

# Disàrtria

Com citar aquest document:

**Vancouver:** Col·legi de Logopedes de Catalunya. Disàrtria. A: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. Barcelona: CLC; 2026. p. 230-247. Disponible a: <https://www.clc.cat>

**APA:** Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2026). Disàrtria. A *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. (pp. 230-247). Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, març de 2026. Amb les modificacions aprovades a l'Assemblea General Ordinària del 21 de març de 2026.



## Directrius

- 1 El logopeda és el professional sanitari competent per a l'exploració, el diagnòstic i el tractament de trastorns de la parla com la disàrtria, i ha de mantenir una formació especialitzada en neuroanatomia, control motor i tècniques terapèutiques basades en l'evidència per a la rehabilitació i el manteniment de la funció comunicativa.
- 2 El CLC promou la recerca per conèixer la prevalença local de la disàrtria, desenvolupar instruments d'avaluació i intervenció en català i castellà, i crear conjunts bàsics de categories CIF que permetin identificar els efectes de la disàrtria en la participació i la qualitat de vida.
- 3 El CLC defensa un abordatge interdisciplinari i integrador per a la persona amb disàrtria, que inclou el treball coordinat amb metges neuròlegs, rehabilitadors, psicòlegs i altres professionals, així com el suport a la família i la prescripció adequada de sistemes augmentatius i alternatius de comunicació quan sigui necessari. Aconsella evitar tècniques sense evidència científica.

# Què és?

## Definició

La disàrtria és un trastorn de l'execució motora de la parla. Els músculs de la boca, la cara i el sistema respiratori es poden afeblir, moure amb lentitud i incoordinar o no moure en absolut després d'una lesió en el sistema nerviós central o perifèric. El tipus i la gravetat de la disàrtria depenen de la part del sistema nerviós afectada. Quan la impossibilitat de moviment articulari és completa rep la denominació d'anàrtria.

La disàrtria és un terme genèric aplicat a una família de trastorns motors de la parla caracteritzats per la debilitat muscular, incoordinació, lentitud o excés de la velocitat en el moviment de la musculatura de la respiració, i dificultats en la fonació, la ressonància, la prosòdia o l'articulació.

La disàrtria és el defecte de la mecànica o la fisiologia de la parla motora, per tant, interfereix en l'expressió del llenguatge sense que sigui un trastorn propi del llenguatge.

## Signes clínics

La persona amb disàrtria pot presentar qualsevol dels símptomes següents, depenent de la magnitud i ubicació de la lesió en el sistema nerviós: alteracions referents a la respiració, la prosòdia, la fonació, la ressonància i l'articulació, i alteracions concomitants com la disfàgia.

Podem agrupar les característiques perceptives de la parla disàrtrica en funció del sistema afectat, entenent que aquests sistemes actuen sovint de manera connectada.

### Respiració

- Frases curtes.
- Sonoritat reduïda.
- Gestió deficient de l'aire en la fonació.
- Inspiració forçada i sorollosa.

### Fonació

- Nivell d'intensitat alterat (massa fort/massa flux).
- Monotonia.
- Qualitat de la veu alterada (rugositat, bufada, tensió).
- Diplofonia.
- Oscil·lacions de la freqüència.
- Tremolor de la veu.
- Dessonorització al final de la frase.

### Articulació

- Consonants imprecises.
- Vocals distorsionades.

232

Disàrtria

### **Ressonància**

- Hipernasalitat.
- Hiponasalitat (ressonància oral en consonants nasals).

### **Prosòdia**

- Velocitat alterada (massa ràpida, massa lenta o oscil·lant).
- Reducció de l'entonació tant en freqüència com en accentuació.
- Alteració de l'entonació tant en freqüència com en accentuació.
- Silencis prolongats i inadequats.

### **Signes físics**

- Poc control muscular.
- To muscular anormal en repòs.
- Fasciculacions.
- Tremolor.
- Debilitat muscular.
- Moviments involuntaris dels òrgans de l'articulació.
- Reflexos anormals.
- Reducció i incoordinació del moviment.

En funció de les manifestacions clíniques, les disàrtries es classifiquen en diferents tipus: flàccides, espàstiques, atàxiques, hipocinètiques, hipercinètiques o mixtes.

