuando las disfluencias se prolongan en el tiempo, aumenta su frecuencia o se presentan con reacciones emocionales negativas, pueden indicar una alteración persistente de la fluidez del habla. La observación de síntomas más allá de los 4-5 años incrementa el riesgo de cronificación.

La aparición de los siguientes comportamientos puede indicar la necesidad de intervención logopédica:

- Bloqueos tensos del flujo del habla.
- Repeticiones irregulares o exageradas de sonidos, sílabas o palabras (especialmente más de cinco veces).
- Aumento del volumen, timbre o esfuerzo durante las disfluencias.
- Habla excesivamente rápida o acelerada.
- Tensiones musculares visibles en la cara o en el cuello durante la emisión.
- Paradas repentinas o autointerrupciones con retroceso y reinicio del mensaje.
- Uso de vocales prolongadas para iniciar el habla (p. ej., eeeeem...).

Muchos niños con alteración de la fluidez del habla desarrollan estrategias compensatorias o de evitación como:

- Evitar palabras específicas o cambiarlas por sinónimos.
- Eludir determinadas situaciones comunicativas.
- Mantener la mirada baja o mostrar vergüenza mientras hablan.
- Morderse los labios o las uñas como conductas asociadas.
- Presencia de tics nerviosos o gestualidad facial excesiva.

Además, pueden aparecer signos psicológicos:

- Tristeza o frustración recurrente asociada al habla.
- Preocupación o miedo anticipatorio antes de hablar.
- Baja autoestima y autoconcepto deteriorado.
- Retraimiento social y dificultades en la interacción con iguales.
- Fobia social.

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. Según la CIF, las manifestaciones comentadas implican alteraciones de las funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla (b3300-b3303), funciones del movimiento involuntario (b765) y síntomas de rigidez o espasmos musculares (b7800 y b7801).

Los síntomas pueden variar a lo largo del tiempo e intensificarse en situaciones de estrés, fatiga o exposición social. Su variabilidad puede dificultar el diagnóstico precoz, por lo que es esencial una observación prolongada y sistemática.

Se estima que hasta un 80 % de los niños con disfluencia del desarrollo se recuperan espontáneamente, pero la aparición de múltiples señales de alerta y la persistencia de los síntomas más allá de la etapa preescolar incrementa la probabilidad de mantenimiento del trastorno en la etapa escolar y adulta.

Codificación CIM-11

Código	Concepto
6A01.1	Trastorno del desarrollo de la fluidez del habla
MA81	Falta de fluidez verbal

Causas

Las alteraciones de la fluidez del habla se consideran trastornos multifactoriales, es decir, resultantes de la interacción compleja entre factores genéticos, neurológicos, sensoriomotores, psicológicos y ambientales. Estas causas no se pueden atribuir a un único déficit ni a daños neurológicos adquiridos, como un ictus o traumatismo craneoencefálico, y no se explican mejor por otros trastornos mentales o del desarrollo.

Factor genético

Los estudios familiares y de gemelos indican una heredabilidad significativa. Se estima que hasta un 80 % de los casos de alteración de la fluidez del habla tienen una base genética, con una tasa de concordancia del 70 % entre gemelos y de aproximadamente el 30 % en mellizos. Si un progenitor presenta alteración de la fluidez del habla persistente, el riesgo de que el hijo también la manifieste puede llegar al 30-40 %, y se incrementa hasta el 65 % si hay antecedentes familiares de persistencia.

Factores neurológicos y estructurales

Estudios de neuroimagen muestran diferencias en el funcionamiento cerebral de las personas que tartamudean. Se observa una sobreactivación del hemisferio derecho, especialmente en la zona precentral sensoriomotora, y una actividad reducida en áreas auditivas y de planificación motora del lenguaje, que dificultan el autocontrol del habla. Las lesiones cerebrales adquiridas también han identificado una red asociada a la alteración de la fluidez del habla, centrada en el putamen izquierdo y áreas vecinas como el claustro y el área amigdaloestriada.

Factores sensoriomotores

Las personas con alteración de la fluidez del habla muestran menor estabilidad y velocidad en labores motoras y sensoriomotoras, ya sean relacionadas con el habla o con otras funciones. Esto sugiere una posible desorganización en la coordinación entre la planificación y la ejecución del movimiento articulatorio.

Factores lingüísticos

Algunos niños que tartamudean presentan dificultades fonológicas o un desarrollo lingüístico disarmónico. No hay evidencia de que el bilingüismo por sí solo incremente el riesgo de alteración de la fluidez verbal, si bien puede influir en su manifestación en niños con predisposición.

Factores ambientales

A pesar de que inicialmente se consideraron los estilos parentales como desencadenantes, la investigación actual no encuentra diferencias sistemáticas en las prácticas educativas de los padres de niños con y sin alteración de la fluidez del habla. Sin embargo, situaciones de estrés o entornos comunicativos exigentes pueden actuar como factores precipitantes o conservadores.

Factores emocionales y de personalidad

Muchos niños con alteración de la fluidez del habla muestran alta sensibilidad emocional, baja tolerancia a la frustración e importantes dificultades de adaptación. Este perfil no implica un trastorno de personalidad, aunque puede complicar la vivencia y gestión del trastorno. El impacto emocional, como la ansiedad o el miedo a hablar, suele ser una consecuencia de la alteración de la fluidez del habla, no una causa.

Epidemiología

Las alteraciones de la fluidez del habla, y especialmente la tartamudez de desarrollo, son relativamente frecuentes durante la infancia. Se estima que afecta alrededor de un 5 % de los niños en algún momento del desarrollo del lenguaje, especialmente entre los 2 y 5 años. Sin embargo, muchos casos remiten de forma espontánea sin necesidad de intervención. La prevalencia de la alteración de la fluidez del habla persistente en la población general se estima en 0,7-1 %, y la cifra se mantiene relativamente estable en la edad adulta. Esta prevalencia hace que la tartamudez sea un trastorno relevante desde el punto de vista de la salud pública y de la inclusión educativa y social.

La alteración de la fluidez del habla es más prevalente en niños que en niñas, con un ratio de afectación de aproximadamente 3-4 niños por cada niña. Esta desproporción se amplía con la edad, lo que sugiere una mayor tasa de recuperación espontánea entre las niñas.

El riesgo de cronificación aumenta cuando la alteración de la fluidez del habla persiste más allá de los 5 años, se acompaña de conductas secundarias (como bloqueos tensos, evitación o miedo de hablar) o cuando hay antecedentes familiares de disfemia persistente. Se estima que aproximadamente 1 de cada 4 niños con tartamudez de desarrollo continuará presentando alteraciones de la fluidez del habla a largo plazo si no se interviene.

La persistencia de la alteración de la fluidez del habla está asociada a un mayor riesgo de dificultades emocionales, sociales y académicas. Varios estudios apuntan a que niños y adolescentes con alteración de la fluidez del habla presentan mayor riesgo de ser víctimas de burlas o rechazo social, desarrollan ansiedad y pueden ver afectada su trayectoria educativa y profesional.

Esta realidad epidemiológica justifica la necesidad de una detección precoz e intervenciones logopédicas basadas en la evidencia, especialmente en las edades en que la plasticidad cerebral y el contexto familiar pueden favorecer una evolución positiva del trastorno.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia en nuestro país de las alteraciones de la fluidez del habla.

Impacto en la vida de la persona

Las alteraciones de la fluidez del habla pueden tener un impacto profundo y polifacético en la vida de la persona, más allá de la dificultad para hablar con fluidez. Estos trastornos suelen generar ansiedad anticipatoria, frustración y un sentimiento de pérdida de control en situaciones comunicativas. Esto puede derivar en la evitación activa de conversaciones, especialmente en contextos sociales o académicos y, con el tiempo, en una reducción significativa de la participación en actividades de la vida diaria.

Según la CIF, el impacto de la alteración de la fluidez del habla afecta principalmente a las funciones de comunicación (dominio d3), incluyendo la producción del lenguaje hablado (d330), las conversaciones (d350) y la comunicación no verbal (d315). También interfiere en las interacciones y relaciones personales (d7), como las relaciones formales (d740), informales (d750) y familiares (d760).

La afectación no se limita al ámbito personal: la alteración de la fluidez del habla puede incidir en las áreas principales de la vida (d8), como la educación formal (d815 y d820) y el trabajo remunerado (d850) . Además, limita la participación en actividades comunitarias y sociales (d9), como el ocio (d920), la vida religiosa (d930) o la participación ciudadana (d950).

La persistencia de estas barreras o limitaciones puede conllevar una disminución de la autoestima, sentimientos de exclusión y una calidad de vida percibida más baja. En niños y adolescentes, puede dificultar el desarrollo identitario y las habilidades sociales, mientras que en adultos puede afectar a la trayectoria profesional y la inclusión social.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar en qué elementos inciden las alteraciones de la fluidez del habla.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

La clasificación de la severidad en las alteraciones de la fluidez del habla permite identificar el grado de afectación funcional y orientar las decisiones clínicas, tanto en la planificación del tratamiento como en la adaptación de los soportes. Esta gradación tiene en cuenta la intensidad y frecuencia de las disfluencias, la conciencia y reacción emocional del paciente, la interferencia en la comunicación y el impacto en su calidad de vida.

Grado 0: leve o mínima alteración de la fluidez del habla

Limitación funcional casi inexistente. Comunicación efectiva con fluidez verbal alterada de forma ocasional. Disfluencias esporádicas (≤10 por cada 100 palabras), con repeticiones simples (una unidad).

Ausencia de conciencia o preocupación. Puede coexistir con ligeras imprecisiones articulatorias o pausas innecesarias. Posible presencia de movimientos accesorios sutiles (parpadeo, leves tensiones). El impacto en la participación social y la expresión emocional es nulo o muy limitado.

Grado I: moderada alteración de la fluencia

Comunicación funcional mantenida, pero con esfuerzo perceptible y ciertas dificultades para sostener el discurso. Presencia de más de diez disfluencias por 100 palabras, a menudo con repeticiones de dos unidades o más, prolongaciones e interjecciones. La persona puede mostrar reacciones puntuales como sorpresa o leve frustración. La conciencia es emergente. Los interlocutores entienden el mensaje con ayuda contextual o con estrategias compensatorias propias del paciente. Impacto moderado en actividades escolares o sociales que impliquen habla espontánea.

Grado II: grave alteración de la fluencia

La fluidez verbal está profundamente comprometida, dificulta la comunicación espontánea, especialmente con desconocidos. Disfluencias múltiples, prolongadas e intensas, con conductas de escape (elevación del tono, parpadeo, postura rígida). La persona experimenta elevados niveles de ansiedad o frustración y puede comenzar a desarrollar conductas evitativas. La calidad del discurso es irregular, rápida o fragmentada. El mensaje puede ser comprensible pero con esfuerzo por parte del oyente. Impacto significativo en la participación escolar, familiar y comunitaria.

Grado III: alteración muy grave de la fluidez del habla

Limitación marcada de la expresión oral. El discurso se reduce a palabras y frases cortas con fluidez verbal altamente comprometida. Requiere soporte explícito del interlocutor para completar el mensaje. Las emisiones son en bloques, con flujo de aire cerrado y tensión notable. La participación en actividades verbales se ve profundamente limitada. El niño o adulto puede colaborar en conversaciones estructuradas pero con ayuda. Presencia de bloqueos previos a la fonación, expresiones faciales tensas y movimientos corporales asociados. Riesgo muy alto de cronificación y de consecuencias emocionales negativas.

Grado IV: alteración muy severa, con bloqueo de la comunicación

Emisiones extremadamente tensas y bloqueadas, con temblores, roturas respiratorias y bloqueos largos que imposibilitan el mensaje. La angustia emocional es evidente tanto en la persona como en su entorno (familia, profesores). La comunicación oral es inoperativa o se abandona voluntariamente. Se observan conductas evitativas severas. Aparecen estrategias no verbales para evitar hablar. El mensaje solo se expresa en contextos muy protegidos o previsibles. Impacto muy alto en todas las esferas de la vida: social, escolar, emocional e identitario.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales debidamente cualificados, acreditados y competentes para efectuar los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos de la fluidez del habla. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y recuperación de los trastornos de la audición, la fonación y el lenguaje (entre los que consideramos que se encuentran los trastornos de la fluidez del habla) mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas del habla y son competentes para identificar, valorar e intervenir en los trastornos de la fluidez del habla mediante el uso de instrumentos diagnósticos validados y técnicas terapéuticas específicas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las competencias comunicativas y la calidad de vida de las personas que sufren alteraciones de la fluidez del habla.

El logopeda es responsable de llevar a cabo valoraciones exhaustivas de la fluidez verbal, incluidas medidas cuantitativas (frecuencia y tipos de disfluencias), evaluación cualitativa (impacto emocional y funcional) y análisis contextual. También es responsable de diseñar e implementar planes de intervención individualizados, con objetivos orientados a mejorar la fluidez verbal, la eficacia comunicativa y la calidad de vida global del paciente, teniendo en cuenta tanto los aspectos conductuales como emocionales y sociales del trastorno.

Orientación interdisciplinar

El abordaje de los trastornos de la fluidez del habla requiere una orientación interdisciplinaria, dada su naturaleza multifactorial. El logopeda lidera el proceso terapéutico, pero a menudo colabora con psicólogos para abordar el impacto emocional y conductual, con pediatras o médicos de familia para la detección precoz y el seguimiento médico, y con maestros para adaptar el entorno educativo. También puede ser necesaria la intervención de neurólogos o psiquiatras en casos con comorbilidades. La coordinación entre estos profesionales garantiza una visión integral del paciente y una actuación coherente y centrada en la persona.

El CLC orienta a que el profesional de referencia para la atención de los pacientes con alteraciones de la fluidez del habla sea el logopeda, con la participación coordinada de pediatras y psicólogos. La actuación deberá tener en cuenta, si procede, el concurso de psiquiatras, neurólogos y ORL así como maestros y trabajadores sociales.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

Las alteraciones de la fluidez del habla son trastornos que generan gran preocupación en las personas afectadas adultas y en los padres y madres de los niños afectados. Por ello, la demanda de atención sanitaria se puede producir de forma directa a los Servicios de Logopedia o por derivación del médico de familia o pediatra. En el caso de niños, se considera importante la derivación precoz e imprescindible si el niño ha dejado de hablar a consecuencia de las disfluencias.

Información mínima necesaria requerida para la derivación al servicio de logopedia:

- Orientación diagnóstica e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Tiempo de evolución de la clínica y repercusión en las actividades de la vida diaria del paciente.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos como rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización.

Exploración clínica

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- **Deficiencias en la estructura y las funciones corporales**, con especial referencia a las relacionadas con la fluidez del habla.
- **Limitaciones en la actividad y la participación**, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto de la fluidez del habla en la **calidad de vida**, teniendo en cuenta el impacto de las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.
- **Factores contextuales (ambientales y personales)** que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

Las alteraciones de la fluidez del habla se consideran un trastorno multifactorial. Su diagnóstico es más que simplemente establecer si la tartamudez está presente o no. Durante la fase de evaluación, para obtener una imagen lo más completa posible, el logopeda debe disponer de los mejores instrumentos diagnósticos disponibles que sean aplicables, así como entrevistar a todas las personas del entorno del paciente que sean relevantes para el proceso de diagnóstico.

El CLC manifiesta que, en el momento de publicación de este documento, no se dispone de ninguna prueba totalmente adaptada, validada y fiable con una estandarización adecuada a nuestro contexto.

Dado que se trata de un trastorno multifactorial hay que realizar diferentes pruebas que valoren todas las dimensiones afectadas: lenguaje, habla, cantidad, tipo y duración de las disfluencias, grado de afectación emocional, actitudes ante la comunicación de la propia persona, etc.

Medición de la fluidez verbal

- ***Stuttering Severity Instrument*-3 (SSI-3)**: está adaptado al español y se utiliza tanto en niños como en adultos. Evalúa tres parámetros: frecuencia de disfluencias (% de sílabas disfluentes), duración de los bloqueos y manifestaciones físicas (concomitantes). El resultado global determina el grado de severidad de la alteración de la fluidez del habla. Esta versión es ampliamente utilizada en contextos clínicos españoles y citada en estudios de investigación clínica.
- **PRET-I y PRET-A (Protocolo de Evaluación para Tartamudez)**: validados en español, el Pret-I para niños y el PRET-A para adolescentes y adultos permiten medir la frecuencia de las disfluencias, la duración, el tipo de disfluencias y las estrategias del hablante.
- **Narrativa espontánea y lectura**: grabación de muestras discursivas (>200 sílabas) en adultos y niños, para calcular las disfluencias por 100 palabras, las prolongaciones y los bloqueos.

