

Disglòssia

Com citar aquest document:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Disglòssia. 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. 248-265. Disponible a: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2026). Disglòssia. A *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. (pp. 248-265). 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.

10

Directrius

- 1 El logopeda és el professional sanitari competent per a la prevenció, diagnòstic i intervenció dels trastorns orgànics dels sons de la parla, amb formació especialitzada en l'avaluació anatomicofisiològica i funcional, i en l'aplicació de tècniques terapèutiques pròpies per a la millora, la rehabilitació i el manteniment de la parla afectada.
- 2 El CLC impulsa la recerca per conèixer la prevalença local dels trastorns orgànics dels sons de la parla, per desenvolupar instruments d'avaluació específics en català i castellà, i per establir intervencions basades en l'evidència científica que millorin la qualitat de vida i la comunicació de les persones afectades.
- 3 El CLC defensa un abordatge interdisciplinari per garantir una atenció integral, que coordini logopedes, pediatres, cirurgians maxil·lofacials, otorrinolaringòlegs, neuròlegs, nutricionistes, odontòlegs, infermers i psicòlegs, i promou la intervenció primerenca, la derivació adequada i l'avaluació periòdica en un marc de seguretat i compliment dels protocols sanitaris.

Què és?

Definició

Les disglòssies són les alteracions de la parla (fonètica i fonologia) secundàries a alteracions morfològiques dels òrgans articuladoris (llengua, paladar, llavis, dents i mandíbula). Tenint en compte les tècniques actuals, després del tractament quirúrgic i rehabilitador s'hauria d'esperar, en gran part dels casos, una remissió total del quadre.

Signes clínics

A causa d'anomalies estructurals que donen lloc a una insuficiència velofaríngia i a desviacions estructurals orals, apareixen errors articuladoris i de ressonància. Aquestes anomalies estructurals són tributàries de cirurgia o pròtesis i és probable que no millorin fins que no se n'abordi la causa estructural.

Cal destacar les consideracions següents:

- Cada malformació o deformitat (fissura labial, palatina, submucosa, fre curt o maloclusions dentàries, entre d'altres) determinarà, en principi, una alteració fonètica més o menys concreta o previsible.
- Quan l'alteració morfològica és rellevant, d'inici pre- o perilocutiu i el tractament és absent o només parcial, la repercussió es pot fer palesa des del punt de vista fonològic, i se suma al trastorn purament fonètic una alteració fonològica de major o menor gravetat.
- En el cas de malformacions greus no tractades o tractades parcialment o quan se sumen altres factors individuals o socials, les alteracions poden arribar a ser apreciables en el desenvolupament del llenguatge (repercussió en l'àmbit sintàctic, semàntic o pragmàtic). En aquest cas, s'ha de considerar el trastorn de parla i el del llenguatge per valorar la discapacitat que comporta.
- L'existència d'una disglòssia no descarta l'existència d'un trastorn específic del llenguatge.
- Les disglòssies sovint s'associen a deficiència auditiva conductiva que podrien interferir en l'avaluació del llenguatge.
- Les disglòssies poden formar part de síndromes plurimalformatives caracteritzades per la possible associació de deficiència intel·lectual o altres dèficits sensorials i motors.

Els errors obligatoris derivats de les malformacions inclouen els següents:

- Hipernasalitat en vocals, consonants líquides i fricatives (en casos greus també es poden nasalitzar consonants orals).
- Errors d'articulació relacionats amb l'estat dental o la maloclusió.
- Emissió d'aire nasal obligatòria per fissura labiopalatina o fístula, que és consistent a través de les consonants de pressió oral (oclusives, fricatives i africades). Aquest patró de flux d'aire a la

cavitat nasal pot persistir postoperatòriament, tot i que hi hagi un tancament velofaringi adequat.

Podem observar també la presència d'errors compensatoris que són, majoritàriament, errors en el lloc d'articulació o la direcció del flux d'aire. Es creu que aquests errors es desenvolupen per diverses raons, inclosa la incapacitat de generar una pressió d'aire intraoral adequada per a la producció de consonants, la presència d'anomalies estructurals anteriors, l'aprenentatge d'audició-perceptiu anormal o altres factors. Els errors compensatoris que es desenvolupen a causa de la incapacitat anatòmica de tancament velofaringi poden persistir, fins i tot, després d'una gestió física reeixida del mecanisme velofaringi.