La *International Classification of Functioning, Disability and Health* (en català, CIF) va ser desenvolupada per l'OMS el 2001 amb l'objectiu d'oferir una perspectiva biopsicosocial de la salut. Proporciona un marc per abordar la discapacitat i el funcionament d'una persona en el seu context i en la seva vida quotidiana. La disàrtria implica funcions corporals de la parla, de la veu i del sistema respiratori (b310, b320 i b450) així com funcions neuromusculoesquelètiques relacionades amb el moviment (b740 i b765).

## **Codificació CIM-11**

<b>Codi</b>	<b>Concepte</b>
MA80.2	Disàrtria, sense especificar

Quan la disàrtria és consecutiva a una malaltia cerebrovascular (8B25) cal la codificació següent:

Codi	Concepte
8B25.0	Efectes tardans d'un accident cerebrovascular isquèmic
8B25.1	Efectes tardans d'una hemorràgia intracerebral
8B25.2	Efectes tardans d'una hemorràgia subaracnoïdal
8B25.3	Efectes tardans d'una hemorràgia intracranial no traumàtica NCAL
8B25.4	Efectes tardans d'un accident cerebrovascular sense saber si va ser isquèmic o hemorràgic

## Causes

La disàrtria i l'anàrtria poden ser conseqüència de múltiples i variades alteracions neurològiques del sistema nerviós central o perifèric succeïdes en el moment de néixer o adquirides al llarg de la vida. Les possibles causes que poden conduir a patir disàrtria o anàrtria són: ictus, tumors cerebrals, traumatismes cranioencefàlics, paràlisi cerebral infantil i malalties neurodegeneratives com l'esclerosi lateral amiotròfica, l'esclerosi múltiple, la malaltia de Parkinson o la malaltia de Huntington, entre d'altres.

## Epidemiologia

La falta d'acord dels criteris diagnòstics i el moment de l'avaluació fan que les dades de prevalença de la disàrtria siguin molt variables. A continuació, adjuntem algunes dades epidemiològiques de les alteracions que provoca la disàrtria:

Patologia	Prevalença
Parkinson i parkinsonisme	600,3/100.000 habitants a Espanya
Esclerosi lateral amiotròfica	2,7/100.000 habitants a Catalunya
Esclerosi múltiple	27,2/100.000 habitants a Catalunya
Ictus	840/100.000 habitants >15 anys a Catalunya
Tumors cerebrals	7,4/100.000 habitants a Espanya
Traumatisme cranioencefàlic	51-85/100.000 habitants a Espanya

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per conèixer la prevalença local al nostre país de la disàrtria per diferents causes.

## Impacte en la vida de la persona

La disàrtria té un gran impacte en la comunicació de la persona, però també comporta importants repercussions socials i psicològiques per als pacients i el seu entorn.

En relació amb les activitats i participació, la disàrtria incideix en activitats de comunicació (d3), de la vida domèstica (d6) i de les interaccions i relacions interpersonals generals (d7). Amb el pas del temps pot afectar el treball (d840-d859), la vida econòmica (d860-d879) i el conjunt de la vida comunitària, social i cívica (d9). Al final del document, trobareu detallades les afectacions de la disàrtria en el quadre de la codificació CIF.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per a la creació de conjunts bàsics de categories de la CIF (Core Set) i per a la identificació dels elements en què incideix la disàrtria.

## Gradació de severitat, conseqüències i suports

### **Grau 0: limitació mínima per a la comunicació verbal**

Esforz lleu per articular i mantenir una velocitat eficaç. Ocasionalment, li cal repetir perquè se l'entengui.

### **Grau I: limitació moderada per a la comunicació verbal**

Parla feble, imprecisa i lenta. Intel·ligibilitat difícil en ambient sorollós habitual. Intel·ligibilitat bona en ambient adient.

### **Grau II: limitació severa per a la comunicació verbal**

Parla limitada a paraules aïllades o a frases curtes amb poca intel·ligibilitat.

### **Grau III: limitació greu per a la comunicació verbal**

El pacient emet paraules aïllades o frases curtes (dues o tres paraules) amb un escàs control de la parla i amb poca intel·ligibilitat. Només produeix amb eficàcia expressions ubicades en context.

### **Grau IV: limitació total per a la comunicació verbal**

El pacient no pot comunicar-se en cap situació normal. No aconsegueix emissions sonores. Parla intel·ligible.

