

Disglosia

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Disglosia. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. 2.º edición revisada. Barcelona: CLC; 2026. p. 252–269. Disponible en: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2026). Disglosia. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. 2.º edición revisada. (pp. 252–269). 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.

10

Directrices

- 1 El logopeda es el profesional sanitario competente para prevenir, diagnosticar e intervenir en los trastornos orgánicos de los sonidos del habla, con formación especializada en la evaluación anatomofisiológica y funcional, y en la aplicación de técnicas terapéuticas propias para la mejora, la rehabilitación y el mantenimiento del habla afectada.
- 2 El CLC impulsa la investigación para conocer la prevalencia local de los trastornos orgánicos de los sonidos del habla, desarrollar instrumentos de evaluación específicos en catalán y castellano, así como establecer intervenciones basadas en la evidencia científica que mejoren la calidad de vida y la comunicación de las personas afectadas.
- 3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario para garantizar una atención integral, que coordine a logopedas, pediatras, cirujanos maxilofaciales, otorrinolaringólogos, neurólogos, nutricionistas, odontólogos, enfermeros y psicólogos, y promueve la intervención precoz, la derivación adecuada y la evaluación periódica en un marco de seguridad y cumplimiento de los protocolos sanitarios.

¿Qué es?

Definición

Las disglosias son las alteraciones del habla (fonética y fonología) secundarias a alteraciones morfológicas de los órganos articulatorios (lengua, paladar, labios, dientes y mandíbula). Teniendo en cuenta las técnicas actuales, después del tratamiento quirúrgico y rehabilitador cabría esperar, en gran parte de los casos, una remisión total del cuadro.

Signos clínicos

Debido a anomalías estructurales que dan lugar a una insuficiencia velofaríngea y desviaciones estructurales orales, aparecen errores articulatorios y de resonancia. Estas anomalías estructurales son tributarias de cirugía o prótesis y es probable que no mejoren hasta que no se aborde la causa estructural.

Destacamos las siguientes consideraciones:

- Cada malformación o deformidad (fisura labial, palatina, submucosa, frenillo corto o maloclusiones dentarias, entre otras) determinará, en principio, una alteración fonética más o menos concreta o predecible.
- Cuando la alteración morfológica es relevante, de inicio pre- o perilocutivo y en ausencia de tratamiento o tratamiento solo parcial, la repercusión puede notarse desde el punto de vista fonológico, y se suma al trastorno puramente fonético una alteración fonológica de mayor o menor gravedad.
- En el caso de malformaciones graves no tratadas o tratadas parcialmente o cuando se suman otros factores individuales o sociales, las alteraciones pueden llegar a ser apreciables en el desarrollo del lenguaje (repercusión en el ámbito sintáctico, semántico o pragmático). En este caso, se debe considerar el trastorno del habla y el del lenguaje para valorar la discapacidad que conlleva.
- La existencia de una disglosia no descarta la existencia de un trastorno específico del lenguaje.
- Las disglosias a menudo se asocian a deficiencia auditiva conductiva que podrían interferir en la evaluación del lenguaje.
- Las disglosias pueden formar parte de síndromes plurimalformativos caracterizados por la posible asociación de deficiencia intelectual u otros déficits sensoriales y motores.

Los errores obligatorios derivados de las malformaciones incluyen los siguientes:

- Hipernasalidad en vocales, consonantes líquidas y fricativas (en casos graves también se pueden nasalizar consonantes orales).
- Errores de articulación relacionados con el estado dental o la maloclusión.

- Emisión de aire nasal obligatoria por fisura labiopalatina o fístula, que es consistente a través de las consonantes de presión oral (oclusivas, fricativas y africadas). Este patrón de flujo de aire en la cavidad nasal puede persistir postoperatoriamente, aunque el cierre velofaríngeo ya sea el adecuado.

Podemos observar también la presencia de errores compensatorios que son, mayoritariamente, errores en el punto de articulación o la dirección del flujo de aire. Se cree que estos errores se desarrollan por diversas razones, incluida la incapacidad de generar una presión de aire intraoral adecuada para la producción de consonantes, la presencia de anomalías estructurales anteriores, el aprendizaje auditivo-perceptivo anormal u otros factores. Los errores compensatorios que se desarrollan debido a la incapacidad anatómica de cierre velofaríngeo pueden persistir, incluso, después de una gestión física exitosa del mecanismo velofaríngeo.

Los errores compensatorios se pueden describir como aquellos que:

- Se producen por debajo del nivel del esfínter velofaríngeo y eliminan la necesidad de válvula de flujo de aire en la cavidad oral o del esfínter velofaríngeo, lo que permite al individuo utilizar la faringe o la laringe como válvula de aire o presión.
- Se producen delante del esfínter velofaríngeo e implican una zona de contacto dentro de la cavidad oral.
- Mediante la utilización de la apertura del esfínter velofaríngeo como parte de la articulación para la liberación nasal intencionada del flujo de aire y el cierre simultáneo bilabial, alveolar o velar.
- Implican un flujo de aire hacia adentro en lugar de hacia fuera para eliminar la necesidad de cierre del esfínter velofaríngeo.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
LA42.Z	Fisura palatina
LA40.Z	Fisura labial
LA4Z	Fisura labiopalatina
NA02.Z	Fractura de cráneo y huesos faciales
MA80.Z	Trastornos del habla, sin especificar

Causas

Los cuadros más frecuentes son:

Disglosia labial

- Fisura labial (parcial, subtotal y total).
- Frenillo labial superior hipertrófico.