Els errors compensatoris es poden descriure com aquells que:

- Es produeixen per sota del nivell de l' esfínter velofaringi i eliminen la necessitat de vàlvula de flux d'aire en la cavitat oral o de l' esfínter velofaringi, la qual cosa permet a l'individu utilitzar la faringe o la laringe com a vàlvula d'aire o pressió.
- Es produeixen davant de l' esfínter velofaringi i impliquen una zona de contacte dins de la cavitat oral.
- Mitjançant la utilització de l'obertura de l' esfínter velofaringi com a part de l'articulació per a l'alliberament nasal intencionat del flux d'aire i el tancament simultani bilabial, alveolar o velar.
- Impliquen un flux d'aire cap endins en lloc de cap enfora per eliminar la necessitat de tancament de l' esfínter velofaringi.

251

Codificació CIM-11

| Codi | Concepte |
|--------|--|
| LA42.Z | Fissura palatina |
| LA40.Z | Fissura labial |
| LA4Z | Fissura labiopalatina |
| NA02.Z | Fractura de crani i ossos facials |
| MA80.Z | Trastorns de la parla, sense especificació |

Causes

Els quadres més freqüents són:

Disglòssia labial

- Fissura labial (parcial, subtotal i total).
- Fre labial superior hipertròfic.
- Fissures del llavi inferior.
- Macrostomia (allargament de la fissura bucal).
- Traumatismes i intervencions quirúrgiques.

Disglòssia mandibular:

- Atrèsia mandibular.
- Progènie.
- Disostosi maxil·lofacial.

Disglòssia lingual:

- Anquiloglòssia (fre lingual).
- Traumatismes (glossectomia, fulguració, etc.).
- Malformacions de la llengua.
- Macroglòssia.
- Glossoptosi.

Disglòssia palatina:

- Fissura palatina.
- Fissura submucosa.
- Paladar curt.
- Paladar ogival.
- Vel del paladar llarg.
- Perforacions.
- Absència de pilars.
- Malformacions de l'úvula.
- Traumatismes.

Les afeccions craniofacials són anomalies estructurals congènites causades per un desenvolupament embrionari atípic. Les diferències craniofacials són el resultat de la interrupció del creixement embrionari entre la quarta i la desena setmana de l'embrió o fetus en desenvolupament.

Les fissures es descriuen a partir de les estructures implicades (llavi, alvèol, paladar dur o paladar tou), lateralitat (unilateral esquerra, dreta unilateral o bilateral) i severitat (amplada i extensió de les estructures implicades). Les fissures es poden donar de manera aïllada (només fissura labial o palatina) o en combinació. Poden ser unilaterals o bilaterals, i poden ser completes o incompletes. La fissura submucosa del paladar es produeix quan els músculs del paladar no s'han unit correctament.

Les afeccions craniofacials poden estar associades a un gran nombre de seqüències genètiques, algunes de les quals són poc freqüents. A continuació, en presentem alguns exemples:

- Síndrome de deleció 22q11 (també coneguda com a síndrome velocardiofacial i seqüència DiGeorge).
- Síndrome de Stickler.
- Síndrome de Franceschetti.
- Seqüència de Pierre Robin.
- Síndrome de Van der Woude.
- Síndrome de Treacher-Collins.
- Microsomia craniofacial (espectre de trastorns, inclosa la síndrome de Goldenhar).

- Síndrome d'abstinència neonatal, que inclou el trastorn de l'espectre alcohòlic fetal.

Tot i que els casos de fissura labial i palatina es diagnostiquen en néixer, és possible diagnosticar-los abans del naixement, durant l'exploració de les vint setmanes de gestació. La fissura de paladar aïllada és més difícil d'identificar, però s'ha de diagnosticar durant les 24 hores posteriors al naixement. No obstant això, alguns casos que es diagnostiquen tard tenen greus implicacions per a l'afecció, l'alimentació, el creixement i el desenvolupament de la parla i el llenguatge, així com l'ansietat parental.

La CIF (per les sigles en anglès d'ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) va ser desenvolupada per l'OMS (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 fissura labial i palatina no només afecten la parla, sinó també el desenvolupament del llenguatge, l'assoliment acadèmic i l'alimentació. La disglòssia implica funcions de parla, veu, producció de notes i succió (b320, b3101, b5100 i b3400).