235

## Rol del logopeda

Els logopedes són els professionals competents per a l'exploració, el diagnòstic i la realització dels tractaments preventius, rehabilitadors i de manteniment dels trastorns de la parla. Aquesta atribució es desprèn de l'article 7.2f de la LOPS, que afirma que els logopedes desenvolupen les activitats de prevenció, avaluació i tractament dels trastorns de la parla, mitjançant tècniques terapèutiques pròpies de la seva disciplina. De la mateixa manera, de l'Ordre CIN/726/2009 que estableix els requisits mínims per a la verificació dels títols que habiliten per a l'exercici de la professió de logopeda, és palès que els logopedes graduats coneixen les bases anatomicofisiològiques de la parla, els seus trastorns i les

tècniques i instruments per al seu diagnòstic logopèdic i les estratègies terapèutiques. Aquesta visió la comparteixen els documents de perfil professional, que declaren que la logopèdia té com a finalitat millorar les qualitats alterades de la parla o la instauració d'una parla substitutòria o d'altres sistemes alternatius de comunicació.

Els logopedes han d'assessorar les persones amb disàrtria, les seves famílies i els professionals assistencials sobre aspectes de la comunicació per tal de millorar la qualitat de vida i prevenir tant el deteriorament com les possibles complicacions derivades de la disàrtria.

Els logopedes que diagnostiquen i tracten la disàrtria han de tenir habilitats en el diagnòstic diferencial i la gestió dels trastorns motors de la parla. Han de tenir els coneixements especialitzats següents:

- Neuroanatomia i funcions neuronals relacionades amb la musculatura craniofacial, laríngia i respiratòria i com interactuen durant la producció de la parla.
- La contribució de cada subsistema (articulació, fonació, respiració, ressonància i prosòdia) en la percepció de la parla normal o anormal.
- Els principis de control motor de la parla i aprenentatge motor.
- Tècniques d'avaluació i intervenció adequades basades en l'evitació.

Quan el pacient presenti graus de severitat alts i la seva discapacitat comunicativa sigui rellevant, els logopedes han de conèixer les bases per a la indicació i implementació de sistemes de comunicació augmentativa i alternativa i tenir accés als suports de tecnologia aplicada com la intel·ligència artificial.

Tal com indica el Codi deontològic del CLC, els logopedes han d'exercir la seva professió amb competència; per tant, les professionals que atenen aquesta població han d'estar adequadament formades per fer-ho. Els logopedes que diagnostiquen i tracten la disàrtria han de tenir habilitats en el diagnòstic diferencial de trastorns motors de la parla i trastorns comòrbids del llenguatge, coneixements especialitzats en trastorns de codificació fonològica i en teoria de l'aprenentatge motor i experiència en tècniques d'intervenció adequades, com poden ser la comunicació augmentativa i alternativa i les tecnologies de suport.

## **Orientació interdisciplinària**

La persona que pateix disàrtria ho fa en el context d'una lesió cerebral o malaltia del sistema nerviós que pot provocar diferent simptomatologia motora, cognitiva, etc., i, per tant, ha de ser atesa en la rehabilitació de les diverses manifestacions, per un equip multidisciplinari que atindrà de manera holística les seves necessitats. L'equip de rehabilitació hauria d'incloure metges neuròlegs, logopedes i metges rehabilitadors. Els logopedes s'ocuparan de la rehabilitació de la disàrtria dins d'aquest marc.

Depenent de la patologia de base o en funció de l'evolució de la malaltia que provoqui la disàrtria serà necessària la participació

d'altres professionals com: fisioterapeutes, infermeres, psicòlegs, terapeutes ocupacionals, metges digestòlegs i ORL, treballadors socials i dietistes, cadascun des de la seva perspectiva i amb els procediments que li són propis.

Cal considerar, també, el pacient i la seva família com a part imprescindible d'aquest procés rehabilitador.