Herramientas complementarias para adultos

- Evaluación de la autoeficacia comunicativa y estrés laboral: se aplican instrumentos como el *Workplace Stuttering Questionnaire*, aunque no han sido traducidos oficialmente al catalán o castellano.
- Medidas fisiológicas del habla: especialmente útiles en adultos con complejidad vocal o alta tensión. Software como Praat, VisiPitch o sistemas de registro pulmonar, a menudo disponibles en entornos clínicos de nuestro entorno.

Observación directa

Grabar vídeos de situaciones reales: para observar tensiones musculares, patrones respiratorios, conductas de evitación y estrategias de escape, especialmente útil para adultos en contextos sociales o presenciales.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las alteraciones de la fluidez del habla.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

El objetivo de la evaluación no es diagnosticar la tartamudez. Más bien, el propósito es determinar el alcance y el impacto del trastorno de fluidez verbal en el individuo, el beneficio potencial del tratamiento y su deseo y voluntad de cambio.

La gravedad de la tartamudez puede variar drásticamente según la situación de comunicación oral. Por eso, al realizar una evaluación con un adulto, es crucial entender:

- Las experiencias vividas por el individuo con tartamudez,
- El impacto percibido de estas experiencias con tartamudez, y
- Su razón para buscar tratamiento en el momento actual.

Las experiencias relacionadas con la tartamudez pueden afectar al trabajo, la satisfacción laboral, las relaciones personales y románticas y la calidad de vida general.

La entrevista con la persona afectada y con algunos miembros de su entorno permitirán al logopeda valorar el impacto que el tartamudeo tiene en su vida. Algunas herramientas pueden servir de soporte para esta tarea:

- **OASES** (*Overall Assessment of Speaker's Experience of Stuttering*): **OASES-A** (Adultos), **OASES-T** (Adolescentes) y **OASES-S** (Niños 7-12). Se trata de una herramienta para medir el impacto de la alteración de la fluidez del habla en la vida de una persona. Los protocolos de respuesta de la OASES incluyen ítems adecuados para cada tramo de edad, que examinan cuatro aspectos claves de la experiencia de la alteración de la fluidez del habla: la percepción de la alteración por parte del hablante; las reacciones afectivas, conductuales y cognitivas a la alteración de la fluidez del habla; las dificultades en la comunicación funcional en situaciones clave y el impacto de la alteración de la fluidez del habla en la calidad de vida del hablante. Los protocolos OASES han sido traducidos al español sudamericano.
- **Escala 4-S** (*Self-Stigma of Stuttering Scale*): enfocada a personas adultas, mide el autoestigma asociado a la alteración de la fluidez del habla.

3 / Evaluación del contexto

Siguiendo el modelo CIF, las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para identificar las barreras contextuales y los facilitadores ambientales, así como la capacidad funcional del paciente en actividades y participación. Cada profesional puede generar su modelo de entrevista semiestructurada o utilizar referentes como el protocolo RESTART-DCM indicado principalmente para niños, aunque también aplicable a adolescentes y adultos. Incluye anamnesis, observación clínica en vídeo, cuestionarios y SSI-4 (versión moderna del SSI-3). Proporciona una visión integrada de factores personales y ambientales. Disponible en versión castellana.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarios de logopedia los pacientes con alteraciones de la fluidez del habla susceptibles de mejora con tratamiento logopédico, en su sintomatología o en el impacto del trastorno en su vida cotidiana.

Criterios para regular el tratamiento

Las personas que presenten cualquier circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente quedan excluidas del tratamiento de las alteraciones de la fluidez del habla. Concretamente, los pacientes que presenten:

- → Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- → Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- → Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- → Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- → Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El objetivo principal de la intervención logopédica en las alteraciones de la fluidez del habla es promover un habla funcional que permita que la persona con alteraciones de la fluidez del habla pueda comunicarse de manera efectiva y con confianza, favoreciendo su adaptación psicológica, familiar y social.

- → **Habilidades**: mejorar la funcionalidad del habla mediante la adquisición de hábitos que favorezcan el buen funcionamiento de los sistemas articulatorio, fonador y respiratorio, así como la adecuación del patrón postural y de habla para reducir tensiones y bloqueos.
- → **Actividad**: reducir la limitación comunicativa mediante el uso eficiente de estrategias compensatorias y técnicas de fluencia, adaptadas a las necesidades y características de cada persona.

- **Participación**: facilitar la participación activa en los diferentes entornos de la vida cotidiana según las preferencias y capacidades del individuo. Fomentar el desarrollo de la confianza comunicativa, la autonomía, la toma de decisiones y la integración social, todo ello contribuye a reducir el aislamiento.
- **Bienestar**: favorecer el bienestar emocional y la calidad de vida de la persona, mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento positivas y una mejor percepción de control sobre su habla.

Intervenciones preventivas

La prevención primaria de las alteraciones de la fluidez del habla se centra en los hábitos familiares de comunicación y en la creación de un ambiente lingüístico favorable. La actitud y las prácticas conversacionales de los padres pueden tener un papel importante en la reducción del riesgo de que una disfluencia se consolide como trastorno persistente. El logopeda puede recomendar a los padres que adopten un estilo de habla tranquilo y pausado, evitando presiones excesivas y respetando los tiempos de respuesta del niño. Cabe destacar la importancia de mantener el contacto visual mientras se habla, mostrando interés por el contenido y no juzgando su forma. Aceptar las disfluencias normales en edad preescolar y reducir los comentarios negativos o las preguntas repetitivas puede prevenir un aumento de la tensión al hablar. Además, la familia puede promover interacciones positivas manteniendo turnos de conversación claros, escuchando con atención y evitando interrumpir al niño. Estas estrategias contribuyen a disminuir la presión comunicativa y mejoran la fluidez espontánea. Por lo general, un entorno estable, con rutinas previsibles y diálogos calmados, ayuda al niño a desarrollar el habla sin sobrecarga.

Además de la familia, el entorno escolar tiene una función destacada en la prevención. La escuela puede facilitar que el niño se sienta seguro para expresarse, respetando sus tiempos de habla y evitando situaciones que incrementen la presión para hablar ante el grupo. Es importante que los profesores ofrezcan un modelo de comunicación pausada y que estén atentos a posibles situaciones de burla o rechazo entre iguales, e intervengan de forma inmediata. Es necesario garantizar espacios de conversación individualizada, mantener un clima de respeto y colaborar con las familias para aplicar estrategias coherentes. El trabajo conjunto entre familia, escuela y logopeda contribuye a crear un entorno favorable que minimiza la posibilidad de que una disfluencia evolucione a una alteración persistente.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

Los trastornos de la fluencia requieren una aproximación terapéutica basada en la evidencia y adaptada a la edad y las características de cada persona. A continuación, se presentan los principales enfoques terapéuticos utilizados tanto en niños como en adolescentes y adultos, según las guías internacionales y la literatura científica reciente.

Tratamiento en niños (2-6 años)

Los dos enfoques más destacados con evidencia sólida son el Programa Lidcombe y el Modelo de Demandas y Capacidades (DCM).

- Programa Lidcombe: es un tratamiento conductual directo que los padres llevan a cabo en casa, bajo supervisión del logopeda. La evidencia muestra que es altamente efectivo para reducir la alteración de la fluidez del habla en niños en edad preescolar. Está validado en diversos estudios aleatorizados y controlados y puede aplicarse de forma presencial o telemática.
- Modelo de Demandas y Capacidades (DCM): este enfoque indirecto parte de la idea de que la alteración de la fluidez del habla aparece cuando las demandas comunicativas superan las capacidades del niño. El tratamiento busca reducir el estrés comunicativo mediante cambios en el entorno y la actitud comunicativa de los adultos. Aunque tiene una base teórica sólida, la evidencia empírica es menos robusta que la del programa Lidcombe.

Para los niños mayores de seis años se recomiendan combinaciones adaptadas de intervenciones conducidas por los padres e intervenciones directas como las propuestas para adolescentes y adultos.

Tratamientos en adolescentes y adultos

El enfoque terapéutico en adolescentes y adultos varía significativamente respecto al tratamiento infantil e incluye aproximaciones cognitivo-conductuales, técnicas de reestructuración del habla y estrategias de gestión de la recaída.

- Reestructuración del habla (*Fluency shaping*): consiste en entrenar patrones de habla más fluidos (como la prolongación de sonidos, la iniciación suave o el ritmo controlado). Tiene una base empírica sólida y es altamente efectivo para reducir la alteración de la fluidez verbal observable, aunque puede tener menor impacto en los aspectos psicológicos.
- Terapia cognitivo-conductual: se utiliza para tratar los aspectos emocionales y de evitación social asociados a la alteración de la fluidez del habla. Se ha demostrado eficaz para reducir la ansiedad, mejorar la autoestima y favorecer la comunicación funcional.
- Terapia de aceptación y compromiso: interviene en la flexibilidad psicológica y la aceptación de la experiencia de la alteración de la fluidez del habla. Mejora tanto la fluidez verbal como el bienestar psicológico y la calidad de vida.
- Programas integrados y enfoque holístico: los tratamientos combinados que abordan tanto la fluidez verbal como los aspectos psicológicos y participativos han mostrado resultados prometedores. La incorporación de medidas funcionales y personalmente significativas mejora la eficacia y la relevancia clínica.

Uso de tecnología y ayudas técnicas

Se han desarrollado múltiples dispositivos y aplicaciones para facilitar la fluidez del habla:

- Retroalimentación auditiva retardada (RAR) y alteración de frecuencia (FAF): modifican la entrada auditiva para mejorar la fluidez verbal. Tienen soporte empírico moderado y pueden utilizarse en entornos clínicos o domésticos.
- Aplicaciones móviles (SpeechJammer, DAF Professional): son herramientas de ayuda para uso individual, especialmente útiles para adultos con autonomía terapéutica.

Tratamiento grupal y autogestión

El tratamiento en grupo ofrece beneficios sociales, de apoyo mutuo y normalización. Programas como los basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso o la intervención centrada en el usuario incorporan elementos de autogestión y apoyo entre iguales. Esto puede mejorar la motivación y la adherencia al tratamiento.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que hagan estudios sobre la intervención logopédica en las alteraciones de la fluidez del habla.

Intervenciones de mantenimiento

Entendemos que el uso del habla y la conversación cotidiana ejercen la función de mantenimiento de los progresos logrados en el tratamiento logopédico. Es conocido que los trastornos de la fluidez del habla pueden presentar recidivas y agravamientos o mejoras con el paso del tiempo. Por este motivo, es necesario incentivar al paciente y a su entorno a estar atentos a la evolución de los síntomas para, si fuera necesario, recuperar algunos de los ejercicios que el logopeda recomienda y, siempre que se considere necesario, solicitar nueva asistencia profesional.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención de mantenimiento en las alteraciones de la fluidez del habla.

Intervenciones en el entorno

La percepción y la vivencia de la alteración de la fluidez del habla no dependen únicamente de las características individuales del trastorno, sino que están profundamente influidas por los contextos en los que la persona se comunica. El grado de apoyo, comprensión y ajuste del entorno puede determinar enormemente el sufrimiento asociado a la disfluencia y su evolución. Por este motivo, la intervención logopédica no puede limitarse exclusivamente al trabajo individual con el paciente, sino que debe extenderse de manera proactiva a sus espacios de vida e interacción.

En el caso de los niños y adolescentes, la escuela es un entorno fundamental. El logopeda, con el consentimiento de la familia y del

menor, debe mantener una comunicación fluida con el equipo docente para garantizar una comprensión precisa de las necesidades del niño. Esta intervención puede incluir el asesoramiento sobre estrategias comunicativas facilitadoras (como el tiempo de espera, la escucha activa y la no interrupción), así como el acompañamiento emocional y la prevención de conductas de burla o aislamiento social. También es relevante ofrecer recursos a los profesores para normalizar la disfluencia dentro del aula, reducir el estigma y favorecer la participación oral del niño en actividades escolares.

En cuanto al entorno familiar, es esencial explorar sus dinámicas comunicativas y emocionales. El estilo de interacción de los cuidadores (ritmo conversacional, nivel de exigencia, capacidad de escucha) puede ser un factor facilitador o estresante para el menor. En este sentido, el logopeda puede ofrecer orientación para favorecer un clima comunicativo más acogedor y relajado, así como ayudar a la familia a entender el trastorno y reducir la carga emocional. En modelos como el DCM (*Demands and Capacities Model*), la intervención en el entorno es un pilar fundamental para reducir la presión comunicativa y fomentar la fluidez espontánea.

En el caso de los adultos, el trabajo con el entorno se enfoca de forma diferente, centrándose en el empoderamiento de la persona para gestionar sus interacciones personales, sociales y laborales. Se trata de proporcionar estrategias y herramientas que le permitan afrontar situaciones comunicativas potencialmente angustiosas, como entrevistas de trabajo, presentaciones o conversaciones espontáneas. Asimismo, se fomenta la capacidad de expresar al interlocutor las propias necesidades comunicativas y reducir la autocensura.

Un recurso complementario clave en el abordaje contextual es el apoyo asociativo. Las asociaciones de personas con alteración de la fluidez del habla ofrecen espacios de encuentro, grupos de ayuda mutua y acciones de sensibilización social. Su función es doble: favorecer el bienestar del paciente y contribuir a la transformación del entorno social mediante una visibilización realista y empática del trastorno. La derivación a estos recursos forma parte de las buenas prácticas logopédicas, especialmente en el caso de adolescentes y adultos.

Por último, el modelo de referencia para esta actuación ampliada es la CIF, que reconoce explícitamente el papel del entorno como barrera o facilitador. Este enfoque permite incorporar una mirada global a la intervención, considerando no solo los déficits observables sino también las limitaciones en la participación y las oportunidades de interacción significativa.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno de las personas con alteraciones de la fluidez del habla.

Intervenciones no recomendadas

La diversidad de factores que inciden en la disfluencia favorece que se hayan propuesto múltiples modalidades de intervención y no siempre

se ha hecho con suficiente aportación de evidencia científica. Si bien es cierto que tampoco hay literatura robusta que recomiende la no utilización de estas técnicas o tratamientos, a continuación se presentan cuatro categorías que los logopedas deben utilizar con cautela.

Enfoques centrados exclusivamente en el habla

Los tratamientos que solo abordan los aspectos visibles del trastorno (por ejemplo, la frecuencia de repeticiones o bloqueos) sin tener en cuenta el impacto emocional, social o identitario son considerados insuficientes. Este enfoque reduce la alteración de la fluidez del habla a un síntoma observable, obviando elementos como la evitación, la vergüenza y la autoimagen negativa y pueden crear un impacto emocional negativo.

Enfoques que fomenten la evitación o el silencio

El uso de la evitación como estrategia terapéutica (por ejemplo, enseñar al paciente a evitar palabras o situaciones) puede agravar el impacto negativo de la alteración de la fluidez del habla. Estas estrategias refuerzan el miedo y limitan la participación del paciente en la comunicación real.

Enfoques centrados exclusivamente en la gestión de la respiración, la relajación o la postura

Sin negar que los aspectos mecánicos y ansiolíticos de las acciones en estos ámbitos participan en la gestión de la fluidez del habla, se considera que la focalización terapéutica en uno de estos ámbitos no supone un factor de mejora de las alteraciones de la fluidez del habla.

Enfoques centrados exclusivamente en la «resolución emocional»

Aunque la dimensión emocional es clave, abordajes terapéuticos sin estructuración basada en evidencia empírica no han mostrado mejoras consistentes. Esto no invalida el papel de la psicología, pero subraya la necesidad de técnicas validadas e integradas.

Generalización acrítica de intervenciones no adaptadas culturalmente

La literatura señala que muchos programas de tratamiento desarrollados en contextos anglosajones pueden no ser directamente aplicables en otros contextos culturales sin una adaptación adecuada. Esta falta de adaptación puede reducir su eficacia en poblaciones con valores, lengua y prácticas comunicativas diferentes.