Epidemiologia

La prevalença de les disglòssies en general no estan ben documentades, ja que se superposen amb altres alteracions o síndromes, però sabem que, segons González i Garcia, la prevalença global és d'aproximadament 0,5-2 % en infants, amb major incidència en casos de fissura palatina (30-50 % presenten alteracions de parla) i anquiloglòssia.

A tot el món, les fissures orals en qualsevol forma (és a dir, fissura labial, fissura labiopalatina i fissura palatina aïllada) es produeixen en aproximadament en 1 de cada 700 naixements vius. Les estimacions internacionals que es limiten a la fissura labial amb fissura o sense del paladar oscil·len entre 7,94 i 9,92 per cada 10.000 naixements vius.

La prevalença de l'anquiloglòssia és d'entre un 0,02 i un 10,7 %.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per conèixer la prevalença local al nostre país dels trastorns orgànics dels sons de la parla.

Impacte en la vida de la persona

Les dificultats de parla associades a la fissura labiopalatina poden persistir fins a l'adolescència i l'edat adulta i poden tenir un impacte en l'autoestima i la facilitat de comunicació en entorns educatius, socials i laborals.

Les dificultats de parla poden persistir per diversos motius, com són:

- La manca d'accés a serveis de logopèdia adequats, fet que dona lloc a patrons de parla compensatoris que poden ser més difícils de canviar.
- Obstacles anatòmics persistents, com ara maloclusió severa o fissura labiopalatina no tractada.

- Expectatives de fracàs.
- Habilitats d'autocontrol poc desenvolupades.
- Falta de motivació.

En relació amb les activitats i la participació, la disglòssia incideix en tasques i demandes generals (d2), activitats de comunicació (d3), d'autocura (d5) 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 capítol, trobareu detallades les afectacions de la disglòssia 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) per identificar els aspectes de la vida quotidiana en què incideixen els trastorns orgànics dels sons de la parla.

Gradació de severitat, conseqüències i suports

Grau 0: limitació mínima per a la comunicació verbal

Cert esforç per articular i mantenir una velocitat eficaç. Ocasionalment ha de repetir per fer-se entendre.

Grau I: limitació moderada per a la comunicació verbal

Parla dèbil, imprecisa i lenta. Intel·ligibilitat difícil en ambient sorollós habitual. Bona intel·ligibilitat en ambient adequat.

Grau II: limitació severa per a la comunicació verbal

Dificultat considerable en ambient sorollós. Cansament ràpid; articulació audible i intel·ligible només durant breus períodes. Intel·ligibilitat limitada amb persones no habituades.

Grau III: limitació greu per a la comunicació verbal

Paraules aïllades o frases curtes a una intensitat molt dèbil. Només produeix amb eficàcia expressions lligades al context.

Grau IV: limitació total per a la comunicació verbal

No poden comunicar-se amb prou eficàcia en cap situació normal.

Rol del logopeda

Els logopedes són els professionals competents per a 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 són professionals rellevants en el si de l'equip interdisciplinari que pren les decisions sobre el maneig, sigui quirúrgic, protètic o logopèdic, amb l'objectiu d'assolir una parla normal. La gestió i intervenció logopèdica s'estén des de la infància fins a l'edat adulta, adaptada a les necessitats de l'individu i compartida segons correspongui amb els pares. La derivació primerenca a la logopèdia especialitzada és fonamental, ja que s'ha demostrat que la intervenció primerenca prevé problemes posteriors de la parla. D'altra banda, els logopedes han de fer avaluacions periòdiques dels resultats de la intervenció per retornar a l'equip de cirurgia tota la informació per a una millor presa de decisions.

Orientació interdisciplinària

Depenent de l'etiologia de la disglòssia poden participar diversos professionals en l'atenció als pacients de les professions següents: pediatria, cirurgia maxil·lofacial, otorrinolaringologia, neurologia, nutricionista, odontologia, infermeria i, si l'impacte en l'autoimatge és molt important, podrà ser d'interès el concurs del psicòleg.

255

Diagnòstic logopèdic

Informació mínima necessària del derivador

En el context de l'atenció hospitalària l'usuari serà derivat al servei de logopèdia per part del pediatre o el cirurgià maxil·lofacial i caldrà que aporti informació relativa a:

- Resultats de l'estudi realitzat amb l'accés a les fonts primàries (imatges, àudios, gràfiques, etc.).
- Orientació diagnòstica amb informació de les estructures i hipòtesis de l'impacte en la funcionalitat.
- Informació sobre el tipus d'amplificació emprada, si és el cas.
- Temps d'evolució de la clínica.
- Tractaments relacionats realitzats, siguin quirúrgics, rehabilitadors o farmacològics, amb data de realització.
- Proves complementàries relacionades realitzades, resultat, interpretació i data de realització.
- Repercussió de la clínica en les activitats de la vida diària del pacient i sobre l'àmbit laboral, si és el cas.