## Diagnòstic logopèdic

### Informació mínima necessària del derivador

En el context de l'atenció sanitària, l'usuari serà derivat al servei de logopèdia pel metge especialista. En la derivació caldrà que aporti informació relativa a:

- Resultats de les exploracions neurofisiològiques amb informació sobre: parells cranials implicats en el procés de la parla, integritat del vel del paladar, valoració de la via aèria en relació amb la fonació, amb accés a les fonts primàries (imatges, àudios, gràfiques, etc.).
- Orientació diagnòstica: sobretot cal la identificació de la malaltia de base i la diferenciació entre origen agut, subagut, progressiu o regressiu.
- Temps d'evolució de la clínica.
- Tractaments relacionats realitzats, tant farmacològics, com rehabilitadors i quirúrgics, amb data de realització.
- Proves complementàries relacionades dutes a terme, resultat, interpretació i data de realització.
- Repercussió de la clínica en les activitats de la vida diària del pacient i sobre l'àmbit laboral.

En un context d'hospitalització, es derivarà segons interconsulta hospitalària per fer una primera valoració i intervenció a peu de llit.

### Exploració clínica

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a avaluar els següents elements de la disàrtria.

D'acord amb la CIF, es realitza una avaluació integral per identificar i descriure:

- Deficiències en l'estructura i en les funcions corporals, amb especial referència a les relacionades amb la parla.
- Limitacions en l'activitat i la participació, inclosa la comunicació funcional i les interaccions socials i l'impacte de la parla en la qualitat de vida, tenint en compte l'impacte de les limitacions en els rols socials de l'individu dins de la seva comunitat.
- Factors contextuals (ambientals i personals) que serveixen de

barrera o de facilitadors de l'èxit de la comunicació i la participació en la vida.

### **1 / Avaluació de l'estructura i de les funcions corporals**

Aquesta avaluació completa es fa mitjançant: examen clínic, proves d'intel·ligibilitat de la parla i anàlisi acústica de la veu. Dissortadament, no es disposa de proves validades en les nostres llengües. Per aquest motiu els logopedes han adaptat proves i protocols d'avaluació de la disàrtria però sense processos rigorosos de validació i definició de barems.

Les proves de mesura perceptiva i neurofisiològica de referència són:

- *Robertson Dysarthria Profile.*
- *Frenchay Dysarthria Assesment.*
- *Iowa Oral Performance Instrument (IOP).*

En relació amb la intel·ligibilitat de la parla, podem assenyalar com a proves a tenir en compte:

- *Intelligibility rating scale for motor speech disorders.*
- *Assessment of intelligibility of Dysarthric Speech.*

Finalment, en relació amb l'avaluació acústica de la parla de les persones amb disàrtria recomanem l'ús de l'eina Praat, tot i que constatem la manca de programes d'ús senzill i pràctic en l'àmbit clínic per a la valoració objectiva de la fonació, la ressonància i la prosòdia.

El CLC considera que seria molt recomanable que la comunitat professional disposés d'un protocol d'avaluació i, per aquest motiu, el CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per a la creació d'instruments d'avaluació en català i castellà de la disàrtria.

### **2 / Avaluació de la participació, activitats i qualitat de vida**

L'avaluació de l'impacte de la disàrtria en la vida dels pacients requereix una atenció específica en les entrevistes amb el pacient i el seu entorn. A més, alguns instruments de valoració de la qualitat de vida relacionada amb la comunicació s'han desenvolupat en altres llengües, com 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 / Avaluació del context**

Les entrevistes amb el pacient i el seu entorn han de servir per a la identificació de barreres contextuais i dels facilitadors. S'han d'avaluar els codis CIF que poden suposar factors facilitadors o dificultats, entre els quals trobem les relacions familiars (e310 i e 315), els cuidadors i personal d'ajuda (e340) i l'ús de productes i tecnologia per a la comunicació (e125).

En el moment de publicació d'aquest document no es coneixen proves d'avaluació d'aspectes relacionats amb la participació, les activitats, la qualitat de vida i el paper del context en la malaltia disàrtrica. El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per a la creació d'instruments en català i castellà d'avaluació de les necessitats de la persona i el seu context.

## A qui s'adreça la intervenció?

### Críteris per a la indicació del tractament

En general, són tributaris de logopèdia els pacients que presenten disàrtria susceptible de millora amb tractament logopèdic en la seva simptomatologia o en l'impacte del trastorn en la seva vida quotidiana.