Otras propuestas no validadas

Como en otros aspectos de la salud conductual, algunos profesionales o empresas proponen tratamientos con resultados rápidos y seguros, como la hipnosis, la acupuntura, dispositivos electrónicos o aplicaciones informáticas no validadas. El CLC recomienda a profesionales y pacientes que sean prudentes en el uso o la contratación de servicios basados en tratamientos no validados en este documento y que carecen del aval

de las autoridades sanitarias o evidencia científica.

Equipamiento

Para intervenir con rigor y eficacia logopédica en casos de alteración de la fluidez del habla, el profesional debe disponer de un equipamiento diverso que le permita llevar a cabo una evaluación precisa, seguir la evolución terapéutica y proporcionar tratamientos adaptados a las necesidades individuales. Este equipamiento puede clasificarse en tres grandes bloques:

1. Material para la evaluación clínica

- Grabadora de voz y de vídeo: permite el análisis detallado del habla, incluyendo la frecuencia, tipo y duración de las disfluencias, y observar signos secundarios (como movimientos asociados).
- Cronómetro o software de medida temporal: para cuantificar la velocidad de habla, el tiempo de bloqueo y la fluidez global.
- Cuestionarios de evaluación.

2. Herramientas y tecnología para la intervención

- DAF (*Delayed Auditory Feedback*): retarda el retorno de la voz para favorecer la fluidez del habla.
- FAF (*Frequency Altered Feedback*): cambia el tono de la propia voz para mejorar la autorregulación.
- Reproductor de ruido blanco (*masking*): enmascara la propia voz para reducir la autoconciencia.
- Cámaras de vídeo para la observación corporal: para trabajar las conductas asociadas (movimientos faciales, postura).
- Aplicaciones de seguimiento terapéutico y autoevaluación: ayudan a registrar la práctica entre sesiones y a mejorar la adherencia.

3. Materiales de apoyo para la terapia presencial o en línea

- Material visual y gráfico: para explicar el funcionamiento del habla, la alteración de la fluidez del habla y las técnicas de fluidez verbal (carteles, infografías, esquemas respiratorios).
- Juegos o dinámicas verbales (para niños): facilitan la práctica en entornos lúdicos.
- Equipo de videoconferencia: si las sesiones son en línea, se necesita buena calidad de audio y vídeo para detectar todos los detalles.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta se realiza una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del

proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad. O bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- La inteligibilidad del habla del individuo no perjudica su participación en las actividades y no afecta al estado de salud, seguridad ni independencia de la persona.
- La producción del habla del individuo es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Orientaciones para después del alta

En el ámbito comunitario, se aconseja que las personas que presentan alteraciones de la fluidez del habla contacten con las asociaciones con el fin de conseguir un bienestar psicológico y social, ya que posibilita compartir experiencias con personas que presentan el mismo tipo de trastorno y al mismo tiempo poder optimizar los recursos que se están alcanzando en la terapia.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
	FUNCIONES CORPORALES
b3 Funciones de la voz y el habla	**b330 Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla** b3300 Fluidez dela habla b3301 Ritmo del habla b3302 Velocidad del habla b3303 Melodía del habla
b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	**b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios** b7650 Contracciones involuntarias de los músculos b7651 Temblor b7652 Tics y manierismos b7653 Estereotipias y perseverancia motora **b780 Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento** b7800 Sensación de rigidez muscular b7801 Sensación de espasmo muscular

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		
d3 Comunicación	d320	Comunicación-recepción en lenguaje de signos
	d330	Hablar
	d350	**Conversar**
	d3500	Iniciar una conversación
	d3501	Mantener una conversación
	d3502	Finalizar una conversación
	d3503	Conversar con una sola persona
	d3504	Conversar con muchas personas
	d355	**Discusión**
	d360	**Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación**
d7 Interacciones y relaciones interperso-nales	d710	Interacciones interpersonales básicas
	d730	Relacionarse con extraños
	d740	Relaciones formales
	d750	Relaciones sociales informales
	d760	Relaciones familiares
	d770	Relaciones íntimas
d8 Áreas princi-pales de la vida	**d840-d859**	**Trabajo y empleo**
	d840	Aprendizaje (preparación para el trabajo)
	d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo
d9 Vida comuni-taria, social y cívica	d910	Vida comunitaria
	d920	Tiempo libre y ocio
	d930	Religión y espiritualidad

Bibliografía

American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). *Stuttering, cluttering, and fluency* [Practice portal]. https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/

Beilby JM, Byrnes ML, Yaruss JS. Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. J Fluency Disord. 2012;37(4):289-299. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.05.003

Blomgren M. Behavioral treatments for children and adults who stutter: A review. Psychol Res Behav Manag. 2013;6:9-19. https://doi.org/10.2147/PRBM.S31450

Brignell A, Krahe M, Packman A, **et al**. Interventions for children and adolescents who stutter: A systematic review. J Fluency Disord. 2021;70:105843. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2021.105843

Connery A, Galvin R, McCurtin A. Effectiveness of nonpharmacological stuttering interventions on communication and psychosocial functioning in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2021;14(1):17-26. doi: https://doi.org/10.1111/jebm.12408

Connery A, McCurtin A, Robinson K. The lived experience of stuttering: A synthesis of qualitative studies with implications for rehabilitation. Disabil Rehabil. 2020;42(16):2232-2242. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1555623
Franken M-C, de Sonneville L, Koedoot C **et al**. Experimental treatment of early stuttering: a preliminary study. J Fluency Disord. 2005;30(3):189-208. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2005.05.002
Gupta SK. The efficacy of cognitive behavior therapy in an adult who stutters. Indian J Psychiatry. 2016;58(4):477-478. https://doi.org/10.4103/0019-5545.196726
Ingham RJ, Ingham JC. Integrating functional measures with treatment: A tactic for improving treatment effectiveness for adults who stutter. Am J Speech Lang Pathol. 2012;21(3):264-277. https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0068)
Johnson G, Onslow M, Horton S, Kefalianos E. Reduced stuttering for school-age children: A systematic review. Journal of Fluency Disorders. 2023;78:106015. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2023.106015
Laiho S, Elovaara H, Saarinen P **et al**. Stuttering interventions for children, adolescents, and adults: A systematic review as a part of clinical guidelines. J Commun Disord. 2022;99:106242. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106242
Neumann K, Euler HA, Bosshardt HG **et al**. The pathogenesis, assessment and treatment of speech fluency disorders. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(22-23):383-390. https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0383
Pertijs, M. A. J. *et al*. "Clinical guideline stuttering in children, adolescents and adults." *Woerden: NVLF* (2014). http://www.isastutter.org/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Guideline_Stuttering.pdf
Rodgers NH. Meet them where they're at: Maximizing adolescents' engagement in stuttering therapy. Semin Speech Lang. 2022;43(2):161-172. https://doi.org/10.1055/s-0042-1742450
Tichenor, Sheila E., Herring, Clover, Yaruss, J. Scott. "Understanding the Speaker's Experience of Stuttering Can Improve Stuttering Therapy." Topics in Language Disorders, vol. 42, no 1, 2022, pp. 57-75, https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000272

Trastornos de la voz

18

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos de la voz. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 428-447. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos de la voz. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 428-447). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para prevenir, evaluar, diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento de los trastornos de la voz, y debe mantener una formación adecuada para intervenir en patologías diversas, con atención especial a la necesidad de formación especializada en casos complejos.

2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el impacto funcional, la evaluación y la intervención en los trastornos de la voz, y promueve la creación de instrumentos adaptados al contexto lingüístico y cultural.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y basado en la evidencia para los trastornos de la voz, promueve la coordinación entre profesionales y la participación activa del paciente en su proceso de rehabilitación.

¿Qué es?

Definición

La disfonía se define como el deterioro de las cualidades de la voz, concretamente la frecuencia, la intensidad, el timbre y la duración. Por su parte, la afonía se refiere a la pérdida completa de la voz. En relación con la frecuencia, la disfonía se caracteriza por una disminución de la extensión tonal. En cuanto a la intensidad, puede conllevar dificultades tanto para la emisión de sonidos fuertes como de sonidos muy flojos. En función del timbre, la voz puede presentar un carácter aireado, ronco o tenso. Por último, las alteraciones vocales pueden manifestarse también en forma de reducción de los tiempos máximos de fonación.

Los trastornos de la voz pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Trastornos organicofisiológicos de la voz que resultan de alteraciones en los mecanismos respiratorios, laríngeos o del tracto vocal.
  - Trastornos estructurales y orgánicos de la voz que resultan de cambios físicos en el mecanismo vocal, tales como alteraciones en los tejidos de las cuerdas vocales (por ejemplo: edemas, quistes o nódulos vocales) y cambios estructurales en la laringe debido al envejecimiento.
  - Neurogénicos: trastornos orgánicos de la voz provocados por problemas de inervación del sistema nervioso central o periférico en la laringe y que afectan al funcionamiento del mecanismo vocal, tales como temblor vocal, disfonía espasmódica o parálisis de las cuerdas vocales.
- Trastornos funcionales de la voz que resultan de un uso ineficiente del mecanismo vocal cuando la estructura física es normal, tales como fatiga vocal, disfonía o afonía de tensión muscular, diplofonía o fonación ventricular.

Signos clínicos

Los signos perceptivos de la disfonía son:

- calidad vocal rugosa,
- calidad vocal soplada,
- calidad vocal tensa,
- calidad vocal estrangulada,
- frecuencia tonal anormal,
- intensidad anormal,
- resonancia anormal,
- afonía (pérdida de la voz),
- desonorizaciones o pausas de fonación,
- astenia (voz débil), y
- voz temblorosa (voz temblorosa; tono rítmico y ondulaciones de sonoridad).

Otros signos y síntomas son:

- → aumento del esfuerzo vocal asociado al habla;
- → disminución de la resistencia vocal o aparición de fatiga con un uso prolongado de la voz;
- → calidad vocal variable a lo largo del día o durante el habla;
- → quedarse sin aire rápidamente;
- → tos frecuente o aclararse la garganta con frecuencia, y
- → tensión, dolor o sensibilidad excesiva en la garganta.

Los signos y síntomas se pueden producir de forma aislada o combinada. Durante el transcurso del tratamiento, es posible que se disipen unos y surjan otros a medida que se eliminan las estrategias compensatorias.

La calidad auditiva-perceptiva de la voz en individuos con trastornos de la voz puede variar según el tipo y la gravedad del trastorno, su tamaño y la ubicación de la lesión (si la hay) y las respuestas compensatorias del individuo. La gravedad del trastorno de la voz no siempre se puede determinar únicamente a partir de la calidad de la voz auditiva y perceptiva.

La disfonía implica funciones emocionales, de temperamento y personalidad (b126 y b152), y también sensoriales, como la función gustativa y la olfativa (b250y b225). Asimismo, implica funciones de la voz, el habla, respiratorias, deglutorias y relacionadas con la movilidad de las articulaciones, especialmente en los casos de enfermedad oncológica (b310, b230, b440, b5105 y b710).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
MA82.0	Afonía
MA82.1	Disfonía
MA82.2	Rinolalia
MA82.Y	Otras alteraciones de la voz especificadas
MA82.Z	Alteraciones de la voz, sin especificar
CA0H.0	Parálisis de las cuerdas vocales o laringe
CA0H.1	Pólipo de las cuerdas vocales o laringe
CA0H.2	Nódulos de cuerdas vocales
CA0H.3	Edema de laringe
CA0H.4	Espasmo laríngeo
CA0H.5	Estenosis de laringe
CA0H.Y	Otras enfermedades especificadas de las cuerdas vocales o de la laringe, no clasificadas en otra parte
CA0H.Z	Enfermedades de las cuerdas vocales o de la laringe, no clasificadas en otra parte, sin especificación
CA0G	Laringitis crónica o laringotraqueítis

2C23.1	Neoplasias malignas de la glotis de la laringe
2C23.2	Neoplasias malignas de la supraglotis de laringe
2C23.3	Neoplasias malignas de la subglotis de laringe
2C23.4	Neoplasia maligna del cartílago laríngeo
2C23.5	Neoplasia maligna de lesión superpuesta de laringe
2C23.Z	Neoplasia maligna de laringe, sin especificación
6B60.8Z	Trastorno de síntomas neurológicos disociativos con alteración del movimiento, sin especificación (en la CIE-10, incluía la disfonía psicógena)
MG2A	Disminución de la capacidad intrínseca asociada al envejecimiento (en la CIE-10, incluía la presbifonía)
5A9Z	Otros trastornos de la pubertad, sin especificación (en la CIE-10, incluía la puberfonía)

Causas

Diversas patologías y circunstancias pueden causar la pérdida o el deterioro de la voz:

- → Lesiones orgánicas laríngeas: nódulos, pólipos, edema fusiforme, pseudoquiste seroso, edema de Reinke, quiste intracordal, *sulcus glotidis*, *vergetures*, parálisis laríngeas, traumatismos internos y externos de la laringe, neoplasias y sus consecuencias quirúrgicas, granulomas laríngeos (postintubación, reflujo laringofaríngeo...), entre otros.
- → Trastornos motores producidos por alteraciones neurológicas centrales o periféricas.
- → Alteraciones funcionales: tensión muscular inadecuada, incompetencia de cierre glótico, alteraciones de la resonancia, alteraciones musculoesqueléticas o gestión incorrecta del aire en la fonación.
- → Relacionadas con la evolución del individuo: en la pubertad (puberfonía), en el envejecimiento (presbifonía) o en su definición de género (transexualidad).
- → Pérdida auditiva, tanto prelocutiva como postlocutiva.
- → Causas psicológicas: disfonía psicógena, estrés, depresión.

Epidemiología

Aunque los estudios de prevalencia varían según la población estudiada, en la actualidad existen investigaciones con muestras amplias, como la llevada a cabo en Estados Unidos de América que establece una prevalencia de aproximadamente el 1 % de la población. En una revisión actualizada, se describe un aumento gradual del diagnóstico de disfonía del 1,3 % al 1,7 % de la población desde 2008 hasta 2012. Recientemente, en el ámbito europeo se ha informado de una prevalencia global de 16,9 % en un estudio con mayores de 18 años.

22,5/100.000 habitantes >18 años

En cuanto a la distribución por sexo, los estudios coinciden en establecer que hay mayor prevalencia en mujeres que en hombres adultos, con datos entre el 9 y el 12 % en mujeres y entre el 6 y el 7 % en hombres. En la etapa infantil, esta asignación se invierte, y se observa mayor afectación en niños que en niñas.

9.000-12.000/100.000 mujeres adultas
6.000-7.000/100.000 hombres adultos

En cuanto a la distribución por edad, la afectación vocal aumenta con la edad así como la gravedad de la disfonía. La disfonía puede estar relacionada con las actividades laborales. Algunos sectores de producción, como el cuerpo docente y en el ámbito de los servicios, presentan una prevalencia más alta de alteraciones vocales que la población general. En nuestro país, desde 2006, los nódulos vocales causados por esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales han sido reconocidos como enfermedad profesional.

Dentro de las lesiones neoplásicas que afectan a la voz, es necesario informar que, en nuestro país, el cáncer de laringe presenta una prevalencia de 18 casos cada 100.000 habitantes.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia en nuestro país de los trastornos de la voz.

Impacto en la vida de la persona

Los trastornos de la voz son relativamente frecuentes y pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, tanto en el campo comunicativo, como social y laboral. En casos de neoplasia de laringe, las secuelas de la cirugía pueden ser muy importantes en la calidad de vida de los pacientes y afectar aspectos esenciales como la deglución, la movilidad del tronco superior y las relaciones interpersonales si hay traqueotomía y voz esofágica.

En relación con las actividades y la participación, la disfonía incide en actividades de comunicación (d3), autocuidado (d5) y en las interacciones y relaciones interpersonales generales (d7). Con el paso del tiempo, puede afectar al trabajo (d845-d850) y al conjunto de la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, se encuentran detalladas las afectaciones de la voz en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar en qué elementos inciden los trastornos de la voz.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación para la emisión vocal

La persona puede emitir su voz con una intensidad y un tiempo de fonación suficientes para solucionar la mayoría de las necesidades

comunicativas del día a día, aunque esto le pueda exigir cierto esfuerzo u ocasionalmente pueda superar la capacidad del paciente. De manera puntual, su voz presenta ronquera marcada, monotonía por falta de eficacia del control tonal o tono inadecuado para su edad y sexo, pero ninguna de estas alteraciones llega a limitar de forma relevante la eficacia en la comunicación.