Exploració clínica

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a avaluar els següents elements dels trastorns orgànics dels sons de la parla.

D'acord amb la CIF, es duu a terme 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

Mitjançant l'examen del mecanisme oral s'avaluen les estructures i la funcionalitat dels mecanismes de la parla per identificar si el sistema és adequat per a la producció de la parla.

Algunes de les proves que els logopedes han de fer servir per valorar les estructures orals es pot considerar que envaeixen el cos del pacient. Cal recordar que aquestes proves s'han de realitzar en centres sanitaris que puguin respondre davant de qualsevol eventualitat que suposi un risc per al pacient.

Aquest examen normalment inclou l'avaluació de:

- Oclusió dental i desviacions dentals específiques.
- Estructura de paladar dur i tou (fissures, fístules i úvula bífida).
- Funció (força i rang de moviment) dels llavis, mandíbula, llengua i vel. Per a més informació, consulteu el document «Disfuncions orofacials».

L'avaluació dels errors articulatoris i les alteracions del timbre en diferents contextos: parla espontània, repetició de síl·labes, paraules o frases, vocal sostinguda i sèries automàtiques. S'han de descriure els errors articulatoris definint:

- Tipus d'error (omissió, distorsió o substitució).
- El fonema alterat.
- Les posicions del fonema en les quals es presenten els errors.
- Les desviacions del punt i el mode d'articulació.
- El control dels errors en repetició.
- L'existència o absència d'autocorrecció.
- La influència del ritme conversacional en el control dels errors.

Per a l'avaluació de la producció fonètica no es coneixen proves estandarditzades en llengua catalana o castellana específiques per a les

disglòssies. El CLC entén, però, que les proves habituals que es fan servir en l'avaluació dels trastorns dels sons de la parla poden ser enteses com a proves de referència en les disglòssies.

En català o castellà existeixen les proves següents:

- A-RE-PA «Anàlisis del retard de la parla» i A-RE-HA «Anàlisis del retraso del habla»: es pot aplicar en infants de 3 a 6 anys; inclou una prova de cribratge, un qüestionari per a la realització de les avaluacions complementàries i el perfil fonològic per a l'anàlisi de les habilitats articulatòries.
- *Test d'Avaluació del Desenvolupament Fonològic* de Laura Bosch publicat per l'Institut de Ciències de l'Educació, en castellà *Desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación*. Es pot aplicar a infants de 3 a 7 anys a partir de l'exploració i anàlisi de tots els fonemes, grups consonàntics i vocàlics per a catalano-parlants mitjançant 11 làmines per fer una comparació amb l'edat cronològica.
- *Registro fonológico inducido*, de l'editorial Cepe. Es pot aplicar a infants d'entre 3 i 7 anys i aporta material per a l'avaluació fonològica, en expressió induïda i en repetició.
- *Prueba de Evaluación Fonética - Fonológica (PEFF)*. Es pot aplicar a infants a partir dels 2 anys i mig fins als 6-7 anys, valora la producció i l'ús funcional dels elements segmentals i suprasegmentals de la parla hispana.
- Com a screening existeix la prova PLON-R, *Prueba de Lenguaje Oral Navarra - Revisada*, de l'editorial TEA Ediciones. Es pot aplicar a infants de 3 a 6 anys i es basa en els mateixos principis i fonaments teòrics que el PLON original. Permet la detecció dels alumnes de risc quant a desenvolupament del llenguatge.

En alguns països es proposen mètodes quantitius de valoració de l'alteració fonètica. Es proposa fer servir el percentatge de consonants correctes per determinar la gravetat en un continu de lleu a greu. Per determinar aquest percentatge, cal recollir i transcriure fonèticament una mostra de parla i calcular el percentatge d'emissions consonàntiques correctes sobre el total.

La intel·ligibilitat és un judici perceptiu que es basa en la quantitat de discurs espontani del parlant que l'oient entén. La intel·ligibilitat pot variar al llarg d'un continu que va d'intel·ligible (el missatge s'entén completament) a intel·ligible (el missatge no s'entén). La intel·ligibilitat s'utilitza amb freqüència a l'hora de jutjar la gravetat del problema de parla i es pot utilitzar per determinar la necessitat d'intervenció.