### Críteris per regular el tractament

Es regularà la intensitat del tractament logopèdic davant d'alguna circumstància que impedeixi o interfereixi en l'evolució correcta del procés i en la millora funcional del pacient. Concretament, aquells pacients que presentin:

- Manca de col·laboració, amb rebuig a la teràpia, incompareixença al tractament o no compliment de les pautes indicades. Manca de responsabilitat del pacient en el seu procés assistencial.
- Manca de nivells mínims d'alerta, de consciència, atenció, cognició i col·laboració per participar d'una rehabilitació de la comunicació.
- Pacients que presenten trastorns de conducta o d'addicció que impedeixen l'aprenentatge.
- Manca de suport sociofamiliar adequat quan aquest és imprescindible per al tractament.
- Circumstàncies externes que impedeixin o interfereixin l'evolució correcta del procés i la millora funcional del pacient.

## Com intervenir-hi?

### Objectius

D'acord amb el marc CIF de l'OMS, l'objectiu de la intervenció és ajudar la persona a assolir el màxim nivell de funció independent per a la participació en la vida diària facilitant l'eficiència, l'eficàcia i la naturalitat de la comunicació en el conjunt de la seva qualitat de vida.

La intervenció està dissenyada per a:

- Aprofitar els punts forts i abordar les debilitats relacionades amb les estructures i funcions subjacents que afecten la comunicació entre persones, activitats i entorns.
- Optimitzar la retenció de noves habilitats motrius mitjançant la implementació de principis d'aprenentatge motor.
- Facilitar les activitats i la participació de la persona mitjançant (a) l'ensenyament de noves habilitats i estratègies compensatòries a la persona amb disàrtria i la seva família i (b) incorporant estratègies i eines de comunicació augmentativa, si escau.
- Modificar els factors contextuals que serveixen de barrera i potenciar aquells que faciliten una comunicació i participació reeixides, inclosa l'adaptació de l'habitatge.

## Intervencions preventives

Els logopedes han de ser agents de salut pública i participar activament en la promoció dels hàbits i les activitats que fomentin la prevenció de les malalties que causen la disàrtria. El seu testimoni pot servir per a la conscienciació de ciutadans i professionals envers la salut vascular i l'accidentalitat. Els professionals de l'atenció primària han de poder comptar amb el suport dels logopedes en les seves campanyes de salut pública i han de tenir present la figura dels logopedes en les seves derivacions especialitzades.

## Intervencions de millora i rehabilitació

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a intervenir seguint els aspectes i tècniques següents.

Podem classificar les intervencions en tres nivells d'atenció segons la CIF:

- 1 Nivell de deficiència: intervencions dirigides específicament a la deficiència en la **funcionalitat**.
- 2 Nivell d'activitat: intervencions per augmentar la **intel·ligibilitat** modificant la parla existent (per exemple: modificar la velocitat de la parla) o l'ús de dispositius de comunicació augmentatius o alternatius.
- 3 Nivell de participació: intervencions dirigides al suport o l'educació de la persona amb disàrtria que millorin la comunicació (entrenament **conversacional**) així com **participació social**.

El tractament pot ser reparador (és a dir, dirigit a millorar o restaurar la funció deteriorada), compensatori (és a dir, destinat a compensar dèficits no susceptibles de readaptació) o anar dirigit a preservar o mantenir la funció, com quan un individu té una malaltia degenerativa que progressa lentament.

Els enfocaments restauratius se centren a millorar la intel·ligibilitat de la parla, la prosòdia i la naturalitat i l'eficàcia.

Els enfocaments compensatoris se centren a:

- Millorar la comprensibilitat mitjançant l'augment de l'ús del parlant d'estratègies de comunicació, millorar les habilitats i la capacitat dels oients i alterar l'entorn de comunicació.
- Augmentar l'ús efectiu de les opcions de comunicació augmentativa.
- Augmentar l'ús de dispositius de comunicació augmentativa.

Quan la disàrtria es dona en malalties de deteriorament progressiu, cal iniciar la teràpia en fases inicials del deteriorament amb l'objectiu de retardar al màxim la pèrdua de funcionalitat de la parla. La disàrtria progressiva a mesura que ho fa la malaltia, però la intervenció dels logopedes pot ajudar a mantenir la parla més temps i facilitar la comunicació del pacient, millorant-ne la interacció social i la qualitat de vida.

Les persones amb disàrtria poden beneficiar-se d'una pràctica freqüent i intensa coherent amb els principis de l'aprenentatge motor per millorar la retenció de les habilitats de parla.