Grado I: moderada limitación para la emisión vocal

La persona puede emitir su voz con una intensidad y un tiempo de fonación suficientes para solucionar muchas de las necesidades comunicativas del día a día, pero tiene especial dificultad para hacerse oír en ambientes ruidosos comunes (estaciones, restaurantes, trenes, vehículos, etc.), se cansa con facilidad o la voz se altera rápidamente ante pequeños esfuerzos. Puede seguir una conversación en ambientes normales (conversaciones en grupos no numerosos, conversaciones tranquilas y en entornos sin ruido excesivo). La voz está casi continuamente alterada en su intensidad, tono o timbre y el tiempo de fonación no sobrepasa los cinco segundos.

Grado II: severa limitación para la emisión vocal

La persona puede emitir su voz con una intensidad y un tiempo de fonación suficientes para solucionar algunas de las necesidades comunicativas del día a día. Puede presentar dificultades para mantener una conversación en un ambiente normal durante cortos períodos de tiempo, pero no puede hacerse oír en ambientes ruidosos habituales.

Se incluyen en este grado de severidad de la discapacidad las personas que han sufrido una escisión de laringe y pueden adquirir la voz erigmofónica o utilizar eficazmente otros métodos técnicos alternativos a la fonación fisiológica.

Grado III: grave limitación para la emisión vocal

El paciente puede emitir su voz con una intensidad y un tiempo de fonación suficientes para solucionar pocas necesidades comunicativas del día a día. Su voz siempre es áfona, con emisiones de voz susurradas, perceptibles con dificultad, que se emiten entrecortadas y con esfuerzo. El tiempo de fonación, limitado a uno o dos segundos, apenas permite la emisión o incluso fonación de palabras aisladas. Si procede, con erigmofonía u otros métodos técnicos alternativos a la fonación fisiológica, se compensa la situación antes descrita con mucha dificultad.

Grado IV: total limitación para la emisión vocal

El paciente no puede emitir su voz con una intensidad y un tiempo de fonación suficientes para solucionar ninguna de las necesidades comunicativas de la vida diaria. Cuando se trata de un paciente laringectomizado, este no es capaz de adquirir la erigmofonía o de utilizar otros métodos técnicos alternativos a la fonación fisiológica.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos de la voz. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos de la fonación, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas de la fonación, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas de la voz o la instauración de una voz sustitutiva o de otros sistemas alternativos de comunicación.

Una persona graduada en logopedia está capacitada para realizar la mayor parte de los programas de prevención, educación y mantenimiento de la voz y los tratamientos rehabilitadores. Entendemos que los logopedas que intervienen en las alteraciones de la voz deben disfrutar de una buena salud vocal y auditiva, así como de un conocimiento sólido y de una gestión adecuada de su voz. Determinadas intervenciones requieren un nivel de pericia que a menudo excede la formación adquirida en los estudios de grado. Nos referimos, especialmente, a las intervenciones en patologías neoplásicas —incluyendo la gestión de prótesis fonatorias— o en ciertos procesos de rehabilitación de la voz en usuarios de alto rendimiento vocal, tales como cantantes o actores. En estos casos, consideramos especialmente positivo que algunos profesionales opten por complementar su formación con estudios de carácter más especializado.

Orientación interdisciplinar

La persona que sufre disfonía debe ser atendida por un equipo multidisciplinar que responda de forma holística a sus necesidades. El equipo de rehabilitación debería incluir médicos ORL o foniatras, logopedas, con la participación puntual de fisioterapeutas (cuando las relaciones entre postura y alteración vocal sean significativas) y psicólogos (cuando las relaciones entre estado emocional y alteración vocal sean significativas). Los logopedas se ocuparán de la rehabilitación de la disfonía dentro de este marco.

Entendemos que los pacientes afectados por trastornos de la voz deben ser derivados a una atención especializada: Servicios de Otorrinolaringología, Oncología y unidades de Foniatría y Poscovid. Hay que articular las relaciones entre los servicios derivadores y los servicios rehabilitadores para favorecer la posibilidad de interconsulta presencial y un espacio compartido para la discusión de casos clínicos.

Es responsabilidad de todos los profesionales implicados asegurarse de que el paciente entiende y se responsabiliza de los elementos que participan en su trastorno y de su papel en el proceso de rehabilitación. Esta corresponsabilidad será un aspecto clave en la adherencia al tratamiento y en el seguimiento de las orientaciones posteriores al tratamiento.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención sanitaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por parte del médico ORL o foniatra y será necesario que aporte información relativa a:

- Orientación diagnóstica con información de las estructuras afectadas y la fisiología alterada.
- La exploración de la laringe por videolaringoestroboscopia es la prueba mínima necesaria para la derivación. Exploración informada con imágenes o vídeo de la laringe. En disfonías secundarias, hay que aportar otras informaciones relativas al proceso primario.
- Es aconsejable que la derivación incluya puntuación del VHI-10 o del VHI-30.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto quirúrgicos como rehabilitadores o farmacológicos, con fecha de realización.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.

Exploración clínica

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con la voz y la función de las vías respiratorias laríngeas.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales, así como el impacto de las alteraciones de la voz en la calidad de vida, incluido el impacto de las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

A partir de las imágenes y el informe médico, los logopedas realizarán la valoración logopédica de la voz que incluya aspectos de postura y gesto, interpretación funcional de las imágenes laríngeas, valoración perceptiva de la voz y un análisis acústico objetivo.

Algunas de las pruebas e instrumentos que los logopedas deben utilizar para valorar la fonación se pueden considerar que invaden el cuerpo del paciente (como espejos, depresores o los propios dedos). En el mismo sentido, tanto en la exploración como en el tratamiento, es usual utilizar alimentos que son ingeridos en la consulta. Cabe recordar que estas pruebas y procedimientos siempre deben realizarse en consultas o centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los trastornos de la voz con las siguientes herramientas:

- → Consenso Auditivo-Perceptivo de Evaluación de la Voz (CAPE-V).
- → Índice Acústico de la Calidad Vocal (AVQI).

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que hagan estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los trastornos de la voz.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de la disfonía en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. Además, algunos instrumentos de valoración de la calidad de vida relacionada con la voz como el VHI-10 o el Perfil de Actividad y Participación Vocal (SVAPP-S) pueden ser de gran interés para la sistematización de esta información.

En pacientes menores de dieciséis años, hay que adaptar las preguntas al nivel de desarrollo de la persona mientras no se creen y validen instrumentos de valoración de las actividades y participación vocal adecuados a su edad.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para la identificación de barreras contextuales y facilitadores.

Deben evaluarse los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades entre los que encontramos las relaciones familiares (e310 y e315), los cuidadores y personal de ayuda (e340), el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125), las actitudes individuales (e4), los servicios, sistemas y políticas (e5) y el entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana como el clima, el sonido y la calidad del aire (e225, e250 y e260).

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación en catalán de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

Son tributarios de tratamiento logopédico:

- → Pacientes con disfonía o afonía:
  - Que presenten una lesión susceptible de desaparecer o disminuir por el tratamiento logopédico;
  - Que presenten lesiones tributarias de cirugía para una rehabilitación pre- y posquirúrgica y sus consecuencias;
  - Que presenten una alteración funcional que genere una discapacidad comunicativa susceptible de mejora con el tratamiento logopédico.
- → Pacientes que han perdido la capacidad de generar voz laríngea (neoplasia de laringe, traumatismos graves...) y tienen que implementar otras voces sustitutorias u otros sistemas aumentativos y alternativos de comunicación.
- → Pacientes con trastornos de la voz atribuibles al envejecimiento que presenten dificultades de comunicación en sus entornos habituales, cuando sus capacidades cognitivas permitan seguir la rehabilitación.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- → Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- → Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- → Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- → Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- → Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos de intervención se dividen en:

- **Habilidades**: mejorar, compensar o equilibrar las funciones y estructuras del sistema fonador.
- **Actividad:** minimizar los síntomas de las disfonías, incluyendo las estrategias compensatorias aprendidas.
- **Participación**: permitir la participación según las circunstancias de cada individuo y preferencias. Desarrollar habilidades y confianza social, fomentar la independencia. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social. Favorecer la comunicación entre iguales.
- **Bienestar**: maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

Intervenciones preventivas

Las alteraciones de voz y su impacto en la vida se pueden prevenir con estrategias formativas, de acondicionamiento de los lugares de trabajo y con intervenciones logopédicas individualizadas en personas con riesgo. Todas estas acciones pertenecen al campo profesional de los logopedas.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios de intervenciones preventivas en los trastornos de la voz.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos de los trastornos de la voz.

Ni la literatura científica ni la tradición profesional aportan protocolos específicos para cada patología o trastorno. Basándose en un conjunto de recursos terapéuticos, el profesional debe realizar una selección y adaptarla a cada paciente. El conjunto de recursos terapéuticos está avalado ampliamente por la literatura científica.

Las acciones de los logopedas pueden ser intervenciones directas sobre:

- La función vocal, mediante herramientas de modificación de la fisiología de la fonación.
- La función auditiva, mediante herramientas de modificación del *feedback* auditivo.
- Somatosensorial, mediante herramientas de modificación del *feedback* propioceptivo y visual.
- Musculoesquelética, mediante herramientas de modificación de la postura y el gesto.
- Respiratoria, mediante herramientas de modificación de la gestión de soplo fonatorio.

Los logopedas también pueden incidir de forma indirecta en el estado de salud vocal aportando conocimientos sobre la voz o bien promoviendo la identificación y modificación de los factores psicosociales que impactan negativamente en su salud.

En la *Guía de práctica clínica* de la Academia Americana de ORL se informa que el tratamiento rehabilitador del conjunto de trastornos de la voz realizado por logopedas acreditados tiene una evidencia y un grado de recomendación altos.

El tipo de intervención dependerá de la etiología del trastorno. El tratamiento funcional es la intervención adecuada para las disfonías funcionales (hiper- o hipocinética, nódulos, edemas...) y para diagnósticos de sospecha o no certeza, disfonía por reflujo faringolaríngeo, psicógena, espástica, presbifonía y puberfonía en la fase aguda de la patología.

Cuando la disfonía es causada por parálisis laríngeas, en la fase aguda de la patología, se realiza rehabilitación muscular y rehabilitación posmedialización.

La rehabilitación prequirúrgica es la intervención de elección para lesiones congénitas y recidivantes, tales como quistes, pólipos, en la fase aguda de la patología. En algunos casos de patologías tributarias de cirugía, se ha podido observar que el tratamiento prequirúrgico generaba una mejora en la voz y en la calidad de vida del paciente que hacía innecesaria la intervención quirúrgica, aunque requería una atención logopédica más prolongada.

La rehabilitación posquirúrgica es la intervención logopédica adecuada para la recuperación posterior a la cirugía de lesiones congénitas y recidivantes, tales como quistes o pólipos, y también para laringectomías parciales y reconstructivas.

Será necesario realizar intervenciones de rehabilitación para implementar la voz erigmofónica o el uso de prótesis fonatorias como soporte para las personas con laringectomías totales en la fase aguda de la patología.

En relación con las modalidades de tratamiento, la literatura no aporta evidencias determinantes acerca de las intervenciones grupales, telemáticas, intensas o breves. Entendemos que debemos seguir los procedimientos habituales en nuestro contexto, que los logopedas conocen y es su responsabilidad seleccionarlos e implementarlos. Este principio nos lleva a recomendar la implementación de tratamientos mayoritariamente individuales con la incorporación de algunas sesiones en grupo (de cuatro pacientes como máximo) para favorecer, en las fases más avanzadas del tratamiento, la generalización y los usos comunicativos de los progresos alcanzados en las sesiones individuales. La experiencia reciente de uso de tecnologías de comunicación a distancia nos hace pensar que la incorporación de programas semipresenciales puede ser adecuada en procesos de mantenimiento de los avances terapéuticos logrados en las sesiones presenciales.

La complejidad del fenómeno vocal nos lleva a presentar una lista de factores moderadores que pueden indicar que un proceso de

tratamiento rehabilitador exija una intervención más específica en cuanto a individualización, duración o tratamientos complementarios. Se considera que la presencia de alguno de estos factores puede hacer que la intervención sea más compleja:

- → Profesión: profesionales de la voz (docentes, comerciales, locutores, cantantes, etc.).
- → Tipo personalidad: inestable, ansiosa, etc.
- → Alergia respiratoria.
- → Reflujo faringolaríngeo.
- → Comorbilidad diversa.
- → En las laringectomías por neoplasia de laringe, pueden ser factores importantes: el sistema familiar, la quimioterapia y la radioterapia.

Algunas lesiones laríngeas que afectan a la voz no siempre tienen un diagnóstico de certeza en la primera exploración laringológica. Este hecho provoca que haya pacientes que inician un tratamiento rehabilitador bajo un código de lesión de origen funcional o, incluso, como disfonía funcional sin lesión y, tras unas semanas de tratamiento funcional, el edema laríngeo difuso se reduce y se puede evidenciar, en una nueva videolaringoestroboscopia, que el paciente presenta una lesión de tipo congénito (quiste o *sulcus*) y puede ser tributario de cirugía según la evolución del tratamiento rehabilitador.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios sobre la intervención logopédica en los trastornos de la voz.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Entendemos que el uso del habla y la conversación cotidiana ejercen la función de mantenimiento de los progresos logrados en el tratamiento logopédico. Sin embargo, es necesario animar al paciente y a su entorno a estar atentos a la evolución de los síntomas para recuperar algunos de los ejercicios que los logopedas recomiendan y, si fuera necesario, convertirlos en una actividad sistemática para evitar la pérdida de la eficacia comunicativa. Una de las actividades de mantenimiento saludables para la voz es el canto, en las diversas modalidades y géneros realizado bajo la supervisión de profesorado cualificado.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios sobre la intervención de mantenimiento en los trastornos de la voz.

Intervenciones en el entorno

Las personas que sufren alteraciones de la voz pueden ver aumentadas o reducidas sus capacidades de vida saludable por la acción de diversos soportes y barreras del entorno, antes evaluados según los códigos CIF. Por este motivo, los logopedas, que conocerán los contextos de uso de la voz de los pacientes, los pueden orientar en las modificaciones adecuadas para la creación de espacios más saludables. Uno de los ámbitos

donde estas modificaciones son más efectivas es el de los aspectos relacionados con el ruido ambiental y la calidad del aire.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno de los trastornos de la voz.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica.

Por ahora, hay que evitar métodos experimentales no validados —como programas informáticos comerciales sin revisión— hasta que se disponga de resultados sólidos. Aplicar estas técnicas puede restar tiempo y recursos a las intervenciones.

Equipamiento

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a tener los siguientes elementos de equipamiento a su disposición a la hora de intervenir en trastornos de la voz. En alteraciones de la voz es necesario disponer de un espacio suficiente para permitir que el paciente o un pequeño grupo de pacientes lleven a cabo las actividades de trabajo corporal que facilitan la adquisición de nuevos gestos vocales. Hay que tener en cuenta que algunas de las manipulaciones corporales, laríngeas y extralaríngeas deben realizarse en una camilla. La captación de muestras de voz para las valoraciones y las estrategias de *feedback* propias del tratamiento rehabilitador requieren disponer de equipamiento de grabación y análisis digital de la voz (grabadoras digitales, micrófono y ordenadores equipados con software especializado; existen opciones de *software* libre validadas) y de grabación de vídeo. Por último, para la correcta indicación de las alturas tonales de la voz, el instrumento más práctico y habitual en los servicios de logopedia de voz es un teclado musical electrónico. Las intervenciones con pacientes laringectomizados o con niños puede requerir algunos materiales de apoyo que no suponen un coste excesivamente alto.

Los usuarios con laringectomías totales pueden usar prótesis fonatorias e implantes.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta se realiza una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad. O bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- La calidad de la voz del individuo no perjudica su participación en las actividades y no afecta al estado de salud, seguridad ni independencia de la persona.
- La calidad de la voz del individuo es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Orientaciones para después del alta

La gestión de la voz por parte del paciente tras la rehabilitación es uno de los aspectos importantes para garantizar el mantenimiento de los resultados obtenidos.