La intel·ligibilitat pot variar en funció de diversos factors, com són:

- El nombre, el tipus i la freqüència dels errors de la parla.
- La velocitat, la inflexió, els patrons d'accent, les pauses, la qualitat de la veu, la sonoritat i la fluïdesa de l'orador.
- Factors semàntics i sintàctics.

- Complexitat de la pronunciació.
- La familiaritat de l'oient amb el patró de parla de l'orador.
- Entorn de comunicació.
- Senyals de comunicació no verbals.

En el moment de publicació d'aquest document, no es disposen de proves estandarditzades en les nostres llengües que siguin emprades normalment en els entorns clínics. En llengua anglesa es disposa d'escalas de valoració basades en judicis perceptius i també s'han proposat diverses mesures quantitatives, com ara el càlcul del percentatge de paraules enteses en el discurs conversacional.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per a la creació d'instruments d'avaluació en català i castellà dels trastorns orgànics dels sons de la parla.

2 / Valoració de la participació, activitats i qualitat de vida

L'avaluació de l'impacte de la disglòssia en la vida dels pacients requereix una atenció específica en les entrevistes amb el pacient i el seu entorn. En el moment de publicació d'aquest document no es coneixen proves d'autoavaluació en relació amb aquests aspectes.

3 / Avaluació del context

Les entrevistes amb el pacient i el seu entorn han de servir per a la identificació de les barreres contextuais i dels facilitadors. Fent servir els codis CIF que poden suposar factors facilitadors o dificultats hi trobem les relacions familiars, amics i coneguts (e310, e320 i e325), els cuidadors, personal d'ajuda i persones en càrrec d'autoritat i subordinat (e330, e335 i e340) i les actituds individuals de la família, amics, coneguts, cuidadors, professionals de la salut i desconeguts (e410, e420, e425, e440, e445 i e450). A més dels serveis, sistemes i polítiques de suport social general, de salut i d'educació i formació (e575, e580 i e585).

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per a la creació d'instruments d'avaluació en català i castellà de les necessitats de la persona i el seu context.

258

Disglòssia

A qui s'adreça la intervenció?

criteris per a la indicació del tractament

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

criteris 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, els 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 si aquest resulta imprescindible per al tractament.
- Circumstàncies externes que impedeixin o interfereixin en l'evolució correcta del procés i la millora funcional del pacient.

Com intervenir-hi?

Objectius

L'objectiu del tractament és aconseguir una millor articulació per permetre una comunicació oral funcional.

El tractament està dissenyat per:

- Capitalitzar les fortaleses i abordar les debilitats relacionades amb les estructures i funcions subjacents que afecten l'articulació.
- Facilitar les activitats i la participació ajudant l'individu a adquirir noves habilitats i estratègies.
- Modificar els factors contextuais per reduir les barreres i potenciar els facilitadors d'una comunicació i participació reeixides, inclosa la identificació i l'ús d'instal·lacions adequades.

Intervencions preventives

El professional de la logopèdia ha de treballar en benefici de la salut dels seus conciutadans. Això implica participar en campanyes de detecció, sensibilització i inclusió de les persones que pateixen o poden patir trastorns de la comunicació. Una de les funcions preventives genèriques se centra en els contextos de relació de les persones amb diferents formes de parlar, idiomes o veus. El logopeda pot influir en la percepció que l'entorn té de la diversitat comunicativa i, d'aquesta manera, fomentar la plena inclusió de les persones afectades.

Intervencions de millora i rehabilitació

La intervenció logopèdica s'ha d'adaptar a les necessitats específiques de cada pacient i al tipus de dificultats que presenta. Les orientacions per al tractament dels trastorns de l'articulació associats a la fissura

del paladar o fissura labiopalatina dependran de si les desviacions de la parla són obligatòries (és a dir, relacionades amb l'anatomia atípica i als defectes estructurals) o apreses.

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a intervenir en els següents elements dels trastorns orgànics dels sons de la parla.

- Les errades articulatòries obligatòries relacionades amb una fissura labiopalatina o altres desviacions estructurals no responen a la logopèdia i probablement requeriran una intervenció quirúrgica o una altra actuació física.
- Els errors d'articulació apresos (p. ex.: errors compensatoris i emissió d'aire nasal) haurien de respondre a la logopèdia.