Cal posar èmfasi en l'empoderament del pacient i la seva família en la rehabilitació amb l'objectiu d'assolir un compromís terapèutic i una adherència correcta a la intervenció per tal d'optimitzar al màxim els resultats obtinguts tenint en compte les particularitats de cada cas.

Cal destacar la importància de donar una informació correcta i clara al pacient de tot el procés de la intervenció: definir en què consisteix, els objectius terapèutics i els possibles resultats obtinguts, així com el protagonisme i el rol de la família. Cal evitar falses expectatives i confusions confirmant que hi ha una correcta comprensió de tots els aspectes anteriors.

A continuació, s'especifiquen algunes de les tècniques o programes terapèutics indicats per al tractament de la disàrtria, organitzats per diferents subsistemes, amb el benentès que algunes activitats centrades en un subsistema poden actuar en d'altres.

### **Respiració**

- Ajustaments posturals.
- Inhalació profunda abans de l'inici de la parla.
- Utilitzar volums òptims de respiració quan es parla.
- Utilitzar tasques d'exhalació controlada per millorar-ne el control durant la parla.
- Ús de tasques de bloqueig per millorar la pressió de l'aire subglòtica i el suport respiratori.

### **Fonació**

- Tractament de la veu de *Lee Silverman* (LSVT®), un programa intensiu que té com a objectiu un alt esforç fonatori per millorar la sonoritat i la intel·ligibilitat. Presenta un nivell 1 d'evidència en nombrosos estudis, sobretot en malaltia de Parkinson.
- *Pitch Limiting Voice Treatment* (PLVT) un programa per augmentar la intensitat vocal sense augmentar-ne la freqüència.
- Tècniques d'esforç de tancament per augmentar les forces adductores dels plec vocals.
- Millora del temps de fonació.

### **Articulació**

- Tècniques de col·locació fonètica per treballar el posicionament de la boca, la llengua, els llavis o la mandíbula durant la parla.
- Sobrearticulació per emfasitzar la col·locació fonètica i augmentar la precisió articulatòria.
- Contrastos mínims per emfasitzar els contrastos fonètics necessaris per diferenciar un fonema d'un altre.
- Simulacres d'intel·ligibilitat en què l'individu llegeix paraules, frases i intenta reparar el contingut no entès per l'oient.
- Modificació del ritme de la parla per facilitar la precisió articulatòria.
- Mètode *Be Clear*: tractament intensiu per a la millora de la intel·ligibilitat de la parla.

### **Prosòdia**

- Millora de l'entonació mitjançant la senyalització de l'accent, la intensitat, el to o la durada.
- Utilitzar tasques de contrast de tensió per millorar la prosòdia i la naturalitat.

### **Ressonància**

- Trobareu més informació al document titulat «Trastorns de la ressonància».

El tipus de tractament, modalitat individual o grupal, s'ha d'adaptar a les característiques individuals del pacient, moment evolutiu dels trastorns de la parla i altres trastorns motors associats que puguin dificultar el desplaçament al centre. Recomanem fer les primeres sessions d'acollida, exploració i empoderament de l'usuari i la família sempre en modalitat individual. En fases més avançades del tractament podem combinar sessions individuals amb grupals. En els tipus combinats els grups han de ser petits, adaptats a l'espai disponible, les instal·lacions i, sobretot, homogenis.

Si ens centrem en el tipus d'intervenció, cal esmentar que la intervenció grupal presenta evidència moderada en la millora de la parla i en el benestar de persones amb disàrtria. Entenent, però, que en els graus III i IV sovint no és viable la possibilitat de treball en grup.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis sobre la intervenció logopèdica en la disàrtria.

## **Intervencions de manteniment de la funció**

En fases d'estabilització i sense expectatives de millora és important pensar en objectius terapèutics de manteniment o dotar d'estratègies comunicatives compensatòries com, per exemple, l'entrenament en l'ús de sistemes alternatius i augmentatius de la comunicació (SAAC).

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis sobre la intervenció de manteniment en la disàrtria.