Los profesionales rehabilitadores deben promover la responsabilidad del paciente en la fase de alta. Este trámite no debe entenderse solo como un acto administrativo, sino que debe plantearse como un punto clave en la rehabilitación. El paciente debe ser partícipe de los objetivos y estrategias que ha desarrollado en el tratamiento y que tienen que ayudarle a mantener su salud vocal durante su día a día normalizado.

Los logopedas deben transmitir al paciente las indicaciones de higiene y de actividades de mantenimiento que le ayudarán a preservar la salud lograda. Algunas de las indicaciones pueden ser participar en actividades de ocio que faciliten el mantenimiento de su salud vocal. Actividades como el canto, la lectura en voz alta, el trabajo corporal con actividades físicas guiadas por profesionales pueden ser indicaciones adecuadas.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
	FUNCIONES CORPORALES
b1 Funciones mentales	b126 Funciones de temperamento y personalidad
	b152 Funciones emocionales
b2 Funciones sensoriales y dolor	b250 Función gustativa b255 Función olfativa
b3 Funciones de la voz y el habla	**b310 Funciones de la voz** b3100 Producción de voz b3101 Calidad de voz
	b320 Funciones de articulación b330 Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla b340 Funciones alternativas de vocalización
b4 Funciones de los sistemas cardio-vasculars, hematológico, immunológico y respiratorio	b440 Funciones respiratorias
b5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	b5105 Tragar
b7 Funciones neuromuscu-loesqueléticas y relacio-nadas con el movimiento	b710 Funciones relacionadas con la mobilidad de las articulaciones

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d3 Comunicación	d330 Hablar
	d 350 Conversar d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación d3600 Utilización de dispositivos de telecomunicaciones
d7 Interacciones y relaciones interpersonales	d750 Relaciones sociales informales
d8 Áreas principales de la vida	d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo d850 Trabajo remunerado
d9 Vida comunitaria, social y cívica	**d910 Vida comunitaria** **d920 Tiempo libre y ocio** d9204 Aficiones d9205 Socializaciones
FACTORES AMBIENTALES	
e1 Productos y tecnología	**e125 Productos y tecnología para la comunicación** e1251 Productos y tecnología de asistencia para la comunicación
e2 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana	**e225 Clima** e2250 Temperatura e2251 Humedad **e250 Sonido** e2500 Intensidad sonora e2501 Calidad del sonido **e260 Calidad del aire**
e3 Apoyo y relaciones	e310 Familiares cercanos e315 Otros familiares e320 Amigos e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad e330 Personas con cargo de autoridad e335 Personas con cargo subordinado

e4 Actitudes	e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana
	e415	Actitudes individuales de otros miembros de la familia
	e420	Actitudes individuales de amigos
	e425	Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	e430	Actitudes individuales de personas con cargo de autoridad
	e435	Actitudes individuales de personas con cargo subordinado
	e440	Actitudes individuales de cuidadores y personal de apoyo
	e445	Actitudes individuales de desconocidos
	e450	Actitudes individuales de profesionales de la salud
	e455	Actitudes individuales de profesionales relacionados con la salud
	e460	Actitudes sociales
	e465	Normas, costumbres e ideologías sociales
	e498	Actitudes, otras especificadas
	e499	Actitudes, no especificadas
e5 Servicios, sistemas y políticas	**e515**	**Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción**
	e580	**Servicios, sistemas y políticas de salud**

Bibliografía

Barsties B, Maryn Y. External Validation of the Acoustic Voice Quality Index Version 03.01 with Extended Representativity. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2016;125(7):571-583. https://doi:10.1177/0003489416636131

Bermúdez-de-Alvear RM, Gálvez-Ruiz P, Martínez-Arquero AG, Rando-Márquez S, Fernández-Contreras E. Evaluation of Psychometric Properties of Voice Activity and Participation Profile (VAPP): A Spanish Version. *J Voice*. 2019;33(4):582.e15-582.e22. https://doi:10.1016/j.jvoice.2018.01.005

Calaf N, Garcia-Quintana D. Development and Validation of the Bilingual Catalan/Spanish Cross-Cultural Adaptation of the Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice. J Speech Lang Hear Res. 2024;67.4: 1072-1089.

Lyberg-Åhlander V, Rydell R, Fredlund P, Magnusson C, Wilén S. Prevalence of Voice Disorders in the General Population, Based on the Stockholm Public Health Cohort. *J Voice*. 2019;33(6):900-905. https://doi:10.1016/j.jvoice.2018.07.007

Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR, Damask CC, Digoy GP, Krouse HJ, ... Nnacheta LC. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update). Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States). 2018;158(1_suppl): S1-S42. https://doi.org/10.1177/0194599817751030

Van Stan JH, Roy N, Awan S, Stemple J, Hillman RE. A taxonomy of voice therapy. American Journal of Speech-Language Pathology. 2015;24(2): 101-125. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0030

Voz y comunicación en personas transgénero

19

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Voz y comunicación en personas transgénero. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 448-463. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Voz y comunicación en personas transgénero. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 448-463). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

1 El logopeda es el profesional sanitario competente para prevenir, diagnosticar e intervenir en los trastornos de la voz y la comunicación, y también para el acompañamiento en el proceso de cambio vocal y comunicativo de las personas transgénero, con formación especializada que incluye aspectos anatómicos, funcionales y psicológicos para garantizar la calidad vocal y la integración social.

2 El CLC impulsa la investigación para conocer la prevalencia de la demanda de intervención en voz y comunicación de las personas transgénero, desarrollar instrumentos de evaluación adaptados a los contextos lingüísticos y culturales, así como establecer intervenciones basadas en la evidencia científica que mejoren la calidad de vida y la inclusión social de este colectivo.

3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario, promueve la coordinación de logopedas con médicos endocrinólogos, cirujanos, otorrinolaringólogos, psicólogos, enfermeros y otros profesionales, dentro de un equipo especializado en género y desde una perspectiva biopsicosocial, y promueve la creación de entornos sanitarios transafirmativos que respeten la identidad y la dignidad de las personas transgénero.

¿Qué es?

Definición

Una persona transgénero es una persona que se identifica y vive en un rol de género que no coincide con el asignado al nacer. La disforia de género es un profundo sentimiento de malestar o infelicidad con el género asignado al nacer y el desajuste que se siente entre el sentido interno de sí mismo y las características fisiológicas. Las personas transgénero pueden someterse a una variedad de procedimientos médicos, quirúrgicos, físicos, sociales y personales, así como procedimientos legales, para aumentar la congruencia entre su identidad de género y la presentación de género. Uno de los elementos más decisivos en la definición de identidad es la voz y el estilo comunicativo y los logopedas pueden ser actores clave en el apoyo a las personas trans. Su acción puede ser única o en cooperación con las intervenciones quirúrgicas y farmacológicas. Estas intervenciones inciden en la frecuencia fundamental de la voz y será necesario que los logopedas actúen en otros elementos del habla y del lenguaje que forman parte de las marcas de identidad de género como son la prosodia, la resonancia, la pronunciación de algunos fonemas, la selección léxica o ciertos giros y las estrategias discursivas.

Signos clínicos

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. En este sentido, las alteraciones de voz y comunicación en personas transgénero implican estructuras corporales como la faringe (s330) y las cuerdas vocales (s3400), funciones mentales como las psicosociales, las emocionales y las funciones integradoras del lenguaje (b122, b125 y b1672), además de funciones de la voz y el habla como la producción y calidad de la voz (b3100 y b3101) o la melodía y la velocidad del habla (b3302 y b3303). Al final del capítulo, encontrará detallados los códigos CIF relacionados en el cuadro de la codificación CIF.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
HA6Z	**Discordancia de género, sin especificación**
HA60	Discordancia de género en la adolescencia o adultez

Causas

No procede.

Epidemiología

En cuanto a las necesidades de adaptación vocal de las personas transgénero, la literatura no nos ofrece datos concretos, pero nos podemos referir a los datos generales que, según los estudios, cifran entre un 0,39 y un 0,56 % de la población las personas que se identifican como transgénero. Recientemente, un estudio de tendencias demográficas informa de la tendencia a un descenso progresivo de la edad de aparición del fenómeno y a igualarse la proporción entre transfeminización y transmasculinización.

390-560/100.000 habitantes

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia en nuestro país de la demanda de intervención en voz y comunicación de personas transgénero.

Impacto en la vida de la persona

La voz es un elemento importante en la identificación y autoidentificación de género. Las personas transgénero necesitan oír su voz en el género deseado para sentirse completas. La actuación quirúrgica y logopédica en el ámbito de la voz es una de las acciones previas a presentarse públicamente con el nuevo género.

En relación con las actividades y la participación, la voz y comunicación de personas transgénero incide en actividades de comunicación (d3) y en las interacciones y relaciones interpersonales generales (d7). Con el paso del tiempo, puede afectar al conjunto de la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, encontrará detallados los códigos CIF relacionados en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (*Core Set*) para identificar en qué elementos inciden los cambios de voz y comunicación en personas transgénero.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

No procede.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos de la voz y la comunicación. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos de la fonación, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el

ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas de la fonación, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas de la voz o la instauración de una voz sustitutiva o de otros sistemas alternativos de comunicación.

Los logopedas tienen un papel clave en la atención a la salud de las personas transgénero. Las personas trans no tienen un trastorno de la voz, pero pueden buscar ayuda para explorar o hacer cambios en su voz y comunicación congruentes con su sentido de sí mismas. Una persona graduada en logopedia está capacitada para realizar la mayor parte de los programas de prevención, educación y mantenimiento de la voz y los tratamientos rehabilitadores. Entendemos que los logopedas que intervienen en alteraciones de la voz presentan una buena salud vocal y auditiva y han desarrollado un mínimo de conciencia. Ciertas intervenciones requieren una pericia que la formación de grado no aporta, como la adaptación vocal de la persona transgénero. En estos casos, el CLC valora positivamente que los logopedas que intervienen en este ámbito profesional complementen su formación de forma más especializada. Los logopedas también deben formarse adecuadamente en una serie de enfoques psicológicos para acompañar este proceso de cambio de voz, la confianza y la transferencia de habilidades en situaciones sociales.

Orientación interdisciplinar

Los logopedas tienen un papel clave para garantizar los mejores resultados posibles para las personas trans en el ámbito de la voz y la comunicación. Se recomienda que los logopedas trabajen dentro de un equipo multidisciplinar especializado en género desde una perspectiva de atención biopsicosocial (endocrina, quirúrgica, psicológica y psicosocial) para la disforia de género.

La atención a las personas transgénero exige la participación de varios profesionales adecuadamente coordinados. El equipo tendrá al menos el concurso de médicos endocrinólogos, cirujanos, otorrinolaringólogos (ORL), logopedas, enfermeros y psicólogos. Cuando sea conveniente, la red profesional se ampliará a los servicios sociales y jurídicos, además del acompañamiento de asociaciones y colectivos.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención hospitalaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por el médico ORL. En la derivación deberá aportar información relativa a:

- Plan de tratamientos previsto.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos como rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización y situación morfológica y funcional.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de la voz y comunicación en personas transgénero. De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Estado de la estructura y las funciones corporales, con especial referencia a las relacionadas con la voz y las competencias comunicativas.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto del habla en la calidad de vida, teniendo en cuenta las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

La evaluación de la expresión vocal y comunicativa de la persona trans debe incluir un conocimiento de:

- Salud vocal (con la información del paciente y del ORL). Hay que tener en cuenta que pueden existir alteraciones vocales previas a la transición de género.
- Voz: frecuencia, entonación e intensidad.
- Resonancia.
- Articulación.
- Lenguaje (incluye pragmática, sintaxis y semántica).
- Comunicación no verbal, que puede incluir vocalizaciones como toser y reír.

En el momento de publicación de este documento no se conocen protocolos validados específicos para la voz de personas trans en nuestro idioma y, por tanto, habrá que adaptar los instrumentos habituales de la exploración logopédica de la voz. El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los trastornos de la voz y comunicación en personas transgénero.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

En la valoración de la voz y la comunicación de la persona trans, la perspectiva de la persona es crítica. Un análisis subjetivo desde la perspectiva del usuario, incluidas valoraciones de grabaciones de vídeo y

audio, son componentes de la evaluación continua que permiten documentar y analizar el progreso en el tiempo. Existen algunas escalas de autocalificación que son herramientas útiles para este fin. En lengua castellana disponemos de la traducción del *transgender voice questionnaire for male-to-female transsexuals* (TVQ MtF) completo y una versión reducida de 10 ítems.

3 / Evaluación del contexto

En la búsqueda de una imagen vocal que responda a la identidad de género, hay que tener muy en cuenta cómo el entorno de la persona trans recibe e interpreta la imagen vocal del usuario. Es necesario dedicar un tiempo de la entrevista a conocer esta visión y hay que hacerlo directamente con el usuario y sus acompañantes. Utilizando los códigos CIF, encontramos las actitudes (e4), el uso de productos y tecnología (e1) y los servicios, sistemas y políticas (e5). En el momento de publicación de este documento no hay constancia de la existencia de ningún instrumento de valoración de las funciones de facilitadores o barreras del entorno en la comunicación de la persona trans.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona transgénero y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

Cualquier persona que, en el marco de la legalidad vigente pueda optar, o esté en proceso de optar, a una modificación de género puede ser tributaria de atención logopédica para el cambio de voz y estilo comunicativo.

Criterios para regular el tratamiento

No se prevén limitaciones a la atención de las personas transgénero, aunque en el caso de las mujeres trans se considerará como dificultad que habrá que superar la presencia de un hábito de tabaquismo activo.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El objetivo de la intervención logopédica es ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de función comunicativa independiente para

la participación en la vida diaria (OMS, 2001). La intervención está diseñada para:

- → Utilizar los puntos fuertes y abordar las debilidades relacionadas con las estructuras y funciones que afectan a la comunicación.
- → Facilitar las actividades y la participación del individuo para desarrollar nuevas habilidades y estrategias.
- → Eliminar barreras y potenciar habilidades que aumenten la comunicación y la participación exitosas.

Para las personas en transición de género, los objetivos del tratamiento se centran en facilitar la eficiencia, la eficacia y la naturalidad de la comunicación mediante la modificación de la voz (frecuencia, entonación e intensidad), la resonancia y la articulación , el lenguaje (incluyendo pragmática, sintaxis y semántica) y la comunicación no verbal lo más similar posible al género deseado.

Los objetivos relacionados con la voz y la comunicación son específicos para cada individuo y pueden cambiar con el tiempo. Algunos individuos prefieren una presentación vocal neutra de género, mientras que otros requieren flexibilidad para una presentación más masculina o femenina, dependiendo de entornos sociales o laborales. Trabajar conjuntamente sobre cómo la persona trans quiere expresar su género es esencial para establecer un conjunto de objetivos.

Intervenciones preventivas

No procede.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de las alteraciones de la voz y comunicación en personas transgénero.

La articulación, la sonoridad, la velocidad del habla, la elección de palabras, la estructura de las oraciones, la pragmática del discurso, la expresión facial, el contacto visual, el gesto, la postura, la marcha y el movimiento corporal influyen en la percepción de género.

El trabajo logopédico para la transición vocal de hombre a mujer requiere necesariamente una modificación de la frecuencia vocal media que debe situarse por debajo de los 180 Hz. Pero esta modificación no es suficiente para asegurar la identificación de la voz como femenina y es necesario incorporar estrategias de modificación del timbre (con aumento de frecuencias armónicas agudas), de timbre vocálico (con aumento de los formantes vocálicos) y aumentando la variabilidad tonal de la prosodia. Además, es conocido que una articulación más precisa, una intensidad más baja y una selección de léxico y recursos pragmáticos y discursivos pueden favorecer la identificación del hablante como género femenino.

En el caso de la transición de género de mujer a hombre, la acción de la terapia hormonal aumenta los niveles de testosterona, añadiendo

masa a los pliegues vocales y, normalmente, bajando el tono en diferentes grados. El tratamiento hormonal no se traduce en cambios de otros aspectos de la voz (por ejemplo: la entonación, el volumen y la comunicación no verbal) que pueden influir en cómo otras personas les atribuyen el género. La masculinización de la voz puede centrarse en bajar el tono, adoptar la resonancia torácica y reducir la variación melódica.