Els focus de la teràpia inicial per a nens amb articulacions compensatòries poden incloure:

- Sons per als quals el nen és estimulat (és a dir: pot articular-se, donat un model).
- Consonants nasals i de baixa pressió, si es produeixen o es coprodueixen amb parades glotals.
- Consonants d'alta pressió que no es troben a l'inventari, són adequades a l'edat o tenen un alt impacte en la intel·ligibilitat/comprensió.
- Consonants anteriors que són visibles (p. ex.: p, b, z, d i f), atès que els nens sovint compensen amb la col·locació posterior.

Les estratègies i tècniques utilitzades en la teràpia són:

- Utilitzar tècniques de col·locació fonètica, normalment començant per bilabials i després passant a alveolars.
- Introduir xiuxiueig suau o utilitzar el so /sh/ sostingut per trencar el patró glotal i ensenyar un flux d'aire oral fàcil amb glotis oberta.
- Inserir el so /sh/ després de consonants d'aturada oral per inhibir l'ús d'oclusives glotals abans de l'inici vocàlic.
- Ensenyar la discriminació auditiva entre el so correcte i l'error compensatori per facilitar l'autocontrol.
- Proporcionar indicacions visuals, com ara:
 - Utilitzar un diagrama lateral o un model de la boca per orientar la col·locació.
 - Apuntar als llavis/llengua per a la col·locació de sons.
 - Utilitzar senyals visuals de flux d'aire (p.ex.: utilitzar una ploma).
 - Utilitzar miralls per a observar el posicionament articulatori.
- Proporcionar indicacions verbals, com ara instruccions per a una correcta col·locació i forma o corrent d'aire.
- Proporcionar indicacions tàctils, com ara:
 - Sentir la musculatura del coll per ajudar a identificar una col·locació incorrecta per a parades glotals i per a parades faríngees i fricatives.

- Sentir una bufada d'aire alliberada a la mà durant la producció de plosius.
 - Utilitzar el dit per sentir el tancament bilabial i la pressió oral de l'aire sobre els plosius.
 - Utilitzar el taponament o pessic nasal (oclusió nasal) per proporcionar a l'individu la sensació de pressió oral i per evitar els errors de flux d'aire nasal.
- Utilitzar procediments i tècniques logopèdiques habituals, com, per exemple, les parelles mínimes.

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

Intervencions de manteniment de la funció

Entenem que la parla i la conversa quotidiana exerceixen la funció de manteniment dels progressos assolits en el tractament logopèdic. Cal, però, incentivar el pacient i el seu entorn a estar amatents a l'evolució dels símptomes per, si cal, recuperar alguns dels exercicis recomanats pels logopedes i fer-ne una activitat sistemàtica per evitar la pèrdua de l'eficàcia comunicativa.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis sobre la intervenció de manteniment als trastorns orgànics dels sons de la parla.

Intervencions en l'entorn

A més de la intervenció directa en la persona, és important la intervenció en les barreres i els facilitadors ambientals esmentats en l'avaluació.

L'educació i la formació de pares i mares són essencials en la intervenció primerenca. Els logopedes assessoren la família sobre l'impacte esperat de la disglòssia en la parla i els animen a fomentar bones habilitats comunicatives en els seus nadons. S'ha demostrat que els programes d'intervenció primerenca implementats per les famílies faciliten el desenvolupament de la parla i del llenguatge en infants amb fissura palatina.

Els logopedes tenen un paper important en l'assessorament de la família: com participar en el joc vocal amb els seus fills abans de la cirurgia; no reforçar les produccions compensatòries (per exemple: grunyits de laringe i fricatives nasals), i proporcionar una estimulació intensiva del llenguatge.

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

Intervencions no recomanades

En el moment de publicació d'aquest document no es coneixen intervencions no recomanades per la literatura científica.

Equipament

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a tenir els següents elements d'equipament específic a la seva disposició a l'hora d'intervenir

en trastorns de la ressonància: miralls, dispositius de retroalimentació visual (mecànics o digitals) o auditiva i mecanismes de pressió augmentada. Per a més informació, podeu consultar el document «Trastorns de la ressonància» i «Disfuncions orofacials».

Com en totes les accions d'exploració o intervenció logopèdica que envaeixen el cos del pacient, si aquestes poden suposar un risc per a la seva seguretat, han de realitzar-se en un centre sanitari que pugui donar resposta adequada a la situació de risc. Cal recordar que, en aquest context, els logopedes poden fer servir el mirall intraoral o la palpació exclusivament com a maniobra per a la valoració funcional del gest articulari o bé com a estratègia terapèutica.