## Intervencions en l'entorn

Els logopedes no només proporcionen tractament especialitzat, sinó que també formen els membres de la família i altres persones de l'entorn del pacient per fomentar la pràctica de la comunicació, utilitzant estratègies com la comunicació augmentativa i adaptant-se a les necessitats individuals del pacient. En casos de patologia neurodegenerativa o mala evolució de la malaltia, es recomana la utilització de mètodes alternatius de comunicació, com taules alfabètiques o comunicadors orals, i dispositius com els de control ocular. En els últims anys, gràcies a la tecnologia, s'estan perfeccionant els dispositius de control ocular, que permeten al pacient expressar-se fins a fases molt avançades de la malaltia. L'objectiu és aconseguir una comunicació funcional, empoderant tant el pacient com la seva família, amb l'ajuda dels logopedes, per adaptar els sistemes a cada situació específica.

Estratègies de comunicació per als interlocutors de la persona amb disàrtria:

- Mantenir el contacte visual.
- Preparar els interlocutors cridant l'atenció i introduint el tema de conversa abans de parlar.
- Assenyalar i gesticular per ajudar a transmetre el significat.
- Identificar senyals que indiquin que s'ha entès el missatge.

Els logopedes orientaran les modificacions de l'entorn que puguin afavorir la millora de la comprensibilitat com reduir el soroll de fons, garantir que l'entorn tingui una bona il·luminació i millorar la proximitat entre l'orador i el seu interlocutor i assegurar una disposició cara a cara per a les converses.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis sobre la intervenció en l'entorn.

## Intervencions no recomanades

El CLC orienta evitar l'ús de les tècniques de teràpia del mecanisme velofaríngi que es basen en moviments sense parlar. Aquestes tècniques no han estat avalades per les raons següents: a) les mesures impliquen diferents mecanismes subjacents; b) no existeix cap evidència que augmenti la força del paladar tou ni millora el rendiment de la parla; c) la majoria d'aquestes tècniques no proporcionen al pacient informació propioceptiva del gest articulari durant la parla. Concretament, cal evitar:

- Tècniques d'empenta (especialment per a pacients amb disàrtria espàstica).
- Exercicis d'enfortiment com ara bufar i xuclar.
- Tasques que animen el pacient a controlar i modificar el flux de l'aire mitjançant boles, espelmes, paper, bombolles, palletes, etc.

## Equipament

El lloc s'ha d'adaptar en funció del grau d'afectació física, el grau d'afectació de la parla, les característiques de l'entorn (barreres arquitectòniques, accés als recursos, suport...) i el moment evolutiu de la malaltia i de la intervenció.

La intervenció es pot realitzar en context hospitalari, ambulatori o domiciliari, així com en comunitats com ara associacions o centres especialitzats en SAAC (amb els pacients amb perfil de disàrtria neurodegeneratiu avançat o pacient amb mala evolució/grau IV).

Els pacients i usuaris poden beneficiar-se d'un entorn de tractament naturalista que incorpora una varietat de socis de comunicació per facilitar la generalització i el desenvolupament de les habilitats.

Considerem que es necessitaran equipaments més específics en el grau IV en què es pugui necessitar un amplificador de veu o SAAC.

És important valorar l'efecte negatiu que pot tenir l'ús de material amb aspecte infantil en adults amb disàrtria. En aquests casos, és recomanable utilitzar materials neutres, relacionats amb la cultura de l'entorn i de l'individu, per evitar qualsevol forma d'infantilització.

És fonamental que els logopedes apliquin rigoroses mesures d'higiene per garantir la seguretat tant dels pacients com d'ells mateixos. Aquestes mesures inclouen la desinfecció regular del material i superfícies de treball, el rentat de mans abans i després de cada sessió, l'ús d'utilatge d'un sol ús quan sigui possible, i la ventilació adequada dels espais. A més, en casos que ho requereixin, com en situacions de risc de contagis, és important utilitzar mascareta i guants, i seguir els protocols establerts per les autoritats sanitàries. Aquestes pràctiques són essencials per prevenir infeccions i crear un entorn terapèutic segur i de confiança.

## Informació d'alta

### Requisits d'alta

Per valorar l'estat funcional del pacient en el moment de l'alta, es realitza una nova avaluació amb les mateixes proves i escales de la valoració inicial i s'informa del resultat obtingut després del procés d'intervenció.