En la literatura, con respecto al tratamiento rehabilitador de la logopedia, encontramos los términos:

- **Transfeminidad** (MTF, por sus siglas en inglés de *male-to-female*): aumento de la frecuencia fundamental, ajuste de resonancia y trabajo prosódico.
- **Transmasculinidad** (FTM, por sus siglas en inglés de *female-to-male*): adaptación a cambios postestosterona (voces más graves, pero posible disfonía por mal uso vocal).

Las herramientas para la modificación de estos parámetros de la voz no difieren de las aplicadas en los tratamientos para las disfonías funcionales, en los que a partir de un trabajo de disponibilidad corporal se busca modificar los parámetros de la voz para lograr unos valores más adecuados a las necesidades vocales del paciente. En este caso, los ejercicios de voz cantada, el soporte de programas de visualización de la voz, la ejercitación con *feedback* de grabaciones de audio y vídeo pueden ser herramientas terapéuticas a aplicar.

La intervención grupal proporciona una oportunidad para que las personas trans practiquen los aprendizajes en una situación social más segura. Los grupos ofrecen una oportunidad segura para recibir comentarios y celebrar el éxito hacia los objetivos. Esto puede ser particularmente importante para las personas que no tienen la oportunidad de practicar sus habilidades en distintos entornos.

Los plazos para alcanzar los objetivos pueden verse influidos por la edad del usuario, la frecuencia del tratamiento, otras intervenciones relacionadas con el género y el tiempo general disponible para utilizar su nueva voz. Una serie de factores influyen en la capacidad de presentarse con el nuevo género en todos los entornos. En el caso de los tratamientos de feminización de la voz, una última revisión sistemática informa de la eficacia de los tratamientos rehabilitadores y quirúrgicos.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios sobre la intervención logopédica en personas trans.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Para mejorar el mantenimiento y la generalización del habla y de la voz en las actividades cotidianas, los logopedas pueden utilizar varias opciones, como chatear para vídeo, hablar por teléfono y reunirse en otro lugar. Estas actividades permiten la oportunidad de trabajar en escenarios reales. El uso de la nueva voz y maneras de comunicar puede ser difícil de introducir, incorporar y mantener en la vida cotidiana. La

consideración de estos factores es necesaria a la hora de desarrollar el plan de tratamiento con el cliente.

Intervenciones en el entorno

La sensibilidad hacia las personas trans empieza en el punto de contacto inicial y continúa a lo largo de todas las interacciones e implica a todo el personal del servicio. Hay que evaluar cómo se adaptan los formularios (uso de género binario), las imágenes y los rótulos de los espacios (separación y rotulación de baños) o la seguridad de la privacidad. Los profesionales (logopedas, psicólogos, médicos, cirujanos, enfermeras, endocrinólogos, etc.) que trabajan en la atención sanitaria trans deben adoptar una cultura transafirmativa, en la que se utilizan pronombres, denominaciones y títulos adecuados. Las modificaciones que se fomentan en el servicio son una pauta para la modificación de los entornos de vida y trabajo de las personas trans para favorecer su inclusión y calidad de vida.

Se debe intervenir en las barreras y los facilitadores ambientales identificados en la evaluación con los códigos CIF.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica.

Equipamiento

El CLC orienta los profesionales de la práctica clínica a tener los siguientes elementos de equipamiento a su disposición a la hora de intervenir en la voz y comunicación de las personas transgénero.

En relación con el equipamiento necesario para la intervención logopédica en la transición vocal, cabe destacar que hay que disponer de un espacio amplio para permitir que el paciente realice actividades de trabajo corporal que facilitan la adquisición de nuevos gestos vocales. Hay que tener en cuenta que algunas de las manipulaciones corporales, laríngeas y extralaríngeas piden realizarse en una camilla. La captación de muestras de voz para las valoraciones y las estrategias de *feedback* propias del tratamiento rehabilitador requieren disponer de equipamiento de grabación y análisis digital de la voz (grabadoras digitales, micrófono y ordenadores equipados con software especializado; existen opciones de software libre validadas) y de grabación de vídeo. Por último, para la correcta indicación de las alturas tonales de la voz, el instrumento más práctico y habitual en los servicios de logopedia de voz es un teclado musical electrónico, aunque hay varias aplicaciones para móviles que pueden realizar esta función y, con el entrenamiento necesario, pueden ser empleadas por el usuario de forma autónoma.

Como en todas las acciones de exploración o intervención logopédica que invaden el cuerpo del paciente, si estas pueden suponer un riesgo para su seguridad, deben llevarse a cabo en un centro sanitario que pueda dar respuesta adecuada a la situación de riesgo. Cabe recordar que, en este contexto, el logopeda puede usar la laringoscopia,

o las imágenes capturadas, exclusivamente como instrumento para la valoración funcional del gesto vocal.

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

El logro de los objetivos marcará la finalización del apoyo logopédico. Este logro se decidirá de forma consensuada con el usuario.

Si la evolución se detiene, no hay modificaciones significativas o el receptor del tratamiento no presenta evidencias de trabajo y compromiso, el logopeda planteará la suspensión del tratamiento.

Orientaciones para después del alta

La gestión de la voz por parte del paciente tras la rehabilitación es uno de los aspectos importantes que hay que asegurar para mantener los resultados obtenidos. La responsabilidad del paciente debe ser promovida por los profesionales rehabilitadores en la fase de alta. Este trámite no debe entenderse solo como un acto administrativo, sino que debe ser planteado como un punto clave en la rehabilitación. El paciente debe ser partícipe de los objetivos y estrategias que ha desarrollado en el tratamiento y que deben ayudarle a mantener su salud vocal durante su día a día normalizado. El logopeda transmitirá al paciente las indicaciones de higiene y de actividades de mantenimiento que pueden ser preservadoras de la salud lograda. Alguna de las indicaciones puede pasar por la participación en actividades de ocio que faciliten el mantenimiento de la salud vocal. Actividades como el canto, la lectura en voz alta, el trabajo corporal con actividades físicas guiadas por profesionales pueden ser indicaciones adecuadas.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
ESTRUCTURAS CORPORALES	
s3 Estructuras implicadas en la voz y el habla	s310 Estructura de la nariz s320 Estructura de la boca s330 Estructura de la faringe s340 Estructura de la laringe s3400 Cuerdas vocales
FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b122 Funciones psicosociales globales b126 Funciones del temperamento y la personalidad
	b152 Funciones emocionales
	b1672 Funciones integradoras del lenguaje
b3 Funciones de la voz y el habla	b310 Funciones de la voz b3100 Producción de la voz b3101 Calidad de la voz b320 Funciones de la articulación b330 Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla b3302 Melodía del habla b3303 Velocidad dels habla
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d3 Comunicación	**d330-d349 Comunicación-producción** d330 Hablar d335 Producción de mensajes no verbales d3350 Producción de lenguaje corporal d340 Producción de mensajes en lengua de signos convencional d345 Mensajes escritos d349 Comunicación-producción, otras especificadas o no
	d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación d3600 Utilización de dispositivos de telecomunicación

d7 Interacciones y relaciones interperso-nales	**d710-d779 Interacciones interpersonales generales** d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones personales complejas d729 Interacciones interpersonales generales, otras especificadas y no especificadas **d710-d779 Interacciones interpersonales específicas** d730 Relacionarse con desconocidos d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas d779 Relaciones interpersonales particulares, otras especificadas y no especificadas
	d760 Relaciones familiares
d9 Vida comuni-taria, social y cívica	d920 Tiempo libre y ocio d9205 Socialización
FACTORES AMBIENTALES	
e1 Productos y tecnología	**e130 Productos y tecnologia para la educación**
e2 Entorno natural y cmabios en el entorno derivados de la actividad humana	e225 Clima e2251 Humedad e260 Calidad del aire
e3 Apoyo y relaciones	e355 Profesionales de la salud

e4 Actitudes	e410	Actitudes individuales de los miembros de la familia cercana
	e415	Actitudes individuales de otros familiares
	e420	Actitudes individuales de amigos
	e425	Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	e430	Actitudes individuales de personas con cargos de autoridad
	e435	Actitudes individuales de persones con cargos subordinados
	e440	Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda
	e445	Actitudes individuales de desconocidos
	e450	Actitudes individuales de profesionales de la salud
	e455	Actitudes individuales de profesionales «relacionadoss con la salud»
	e460	Actitudes sociales
	e465	Normas, costumbres e ideologías sociales
	e498	Actitudes, otras especificadas
	e499	Actitudes, no especificadas
e5 Serveis, sistemes i polítiques	e515	Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción
	e5159	Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción, no especificados
	e580	Servicios, sistemas y políticas sanitarias

Bibliografía

Adler R, Hirsch S, Pickering J. (eds.). Voice and communication therapy for the transgender/gender diverse client: A comprehensive clinical guide (3a ed.). 2018. San Diego, CA: Plural.

Casado-Morente JC, Rivas EM, Reina COC, Serrano SA, Díaz-Fresno E, Sandoval-Menéndez I, Núñez-Batalla F *et al*. Development and validation of the Spanish abbreviated version of the transsexual voice questionnaire for male-to-female transsexuals. Acta Otorrinolaringologica (edición en inglés). 2021;72(1): 21-26. https://doi.org/10.1016/j.otoeng.2020.01.001

Dacakis G, Davies S, Oates JM, Douglas JM, Johnston JR. Development and preliminary evaluation of the Transsexual Voice Questionnaire for male-to-female transsexuals. J. Voice. 2013;27: 312–320. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.11.005

Davies S. The evidence behind the practice: A review of WPATH suggested guidelines in transgender voice and communication. Perspect. ASHA Spec. Interest Groups. 2017;2(10): 64–73. https://doi.org/10.1044/persp2.SIG10.64

Hardy TLD, Boliek CA, Wells K, Rieger JM. The ICF and Male-to-Female Transsexual Communication. Int J Transgend. 2013;14(4): 196-208. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890561

Leung Y, Oates J, Chan S. Voice, articulation, and prosody contribute to listener perceptions of speaker gender: A systematic review and meta-analysis. J Speech Lang Hear Res. 2018;61: 266–297. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-17-0067

Mora E, Carrillo A, Giribet A, Becerra A, Lucio MJ, Cobeta I. Translation, cultural adaptation, and preliminary evaluation of the Spanish version of the transgender voice questionnaire for male-to-female transsexuals (TVQ MtF). J. Voice. 2018;32(4): 514-e1. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.05.012

Nolan IT, Morrison SD, Arowojolu O, Crowe CS, Massie JP, Adler RK, Francis DO, *et al.* The role of voice therapy and phonosurgery in transgender vocal feminization. J Craniofac Surg. 2019;30(5): 1368-1375. https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000005132

Oates J, Dacakis G. Transgender voice and communication: Research evidence underpinning voice intervention for male-to-female transsexual women. Perspectives on Voice and Voice Disorders. 2015;25(2): 48–58. https://doi.org/10.1044/vvd25.2.48

Zhang Q, Rechler W, Bradlyn A, Flanders WD, Getahun D, Lash TL, Goodman M, *et al.* Changes in Size and Demographic Composition of Transgender and Gender Non-Binary Population Receiving Care at Integrated Health Systems. Endocr Pract. 2021;27(5): 390–395. https://doi.org/10.1016/J.EPRAC.2020.11.016

Adenda

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Adenda. Calidad y seguridad en la práctica logopédica. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 464-472. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Adenda. Calidad y seguridad en la práctica logopédica. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 464-472). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

a

Calidad y seguridad en la práctica logopédica

Introducción

La seguridad constituye uno de los ejes fundamentales de toda práctica sanitaria y la logopedia no es una excepción. Las intervenciones logopédicas implican trabajar con personas con vulnerabilidades específicas, con dificultades de comunicación, deglución, voz o habla, que requieren un entorno seguro, preparado y adaptado a sus necesidades.

Esta seguridad va mucho más allá de la prevención de riesgos laborales y físicos. Incluye el bienestar emocional del paciente, la protección rigurosa de su información personal y clínica, la seguridad alimentaria en los casos de disfagia, así como las condiciones de trabajo que deben garantizar la salud física y psicosocial de los propios profesionales. La seguridad, en este sentido amplio, depende en gran medida de la actitud y los comportamientos que adoptan tanto los individuos como las organizaciones y empresas donde se prestan los servicios. Se trata, pues, de garantizar la seguridad de los pacientes y de los logopedas.

Los avances tecnológicos, como la creciente implementación de la práctica en línea, y el aumento de la complejidad de los casos, especialmente en población geriátrica, pacientes con enfermedades neurodegenerativas o niños con trastornos complejos, comportan que el concepto de seguridad sea cada vez más amplio y dinámico.

Este texto pretende recoger los principios generales, las condiciones concretas, los protocolos y las buenas prácticas que garantizan un entorno seguro para los pacientes y los profesionales de la logopedia.

1. Principios generales de seguridad en logopedia

El principio general que guía la seguridad en logopedia es la protección integral de la persona atendida. Esta protección no se limita a evitar accidentes físicos, sino que abarca todas las dimensiones del bienestar: física, emocional, social e informativa. Los códigos deontológicos de las principales organizaciones profesionales establecen que el bienestar del paciente debe prevalecer por encima de cualquier otro interés. Esto implica que el logopeda debe ser proactivo a la hora de detectar posibles riesgos, adaptar el entorno y las metodologías, y colaborar con otros profesionales cuando sea necesario.

Este principio se concreta en la necesidad de establecer protocolos claros, manuales internos y procedimientos de trabajo estandarizados.

Por ejemplo, disponer de listas de verificación para revisar el estado del equipo antes de cada sesión reduce la posibilidad de incidentes técnicos que puedan poner en riesgo la seguridad del paciente. Asimismo, el registro de las sesiones, con anotaciones precisas sobre incidencias, permite mejorar la trazabilidad y acrecentar la responsabilidad profesional.

Otro aspecto fundamental es la formación continua. Los logopedas deben estar permanentemente actualizados sobre nuevos riesgos emergentes, tecnologías y procedimientos.

En resumen, los principios generales de seguridad se fundamentan en una cultura organizativa que promueve la mejora continua. Esto significa fomentar un entorno donde los profesionales puedan comunicar sin miedo situaciones de riesgo, errores o incidencias, para que se puedan implementar acciones correctivas inmediatas.

Estos principios generales establecen el marco que articula todas las medidas específicas de seguridad, desde la infraestructura física hasta la protección de datos o el trabajo interdisciplinario.

2. Condiciones de seguridad física

Las condiciones de seguridad física son la base tangible de cualquier intervención logopédica segura y de calidad. Cualquier espacio donde se desarrolle una actividad terapéutica, preventiva o de evaluación debe cumplir unos requisitos mínimos de habitabilidad, accesibilidad y mantenimiento. Estos requisitos no son estáticos, sino que deben adecuarse a las necesidades específicas de cada paciente y cada intervención.

2.1 Espacios e instalaciones seguras

El espacio físico debe ser accesible para personas con movilidad reducida, discapacidades sensoriales u otras situaciones que requieran adaptaciones. Las puertas, los pasillos y los aseos deben cumplir las normativas de accesibilidad vigentes. Además, hay que garantizar una señalización clara, una iluminación adecuada y una ventilación óptima.

2.2 Mobiliario y equipamiento

El mobiliario debe ser estable, ergonómico y adaptado a la franja de edad y las condiciones físicas del paciente. Las sillas ajustables en altura, las mesas sin bordes punzantes y los soportes específicos para materiales son elementos que contribuyen a una práctica segura. Asimismo, el logopeda debe velar por la correcta disposición del cableado y de los equipos electrónicos para evitar caídas o accidentes eléctricos. Cabe recordar que el mobiliario debe garantizar la seguridad y el bienestar tanto de los pacientes como de los profesionales, ya que lo utilizan durante muchas horas al día.

Los equipos técnicos, como ordenadores, audiómetros, aparatos de registro de voz o micrófonos, deben someterse a revisiones periódicas para garantizar su correcto funcionamiento y seguridad eléctrica. Un fallo técnico durante una sesión puede suponer no solo una interrupción, sino un riesgo en determinadas pruebas.