És fonamental que els logopedes apliquin mesures d'higiene rigoroses 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'utillatge d'un sol ús quan sigui possible, i la ventilació adequada dels espais. A més, en els casos que ho requereixin, com en situacions de risc de contagi, 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.

262

Disglòssia

Informació d'alta

Requisits d'alta

L'estat funcional del pacient en el moment de l'alta es valorarà mitjançant un retest de les escales de la valoració inicial i s'informarà del resultat obtingut després del procés d'intervenció. En el moment de l'alta es donen unes recomanacions a l'usuari i als familiars per tal d'optimitzar la intervenció i empoderar el pacient. En cas que es consideri adient, es recomanarà material per continuar treballant en el domicili.

Orientacions per a després de l'alta

Normalment, les millores assolides en el tractament es mantenen si l'activitat comunicativa es manté. Malgrat això, pot ser convenient que el pacient conegui algunes activitats de manteniment muscular i de control auditiu de la veu per afavorir el manteniment de les competències adquirides en el treball logopèdic.

Codificació CIF

| Capítol | Codi i descripció |
|---|---|
| FUNCIONS CORPORALS | |
| b3 Funcions de la veu i la parla | b310 Funcions de la veu |
| | b3101 Qualitat de veu |
| | b320 Funcions d'articulació |
| | b3400 Producció de notes |
| b5 Funcions dels sistemes cardio-vascular, hematològic, immunològic i respiratori | b5100 Funcions de succió |
| ACTIVITATS I PARTICIPACIÓ | |
| d2 Tasques i demandes generals | d240 Maneig de l'estrès i altres demandes |
| d3 Comunicació | d330 Parlar |
| | d355 Conversar |
| d5 Autocura | d520 Cura de parts del cos |
| | d550 Menjar |
| | d560 Beure |
| d7 Interaccions i relacions interpersonals | d730 Relacionar-se amb estranys |
| | d740 Relacions formals |
| | d750 Relacions socials informals |
| | d760 Relacions familiars |
| | d770 Relacions íntimes |
| d8 Àrees principals de la vida | d810 Educació no reglada |
| | d830 Educació superior |
| | d845 Aconseguir, mantenir i finalitzar un treball |
| | d850 Feina remunerada |
| | d870 Autosuficiència econòmica |
| d9 Vida comunitària, social i cívica | d910 Vida comunitària |
| | d920 Temps lliure i oci |
| | d9204 Aficions |
| | d9205 Socialitzacions |

FACTORS AMBIENTALS

| | | |
|--|------|--|
| e3 Support i relacions | e310 | Familiars propers |
| | e320 | Amics |
| | e325 | Coneguts, companys, col·legues, veïns i membres de la comunitat |
| | e330 | Persones en càrrec d'autoritat |
| | e335 | Persones en càrrec subordinat |
| | e340 | Cuidadors i personal d'ajuda |
| | e345 | Estranys |
| e4 Actituds | e360 | Altres professionals |
| | e410 | Actituds individuals de membres de la família propera |
| | e415 | Actituds individuals d'altres membres de la família |
| | e420 | Actituds individuals d'amics |
| | e425 | Actituds individuals de coneeguts, companys, col·legues, veïns i membres de la comunitat |
| | e430 | Actituds individuals de persones en càrrec d'autoritat |
| | e435 | Actituds individuals de persones en càrrec subordinat |
| | e440 | Actituds individuals de cuidadors i personal de suport |
| | e445 | Actituds individuals de desconeguts |
| | e450 | Actituds individuals de professionals de la salut |
| e5 Serveis, sistemes i polítiques | e575 | Serveis, sistemes i polítiques de suport social general |
| | e580 | Serveis, sistemes i polítiques de salut |
| | e585 | Serveis, sistemes i polítiques d'educació i formació |

Bibliografia

- Aguila Mediavilla EM, Serra Raventós M. Análisis del retraso del habla. Protocolos para el análisis de la fonética y la fonología infantil. Barcelona: Universitat 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, Iniasta 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 on craniofacial anomalies. Bauru, Brazil: Author. 2001.

Zajac DJ, Vallino LD. Evaluation and management of cleft lip and palate: A developmental perspective. Plural Publishing. 2016.