Es considera que el tractament pot finalitzar quan l'avaluació integral informa que l'estat del pacient ha millorat en el seu grau de severitat o bé quan:

- Les tasques del tractament són de naturalesa repetitiva i ja no suposen canvis en les capacitats o el pacient no requereix un seguiment constant per completar les tasques.
- El pacient ha assolit el nivell més alt de capacitat funcional possible, ja que no s'observen millores.
- La intel·ligibilitat de la parla de l'individu no perjudica la seva

participació en les activitats i no afecta l'estat de salut, la seguretat ni la independència de la persona.

- La producció de la parla de l'individu és equivalent a la d'altres persones de la mateixa edat cronològica, gènere, ètnia o origen cultural i lingüístic.

Cal considerar el benefici de la rehabilitació logopèdica de manteniment en els casos de persona amb disàrtria de causa neurodegenerativa.

## Orientacions per a després de l'alta

En el moment d'alta, per afavorir la socialització recomanem el treball grupal en comunitat o en associacions de persones afectades. Cal adaptar la recomanació a les associacions segons la xarxa social de la persona i el moment evolutiu de la malaltia. S'haurien d'establir grups d'ajuda específica i amb els pacients agrupats segons el grau de gravetat de la malaltia. Els grups de suport heterogenis, en alguns casos, podrien tenir un impacte negatiu en un perfil de malaltia neurodegenerativa, segons el grau d'acceptació del pacient de la mateixa malaltia i els estadis inicials o avançats de la malaltia.

# Codificació CIF

245

Capítol	Codi i descripció
<b>FUNCIONS CORPORALS</b>	
<b>b3</b> Funcions de la veu i la parla	b310 Funcions de la veu b320 Funcions de l'articulació
<b>b4</b> Funcions del sistema respiratori	b450 Funcions respiratòries addicionals
<b>b7</b> Funcions neuromusculoesquelètiques i relacionades amb el moviment	b740 Funcions relacionades amb la resistència muscular b765 Funcions relacionades amb els moviments involuntaris

## ACTIVITATS I PARTICIPACIÓ

<b>d3</b> <b>Comunicació</b>	d330 Parlar
	d335 Producció de missatges no verbals
	d350 Conversa
	d355 Discussió
	d360 Ús de dispositius i tècniques de comunicació
<b>d6</b> <b>Vida domèstica</b>	<b>d650-d669 Cura dels objectes de la llar i ajuda als altres</b>
	d660 Ajudar els altres
<b>d7</b> <b>Interaccions i relacions interpersonals generals</b>	d710 Interaccions interpersonals bàsiques
	d720 Interaccions personals complexes
	<b>d730-d779 Interaccions interpersonals particulars, no especificades</b>
	d730 Relacionar-se amb estranys
	d740 Relacions formals
	d750 Relacions socials informals
	d760 Relacions familiars
d770 Relacions íntimes	
	d779 Relacions interpersonals particulars, altres específiques i no específiques
	d798 Interaccions i relacions interpersonals, altres especificades
<b>d8</b> <b>Àrees principals de la vida</b>	<b>d840-d859 Treball i feina</b>
	d840 Aprenentatge (preparació per al treball)
	d845 Aconseguir, mantenir i finalitzar un treball
	d850 Treball remunerat
	d855 Treball no remunerat
	d859 Treball i feina, especificat i no especificat
	<b>d860-d879 Vida econòmica</b>
	d860 Transaccions econòmiques bàsiques
	d865 Transaccions econòmiques complexes
	d870 Autosuficiència econòmica
d879 Vida econòmica, especificada i no especificada	
	d898 Àrees principals de la vida, altres especificades
	d899 Àrees principals de la vida, no especificades
<b>d9</b> <b>Vida comunitària, social i cívica</b>	d910 Vida comunitària
	d920 Temps lliure i oci
	d930 Religió i espiritualitat

## FACTORS AMBIENTALS

<b>e1</b> <b>Productes i tecnologia</b>	e125	Productes i tecnologia per a la comunicació
<b>e3</b> <b>Suport i relacions</b>	e310	Familiars propers
	e315	Altres familiars
	e340	Cuidadors i personal d'ajuda

# Bibliografia

- 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.
- Chiaromonte R, Chiaromonte 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](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](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>. (Accés: 31 d'agost del 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=BF152D3403E11BB-C5960AA50A78CD9D3D7DF907E>
- Yorkston et al. Evidence-Based Practice. Guidelines for Dysarthria: Management of velopharyngeal function. *J. 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>