2.3 Higiene y control de infecciones

La limpieza y la desinfección del espacio y los materiales son imprescindibles. Cada sesión debe comenzar con la desinfección de las superficies de contacto habitual (mesas, sillas, mangos y teclados), siempre que sea necesario por prudencia o por las circunstancias concretas. Los instrumentos que entran en contacto con la boca, como espátulas o sondas, deben ser desechables o esterilizables.

El lavado de manos antes y después de cada sesión es una norma básica, al igual que el uso de guantes para realizar exploraciones intraorales o pruebas que impliquen contacto directo con mucosas.

2.4 Seguridad alimentaria y disfagia

Un ámbito especialmente sensible dentro de la logopedia es la intervención en disfagia, en los trastornos funcionales de la deglución y en el trastorno de la alimentación en la primera infancia (TAP). Trabajar con pacientes que tienen dificultades implica gestionar alimentos y líquidos de forma extremadamente cuidadosa. Es necesario disponer de un espacio específico para la preparación de alimentos, con superficies limpias y productos adecuados.

Los materiales que entran en contacto con alimentos —guantes, vasos, cucharas, espesantes— deben estar limpios, y las sobras que se puedan contaminar deben eliminarse inmediatamente. La seguridad alimentaria en trastornos de la deglución es un ámbito que requiere competencias específicas, motivo por el cual el CLC promueve que se establezcan protocolos conjuntos con equipos de nutrición y enfermería.

2.5 Exploraciones intraorales, laríngeas y otoscópicas

Algunas de las pruebas e instrumentos que los logopedas deben utilizar para valorar las funciones orales se pueden considerar que invaden el cuerpo del paciente (como guantes, espejos, depresores o los propios dedos). Cabe recordar que estas pruebas y procedimientos siempre deben realizarse en consultas o centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente. En algunos casos, la realización de estas pruebas puede poner de manifiesto situaciones que requieren derivación inmediata a otro profesional, como un otorrinolaringólogo. El logopeda debe conocer sus límites competenciales y actuar siempre dentro del marco legal y ético.

Las exploraciones que implican manipulación directa dentro del cuerpo del paciente, como una inspección de la cavidad oral, la laringe o el uso de otoscopio y rinolaringoscopio, deben hacerse cumpliendo protocolos estrictos de higiene y seguridad. El profesional debe llevar guantes y asegurarse de que el paciente está cómodo y bien informado sobre la maniobra. Los espéculos del otoscopio deben ser desechables o esterilizables.

3. Seguridad psicosocial y riesgos laborales

La seguridad psicosocial es una dimensión a menudo menos visible pero igualmente esencial en la práctica logopédica. El contacto continuo

con personas y familias en situaciones de vulnerabilidad, la exigencia de resultados y la carga emocional asociada a la mejora o no de los pacientes pueden derivar en estrés crónico, ansiedad y agotamiento profesional. Por ello, la prevención de los riesgos psicosociales es un objetivo prioritario tanto para los profesionales como para las organizaciones que los contratan.

3.1 Factores de riesgo psicosocial

Los factores de riesgo psicosocial más comunes en logopedia son el estrés relacionado con la atención a pacientes con patologías complejas, la presión para gestionar las expectativas de las familias, la necesidad constante de comunicación efectiva y la carga vocal diaria. A todo esto se suman situaciones específicas, tales como trabajar con pacientes que presentan deterioro cognitivo avanzado, casos en que la comunicación verbal es casi inexistente o familias que viven procesos de duelo o de aceptación de un diagnóstico grave.

Otro factor que puede generar tensión es la soledad profesional, especialmente en consultas pequeñas o aisladas que carecen de un equipo multidisciplinar cercano. Esta falta de red puede hacer más difícil compartir situaciones complejas o descargar el estrés derivado de la práctica diaria.

3.2 Estrategias de prevención

Para minimizar estos riesgos, es necesario implementar medidas de apoyo y de autocuidado. La planificación de la jornada laboral debe incluir tiempo de pausa entre sesiones, momentos para preparar informes sin interrupciones y espacios para coordinarse con otros profesionales.

Las organizaciones pueden fomentar programas de supervisión clínica para que los logopedas compartan casos, dudas y dificultades emocionales con otros colegas y con supervisores experimentados. Este soporte contribuye a normalizar las situaciones de carga emocional y buscar estrategias conjuntas para afrontarlas. En este sentido, las entidades y los profesionales pueden ser proactivos. Los logopedas pueden acudir a su colegio profesional para impulsar la creación de grupos de trabajo y supervisión que favorezcan tanto el desarrollo técnico como su bienestar emocional.

En el área personal, el logopeda debe tener herramientas para gestionar el estrés. La formación en técnicas de *mindfulness*, la participación en grupos de apoyo entre iguales o la realización de actividades de descanso y autocuidado son medidas recomendadas por el CLC para prevenir los riesgos psicosociales.

3.3 Bienestar vocal

Un riesgo psicosocial y físico específico en logopedia es la fatiga vocal. El profesional de la logopedia utiliza la voz como herramienta principal de su trabajo: da instrucciones, emite sonidos, imita y distorsiona voces, mantiene conversaciones constantes y, a menudo, tiene que proyectar la voz en espacios que no siempre gozan de la mejor acústica.

Para prevenir disfonías y otras lesiones vocales es esencial aplicar técnicas de higiene vocal. Algunas buenas prácticas consisten en beber agua de forma regular, evitar hablar por encima de ruidos ambientales elevados, utilizar micrófonos o amplificadores cuando sea necesario, hacer ejercicios de calentamiento y relajación vocal y planificar la jornada con pausas de descanso de la voz.

3.4 Acoso y entorno laboral saludable

Los riesgos psicosociales también pueden proceder del entorno laboral. Situaciones de acoso, falta de respeto entre compañeros o con superiores, sobrecarga de tareas o conflictos constantes pueden convertir el espacio de trabajo en una fuente de estrés e inseguridad. Los centros deben disponer de protocolos claros para prevenir, detectar y gestionar cualquier situación de acoso laboral. Además, deben fomentar una cultura basada en el respeto, la comunicación asertiva y la colaboración entre equipos.

3.5 Equilibrio entre la vida personal y profesional

Otro aspecto clave para preservar la salud mental y emocional es el equilibrio entre la vida personal y la vida profesional. Los profesionales autónomos o los que trabajan con horarios extensos pueden correr más riesgo de ver que su actividad laboral invade su espacio privado. Establecer límites claros de horarios, respetar los días de descanso y desconectar de los dispositivos de trabajo fuera del horario son medidas básicas para garantizar un descanso real.

4. Protección de datos y seguridad de la información

La gestión de datos personales es un pilar crítico de la seguridad en cualquier profesión sanitaria. Sin embargo, en logopedia tiene una relevancia especial por el tipo de información que se recoge y se trabaja: historias clínicas, diagnósticos, informes, pruebas grabadas de audio y vídeo, registros de evolución y, a menudo, datos de carácter familiar o escolar. Todo este volumen de información exige medidas rigurosas de protección.

4.1 Marco normativo y derechos del paciente

En Europa, el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) establece que cualquier dato personal vinculado a la salud es información especialmente sensible y, por tanto, requiere el nivel de protección más alto. Los pacientes tienen derecho a saber qué datos suyos se recogen, con qué finalidad se utilizan, quién tiene acceso a ellos y durante cuánto tiempo se almacenarán.

Para garantizar estos derechos, los centros y profesionales autónomos deben disponer de documentos de consentimiento informado claros y accesibles. Es importante que este consentimiento especifique si se podrán utilizar grabaciones de audio o vídeo, fotografías, pruebas o informes para supervisión clínica, docencia o investigación. Dichos documentos deben recoger explícitamente la autorización al profesional

para compartir los datos del paciente con otros profesionales, siempre en beneficio del paciente. El paciente o su familia deben saber que pueden revocar el consentimiento otorgado en cualquier momento.

4.2 Almacenamiento y acceso a la información

Los datos físicos (carpetas, informes impresos) deben custodiarse en archivadores cerrados con llave y ubicados en zonas con acceso restringido. Los ordenadores y dispositivos que contengan información clínica deben estar protegidos con contraseñas robustas, cifrado de discos y sistemas de copia de seguridad periódica. Un buen protocolo es limitar el acceso a la información únicamente a los profesionales que realmente lo necesitan para la intervención.

4.3 Práctica en línea y nuevos retos

La extensión de la práctica en línea ha generado nuevos retos de seguridad de la información. Las sesiones de logopedia telemáticas implican transmitir información clínica mediante plataformas digitales. Estas plataformas deben garantizar conexiones seguras (cifrado de extremo a extremo) y la autenticación de los usuarios para evitar accesos no autorizados.

Es recomendable evitar plataformas de videollamada genéricas si no ofrecen garantías de seguridad adecuadas. Además, es necesario informar a los pacientes sobre las medidas de seguridad y los riesgos potenciales asociados a la conexión a través de redes domésticas.

Un aspecto a menudo olvidado es la confidencialidad del entorno físico durante la práctica en línea. Aunque la tecnología sea segura, una sesión realizada en un espacio doméstico sin privacidad puede exponer información confidencial a terceros. Por ello, es recomendable pactar con el paciente o su familia el espacio físico donde se llevará a cabo la sesión y recordar la importancia de cerrar las puertas y evitar interrupciones.

4.4 Buenas prácticas de protección

En la práctica diaria, algunas medidas concretas ayudan a mantener la seguridad de la información: actualizar regularmente los dispositivos, utilizar contraseñas únicas y complejas, no compartir credenciales entre profesionales y realizar copias de seguridad de forma cifrada.

Cuando sea necesario enviar datos, por ejemplo, un informe a otro especialista o un centro escolar, se recomienda utilizar canales seguros: correos electrónicos con encriptación, plataformas de compartición seguras o entrega presencial con registro de recepción.

Por último, la formación continua en protección de datos es clave. Muchos incidentes no son resultado de fallos técnicos, sino de errores humanos: abrir correos fraudulentos, guardar datos en dispositivos personales sin protección o hablar de casos en espacios públicos son ejemplos de situaciones que pueden comprometer gravemente la confidencialidad.

5. Buenas prácticas y protocolos interdisciplinarios

La seguridad del paciente y la calidad de la intervención logopédica no dependen únicamente de la acción individual del profesional. En muchos contextos, especialmente en casos complejos, la práctica interdisciplinaria es una condición imprescindible para garantizar una atención integral y coherente. Los equipos multidisciplinares, cuando están bien organizados, ayudan a reducir riesgos, optimizar recursos y ofrecer una respuesta ajustada a las necesidades globales de la persona atendida.

5.1 Importancia de la coordinación

Los logopedas trabajan a menudo con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, médicos especialistas (otorrinolaringólogos, neurólogos, pediatras) y personal docente. Esta red de profesionales permite abordar los casos desde una visión holística y compartir información relevante sin duplicar pruebas ni generar contradicciones en las pautas.

5.2 Protocolos de derivación y circuitos claros

Una buena práctica es disponer de protocolos claros de derivación entre disciplinas. Cuando el logopeda detecta señales de alarma fuera de su ámbito competencial, debe derivar al paciente rápidamente al profesional correspondiente.

Los centros y las consultas deberían tener circuitos definidos para estas derivaciones, con registros de comunicación, consentimiento de la familia y un seguimiento posterior para garantizar que el paciente recibe la atención adecuada. Además, la derivación debe hacerse de forma respetuosa y coordinada para no generar angustia innecesaria en la persona atendida ni su familia.

5.3 Espacios comunes de trabajo

Los equipos interdisciplinarios funcionan mejor cuando disponen de espacios formales e informales para compartir información. Las reuniones de equipo, las sesiones de casos clínicos compartidos y las formaciones conjuntas son prácticas muy recomendadas. Dichos espacios facilitan actualizar criterios, compartir avances en la evidencia científica y ajustar protocolos cuando se identifican nuevas necesidades o riesgos.

5.4 Implicación de la familia

La familia es un agente clave dentro del proceso. Implicarla de forma activa refuerza la seguridad, ya que la mayor parte de las estrategias de intervención se mantienen y se consolidan en casa. Proporcionar información clara, entregar pautas escritas y asegurarse de que los cuidadores entienden las recomendaciones y reciben la formación necesaria son pasos esenciales para prevenir riesgos y mejorar la adherencia al tratamiento.

En algunos casos, hay que formar directamente a la familia en el uso seguro de herramientas de comunicación aumentativa o en la

preparación de alimentos seguros para personas con disfagia. Esta formación reduce incidentes, refuerza la confianza y convierte a la familia en parte activa del equipo.

5.5 Formación y mejora continua

Por último, una buena práctica transversal es la formación continua compartida. Participar en talleres conjuntos, jornadas interdisciplinarias o cursos de formación en seguridad clínica ayuda a unificar criterios y establecer un lenguaje común entre disciplinas.

6. Conclusiones

La seguridad en logopedia es mucho más que un conjunto de normas: es un compromiso ético, profesional y colectivo que requiere vigilancia constante y una actualización permanente. Las diferentes dimensiones abordadas ponen de manifiesto la complejidad de garantizar entornos seguros para todos.

A pesar de los avances en protocolos y la profesionalización del sector, aún hay áreas en las que queda camino por recorrer. La realidad cambiante, la diversidad de contextos y la incorporación de la tecnología, en especial con la práctica en línea, abren nuevos escenarios que requieren una adaptación constante de los profesionales y las organizaciones.

Asimismo, es necesario dar voz a los pacientes y a las familias. Incluirlos en la evaluación de riesgos y en la definición de las medidas de seguridad, recoger sus experiencias y ajustar las prácticas a sus realidades son aspectos que refuerzan la calidad y la efectividad de cualquier intervención.

En conclusión, es fundamental que la cultura de la seguridad se base en la responsabilidad compartida. Todos los actores implicados —profesionales, instituciones, colegios, familias y usuarios— tienen que poder identificar riesgos, compartir información y actuar de forma preventiva sin miedo a señalar errores o carencias.

Bibliografía

Health & Care professions Council. Standards of proficiency: Speech and language therapists. 2023. Disponible en https://www.hcpc-uk.org/standards/standards-of-proficiency/speech-and-language-therapists/

Speech Pathology Australia. Infection Prevention and Control Guideline for Speech-Pathologists. 2020 Disponible en https://speechpathologyaustralia.cld.bz/Infection-Prevention-and-Control-Guideline-for-Speech-Pathologists-Version-1-2020

Adenda

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Adenda. La autorregulación profesional en logopedia. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 473-481. Disponible en: https://www.clc.cat

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Adenda. La autorregulación profesional en logopedia. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 473-481). Col·legi de Logopedes de Catalunya. https://www.clc.cat

Barcelona, octubre de 2025.

La autorregulación profesional en logopedia

1. Introducción

La logopedia, reconocida como profesión sanitaria titulada y regulada (artículos 2.2..b y 7.2.f de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, LOPS), ha evolucionado hacia un ejercicio cada vez más autónomo, especializado y basado en la evidencia científica. En este contexto, la autorregulación profesional se configura como un pilar esencial para garantizar la calidad de la atención, proteger a las personas usuarias y reforzar la identidad de la profesión. Se fundamenta en el ejercicio de la función pública de ordenar el ejercicio profesional, atribuciónonal, atribució que la legislación vigente en materia de colegios profesionales confiere a los colegios y consejos generales.

2. La logopedia como profesión regulada

La Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales define profesión regulada como aquella cuyo acceso o ejercicio está supeditado a la posesión de una cualificación específica reconocida por norma, que en el caso de la logopedia es el título de Diplomado/Graduado en Logopedia. La Comisión Europea mantiene una base de datos con las profesiones reguladas en la Unión Europea, las denominaciones en cada país y los sistemas de reconocimiento mutuo.

En el Estado español se regula mediante las siguientes normativas:

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que reconoce la Logopedia como profesión sanitaria titulada y regulada.
- Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, que transpone la Directiva europea sobre cualificaciones profesionales y confirma su carácter de profesión regulada.
- Real Decreto 1419/1991, de 30 de agosto, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Logopedia (hoy Grado en Logopedia) y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel.
- La inclusión de la Logopedia como categoría profesional sanitaria en el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) regulado por el Real Decreto 640/2014, de 25 de julio.

