

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*. 2.º edición revisada. Barcelona: CLC; 2026. p. 232–251. Disponible en: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2026). Disartria. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. 2.º edición revisada. [pp. 232–251]. Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, marzo de 2026. Con las modificaciones aprobadas en la Asamblea General Ordinaria del 21 de marzo de 2026.

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 articulario 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.
- Ensondecimiento al final de la frase.

Articulación

- Consonantes imprecisas.
- Vocales distorsionadas.

234

Disartria

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, hiperkinéticas 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 neuromusculares 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 neuromusculo-esqueléticas 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

248

Disartria

d8 Àrees principals 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 econòmica
	d860 Transacciones econòmicas básicas
	d865 Transacciones econòmicas complejas
	d870 Autosuficiencia econòmica
	d879 Vida econòmica, especificada y no especificada
	d898 Àreas principales de la vida, otras especificadas
	d899 Àreas 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.
- 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, Willems 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=BF152D3403E11BBC5960AA50A78C-D9D3D7DF907E>
- 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>