Ser profesión regulada implica la obligación de cumplir requisitos formativos y deontológicos y legitima la existencia de colegios profesionales con potestad de autorregulación.

3. La autorregulación profesional

El derecho y el deber de las profesiones sanitarias a autorregularse se fundamentan en la doble garantía que ofrecen al sistema y a la ciudadanía: por un lado, la experiencia técnica del propio colectivo permite fijar estándares actualizados de competencia, calidad y seguridad asistencial con mayor rapidez y precisión que la regulación estatal; por otro, el compromiso ético inherente a las profesiones sanitarias obliga a establecer mecanismos internos —códigos deontológicos, guías basadas en evidencias, recertificación y supervisión continuas— que salvaguarden la integridad del paciente, prevengan el intrusismo y refuercen la confianza pública. Así, la autorregulación no es privilegio corporativo, sino un mandato jurídico y moral que en desarrollo de la función pública de ordenación del ejercicio profesional atribuida a los colegios por la legislación vigente complementa la normativa estatal y garantiza la excelencia profesional en beneficio del interés general.

La logopedia carece de una *reserva de actividad o de funciones* minuciosamente delimitada por la ley, al igual que les ocurre a otras profesiones sanitarias de reciente creación como la fisioterapia, la psicología sanitaria, la terapia ocupacional o la nutrición. Esta situación contrasta con la regulación histórica de las profesiones tradicionales, que define con precisión sus actos exclusivos. La ausencia de esa reserva de actividad o de funciones detalladas hace imprescindible un sistema sólido de autorregulación que garantice estándares homogéneos de calidad y seguridad clínica, establezca criterios éticos comunes y clarifique el alcance de las competencias profesionales frente a posibles solapamientos o conflictos de interés, todo ello de conformidad con las determinaciones establecidas en la LOPS y en el marco de las competencias profesionales que se adquieren con la obtención de la titulación.

Autorregular equivale, por tanto, a asumir un compromiso colectivo con la excelencia asistencial: definir buenas prácticas, velar por la actualización científica y ofrecer a la ciudadanía garantías de competencia. Esta responsabilidad enlaza directamente con la fundamentación bioética que sitúa la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia como cimientos del ejercicio profesional.

La autorregulación se materializa en la capacidad de la profesión organizada para establecer, dentro del marco legal, sus propios estándares de práctica, ética, formación y responsabilidad. Los principales instrumentos colegiales para la autorregulación son los códigos deontológicos, resoluciones, posicionamientos, declaraciones, guías de buenas prácticas y protocolos, todos ellos legitimados por la Ley estatal 2/1974, de 13 de febrero, sobre colegios profesionales y por la Ley catalana 7/2006, de 31 de mayo, del ejercicio de profesiones tituladas

y de colegios profesionales en el ámbito de Cataluña; y reforzados por la condición de profesión regulada.

En nuestro ámbito, la autorregulación se fundamenta en:

- Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales: artículos 5 (funciones), 6 (estatutos y reglamentos) y 9 (consejos generales).
- Ley catalana 7/2006, de 31 de mayo, del ejercicio de profesiones tituladas y de colegios profesionales: artículos 39 (funciones públicas), 42 (potestad normativa), 45 (autonomía estatutaria y democracia interna) y 47 (estatutos).
- Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS):
  - Preámbulo: fomenta la autorregulación para evitar fricciones competenciales.
  - Art. 2.2b) y 7.2f): reconocen la logopedia como profesión sanitaria titulada.
  - Art. 9: obligación de buena praxis y responsabilidad.
  - Jurisprudencia del Tribunal Supremo (p. ej. STS 29-01-2016, RC 3242/2014, ECLI:ES:TS:2016:413; STS 15-07-2019, RC 3883/2018 ECLI:ES:TS:2019:2334) que avalan la potestad auto normativa y organizativa de los colegios profesionales siempre que dichas normas no excedan de su ámbito general de aplicación, ordenando en el ámbito de su competencia el ejercicio de la profesión, de conformidad con el marco legal vigente aplicable.

4. Instrumentos de autorregulación profesional

La autorregulación se materializa a través de distintos mecanismos normativos y técnicos que el colegio profesional impulsa y revisa de forma periódica. No todas las profesiones sanitarias utilizan la misma denominación para estos documentos, aunque en todas ellas desempeñan funciones equivalentes.

- Los **códigos deontológicos** constituyen el marco ético vinculante y se aprueban por mayoría cualificada de la Asamblea colegial tras un periodo de consulta pública.
- Las **guías de buenas prácticas** recogen recomendaciones clínicas basadas en evidencia y se elaboran mediante grupos de trabajo participativos con representantes de la academia y del ejercicio profesional; se someten a actualización cada tres a cinco años o cuando la evidencia científica lo aconseja.
- Las **resoluciones colegiales** son acuerdos formales de la Junta de Gobierno que interpretan competencias o fijan criterios técnicos; su borrador se expone previamente para alegaciones y entra en vigor tras su publicación oficial.
- Los **protocolos de actuación, directrices o posicionamientos** describen procedimientos operativos para contextos específicos y se revisan de manera sistemática en ciclos de mejora continua.
- Finalmente, los **posicionamientos técnico-jurídicos** se emiten

para defender el campo profesional frente a solapamientos y se sustentan en informes externos y debate interno.

Además, la *formación continuada* y el *desarrollo profesional continuo* promovidos por los colegios —mediante cursos acreditados, grupos de supervisión y acreditación de competencias— funcionan como instrumento autorregulador positivo, garantizando que los logopedas actualicen conocimientos y mantengan los estándares de calidad exigidos.

5. Fundamentación bioética de la autorregulación

La legitimidad ética de la autorregulación profesional descansa en la aplicación de los cuatro principios bioéticos clásicos:

- Autonomía: Solo el propio colectivo puede articular normas que garanticen el respeto a las decisiones comunicativas y acerca de los tratamientos rehabilitadores de las personas atendidas y al consentimiento informado.
- Beneficencia: Las guías y protocolos colegiales, basados en la mejor evidencia disponible, velan por que las intervenciones de los logopedas persigan el mayor beneficio funcional posible.
- No maleficencia: Los estándares internos de calidad y la formación continuada reducen el riesgo de daño derivado de técnicas obsoletas o inapropiadas.
- Justicia: La definición colegial de competencias y criterios de acceso favorece la equidad en la prestación de servicios y en la asignación de recursos.

Lejos de constituir un privilegio corporativo, la autorregulación se configura como un deber moral inherente al compromiso social de la logopedia, destinado a proteger a las personas usuarias y a garantizar la excelencia asistencial. De manera paralela, la profesión asume un compromiso explícito de transparencia y rendición de cuentas: publicar sus normas, explicar los criterios de decisión clínica y someterse a auditorías externas cuando proceda, reforzando así la confianza pública.

6. Referentes internacionales de autorregulación

En el panorama internacional existen modelos consolidados que ilustran cómo las profesiones sanitarias no facultativas desarrollan mecanismos sólidos de autorregulación.

La logopedia cuenta con referentes de gran madurez regulatoria. En Estados Unidos, la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) mantiene un *Scope of Practice* y un *Code of Ethics* obligatorios para los *speech-language pathologists*; ambos documentos se revisan periódicamente con la participación de la academia y de los profesionales en ejercicio. El Reino Unido, a través del Health and Care Professions Council (HCPC), exige a los *speech and language therapists* cumplir unos *Standards of Proficiency* y demostrar un programa de *Continuing*

Professional Development verificado por auditorías aleatorias. En el ámbito europeo, la European Speech and Language Therapy Association (ESLA) promueve declaraciones de consenso sobre competencias mínimas y desarrollo profesional continuo que sirven de guía para la convergencia normativa entre Estados miembros.

La profesión enfermera proporciona otro ejemplo de autorregulación robusta. El Consejo General de Enfermería de España (CGE) ha aprobado un *Código Deontológico* con valor vinculante para los colegiados y emite resoluciones y guías que abordan desde la indicación de medicamentos hasta las campañas de vacunación. A nivel internacional, el International Council of Nurses (ICN) mantiene un *Code of Ethics* y una plataforma de *Continuing Education* que orientan la práctica y la actualización permanente de la profesión en decenas de países. Estos instrumentos permiten a la enfermería definir sus competencias, estandarizar la calidad asistencial y colaborar eficazmente con las profesiones facultativas.

Los referentes descritos demuestran que una autorregulación firme incrementa la confianza pública y ofrece un marco claro para la cooperación interprofesional. Tomar estos ejemplos como guía puede ayudar a la logopedia española a reforzar su identidad, prevenir solapamientos competenciales y consolidar estándares de calidad homologables a los de su entorno internacional.

7. Reserva de actividad o de funciones y delimitación competencial

La *reserva de actividad o de funciones* consiste en la atribución legal exclusiva de determinados actos profesionales a unas profesiones concretas, con el fin de proteger la seguridad de las personas usuarias y garantizar la calidad asistencial. Solamente el Estado, en ejercicio de sus competencias constitucionales, tiene la facultad de esta delimitación competencial, concediendo la atribución legal para el ejercicio de determinadas actividades. En el entorno sanitario español, las profesiones tradicionales —como medicina, enfermería o farmacia— cuentan con reservas explícitas definidas en leyes sectoriales y desarrolladas por reglamentos históricos que delimitan con precisión sus funciones: diagnosticar enfermedades, realizar determinadas técnicas, prescribir fármacos o dispensar medicamentos, entre otras.

Las profesiones sanitarias emergentes —logopedia, terapia ocupacional, nutrición, psicología— no disponen de un catálogo detallado de actos exclusivos o propios de la profesión. El legislador define su ámbito de intervención de forma amplia a través de la LOPS y de los reales decretos por los cuales se establecen los títulos universitarios, pero deja margen a la interpretación práctica. De hecho, la misma LOPS en su exposición de motivos manifiesta la «*necesidad de resolver, con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión*».

Con todo, esta situación provoca cierta ambigüedad competencial y la posibilidad de solapamientos entre profesiones.

Frente a este escenario, la autorregulación colegial desempeña un papel decisivo. Al precisar estándares de práctica y criterios técnicos, los colegios profesionales contribuyen a perfilar qué actos corresponden al logopeda y a justificar su intervención ante administraciones, aseguradoras y juzgados. Así, la convivencia entre profesiones facultativas y no facultativas se articula mediante la coordinación interprofesional y la interpretación razonada de límites y responsabilidades.

8. El concepto de autonomía de los profesionales no facultativos

En el derecho sanitario español, el término *facultativo* se reserva a los profesionales con capacidad legal para diagnosticar las enfermedades nosológicamente, prescribir y emitir altas clínicas —fundamentalmente médicos, odontólogos, podólogos, farmacéuticos y algunos psicólogos clínicos para funciones concretas.

El hecho de que la logopedia no sea una profesión facultativa no menoscaba la autonomía técnica y responsabilidad del logopeda. Dentro de su ámbito competencial, el logopeda:

- Realiza diagnósticos logopédicos entendidos como procesos evaluativos destinados a identificar funciones alteradas de la comunicación, el lenguaje, el habla, la voz o la deglución y otras funciones no verbales.
- Toma decisiones clínicas propias sobre los objetivos y métodos de intervención, sin necesidad de autorización continua de un facultativo.
- Es responsable legal y ético de los tratamientos habilitadores o rehabilitadores que aplica.

Por tanto, la coexistencia entre facultativos (p. ej., médicos prescriptores) y logopedas se articula así:

- El facultativo puede prescribir o derivar al paciente cuando existe patología médica subyacente.
- El logopeda diseña y ejecuta el plan de intervención logopédico, ajustándolo según la evaluación continua y sus *competencias profesionales*.

Esta relación de complementariedad respeta la reserva de actividad de los facultativos sin limitar la autonomía diagnóstica y terapéutica funcional del logopeda.

En apoyo de esta autonomía, la LOPS reconoce expresamente a cada profesión sanitaria titulada su capacidad de ejercicio independiente dentro de su ámbito competencial (art. 2.2b) y 7.2f) y exige que dicho ejercicio se desarrolle con responsabilidad propia y conforme a la buena praxis (art. 9). Ese mandato se refuerza por la Ley 2/1974, sobre

Colegios Profesionales (art. 5 y 6) y en el ámbito de Cataluña por la Ley 7/2006, de 31 de mayo, de ejercicio de profesiones tituladas y colegios profesionales (art. 39), que atribuye a los colegios la potestad de dictar normas internas para garantizar la competencia y la calidad asistencial, en ejercicio de la función pública de ordenar, dentro del ámbito de su competencia, el ejercicio de la profesión dentro del marco legal vigente.

Como hemos expuesto en el apartado cuarto, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha avalado este marco en numerosas ocasiones, confirmando que los colegios pueden dictar resoluciones vinculantes que ordenen la práctica profesional sin invadir la reserva de actividad de los facultativos. En la misma línea, el TSJ de Cataluña ha recordado que, una vez indicada la intervención por el médico rehabilitador, el logopeda debe ejercer «con plena autonomía técnica y responsabilidad propia» (STSJC 01-02-2012, RC 887/2009, ECLI:ES:TSJCAT:2012:3896).

Estas fuentes confirman que la autonomía diagnóstica y terapéutica funcional del logopeda no es solo un derecho profesional, sino también un deber jurídico orientado a la calidad y la seguridad de la atención.

9. Alcance y límites de la autorregulación

La autorregulación profesional define el marco dentro del cual la logopedia ejerce su autonomía, estableciendo los estándares que orientan la buena práctica y delimitando su ámbito de actuación. La autorregulación permite:

- → Definir estándares de práctica y ética.
- → Interpretar competencias y evitar intrusismo.
- → Ofrecer seguridad jurídica y transparencia.

Sus límites son claros:

- → No puede contradecir leyes ni reglamentos.
- → No puede crear nuevas reservas de actividad sin respaldo legal.
- → Debe respetar los derechos de usuarios y profesionales.

10. Autorregulación como garantía para la ciudadanía

La autorregulación profesional actúa también como una garantía para la ciudadanía, al asegurar que el ejercicio de la logopedia se desarrolla con responsabilidad, competencia y compromiso ético.

- → Protege frente a actuaciones negligentes e intrusismo.
- → Promueve la actualización continua basada en evidencia.
- → Refuerza la confianza social al mostrar que la propia profesión establece y exige altos estándares de calidad y ética.

11. Conclusión

La logopedia, como profesión sanitaria, titulada y regulada en el ámbito europeo y español, dispone del marco jurídico necesario para autorre-

gularse mediante sus órganos colegiales. En ausencia de reservas de actividad detalladas, la autorregulación, en desarrollo de la función pública de ordenación, dentro del ámbito de sus competencias, del ejercicio de la profesión, resulta imprescindible para delimitar competencias, resolver fricciones interprofesionales y garantizar la excelencia asistencial.

Al ejercer esta potestad con rigor jurídico, transparencia y base científica, la profesión fortalece su identidad, protege a las personas usuarias y contribuye a un sistema sanitario eficiente y seguro.

Bibliografía

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco. Título de grado en Logopedia. ANECA. 2024. https://www.aneca.es/libros-blancos-verifica

Calvo Sánchez, L. El derecho y las profesiones. Revista Española de Educación Física y Deportes. 2019 (425): 65-91. https://www.csd.gob.es/es/reefd/revista/numero-425

Comisión Europea. Regulated professions database – Overview & statistics. Publications Office of the European Union. 2023. https://ec.europa.eu/growth/single-market/services/free-movement-professionals/regulated-professions-database

Parlamento Europeo y Consejo. Directiva 2005/36/EC sobre el reconocimiento de las cualificaciones profesionales. Diario Oficial de la Unión Europea. 2005 (L 255): 22-142. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex:32005L0036

Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre colegios profesionales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 37, de 12 de febrero de 1974, p. 2781-2784. https://www.boe.es/eli/es/l/1974/02/13/2/con

Pérez Zafrilla, PJ. Ética y legislación de las profesiones sanitarias (4.a ed.). Editorial Tirant lo Blanch. 2024.

Real decreto 1419/1991, de 30 de agosto, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Logopedia y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 241, de 8 de octubre de 1991, p. 32729-32731. https://www.boe.es/eli/es/rd/1991/08/30/1419