- Fisuras del labio inferior.
- Macrostomía (alargamiento de la fisura bucal).
- Traumatismos e intervenciones quirúrgicas.

Disglosia mandibular:

- Atresia mandibular.
- Progenie.
- Disostosis maxilofacial.

Disglosia lingual:

- Anquiloglosia (frenillo lingual).
- Traumatismos (glosectomía, fulguración, etc.).
- Malformaciones de la lengua.
- Macroglosia.
- Glosoptosis.

Disglosia palatina:

- Fisura palatina.
- Fisura submucosa.
- Paladar corto.
- Paladar ojival.
- Velo del paladar largo.
- Perforaciones.
- Ausencia de pilares.
- Malformaciones de la úvula.
- Traumatismos.

256

Disglosia

Las afecciones craneofaciales son anomalías estructurales congénitas causadas por un desarrollo embrionario atípico. Las diferencias craneofaciales son el resultado de la interrupción del crecimiento embrionario entre la cuarta y la décima semana del embrión o feto en desarrollo.

Las fisuras se describen a partir de las estructuras implicadas (labio, alvéolo, paladar duro o paladar blando), lateralidad (unilateral izquierda, derecha unilateral o bilateral) y severidad (anchura y extensión de las estructuras implicadas). Las fisuras se pueden presentar de manera aislada (solo fisura labial o palatina) o en combinación. Pueden ser unilaterales o bilaterales, y pueden ser completas o incompletas. La fisura submucosa del paladar se produce cuando los músculos del paladar no se han unido correctamente.

Las afecciones craneofaciales pueden estar asociadas a un gran número de secuencias genéticas, algunas de las cuales son poco frecuentes. A continuación, presentamos algunos ejemplos:

- Síndrome de delección 22q11 (también conocido como síndrome velocardiofacial y secuencia DiGeorge).
- Síndrome de Stickler.
- Síndrome de Franceschetti.
- Secuencia de Pierre Robin.

- Síndrome de Van Der Woude.
- Síndrome de Treacher-Collins.
- Microsomía craneofacial (espectro de trastornos, incluido el síndrome de Goldenhar).
- Síndrome de abstinencia neonatal, que incluye el trastorno del espectro alcohólico fetal.

Aunque los casos de fisura labial y palatina se diagnostican al nacer, es posible diagnosticarlos antes del nacimiento, durante la exploración de las veinte semanas de gestación. La fisura de paladar aislada es más difícil de identificar, pero se debe diagnosticar durante las 24 horas posteriores al nacimiento. Sin embargo, algunos casos que se diagnostican tarde tienen graves implicaciones para la afección, la alimentación, el crecimiento y el desarrollo del habla y el lenguaje, así como la ansiedad parental.

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. La fisura labial y palatina no solo afectan al habla, sino también al desarrollo del lenguaje, al desempeño académico y a la alimentación. La disgllosia implica funciones de habla, voz, producción de notas y succión (b320, b3101, b5100 y b3400).

Epidemiología

La prevalencia de las disgllosias en general no está bien documentada, ya que se superponen con otras alteraciones o síndromes, pero sabemos que, según González y García, la prevalencia global es de aproximadamente 0,5-2 % en niños, con mayor incidencia en casos de fisura palatina (30-50 % presentan alteraciones de habla) y anquiloglosia.

En todo el mundo, las fisuras orales en cualquier forma (es decir, fisura labial, fisura labiopalatina y fisura palatina aislada) se producen en aproximadamente en 1 de cada 700 nacimientos vivos. Las estimaciones internacionales que se limitan a la fisura labial con o sin fisura del paladar oscilan entre 7,94 y 9,92 por cada 10.000 nacimientos vivos.

La prevalencia de la anquiloglosia es de entre un 0,02 y un 10,7 %.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia local en nuestro país de los trastornos orgánicos de los sonidos del habla.

Impacto en la vida de la persona

Las dificultades de habla asociadas a la fisura labiopalatina pueden persistir hasta la adolescencia y la edad adulta y pueden tener un impacto en la autoestima y la facilidad de comunicación en entornos educativos, sociales y laborales.

Las dificultades de habla pueden persistir por varios motivos, como son:

- La falta de acceso a servicios de logopedia adecuados, lo que da lugar a patrones de habla compensatorios que pueden ser más difíciles de cambiar.
- Obstáculos anatómicos persistentes, tales como maloclusión severa o fisura labiopalatina no tratada.
- Expectativas de fracaso.
- Habilidades de autocontrol poco desarrolladas.
- Falta de motivación.

En relación con las actividades y la participación, la disglosia incide en tareas y demandas generales (d2), actividades de comunicación (d3), de autocuidado (d5) y en las interacciones y relaciones interpersonales generales (d7). Con el paso del tiempo, puede afectar al trabajo (d840-d859), la vida económica (d860-d879) y al conjunto de la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, encontrará detalladas las afectaciones de la disglosia en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de conjuntos básicos de categorías de la CIF (Core Set) para identificar los aspectos de la vida cotidiana en los que inciden los trastornos orgánicos de los sonidos del habla.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación para la comunicación verbal

Cierto esfuerzo para articular y mantener una velocidad eficaz. Ocasionalmente debe repetir para hacerse entender.

Grado I: moderada limitación para la comunicación verbal

Habla débil, imprecisa y lenta. Inteligibilidad difícil en ambiente ruidoso habitual. Buena inteligibilidad en ambiente adecuado.

Grado II: severa limitación para la comunicación verbal

Dificultad considerable en ambiente ruidoso. Cansancio rápido; articulación audible e inteligible solo durante breves períodos. Inteligibilidad limitada con personas no habituadas.

Grado III: grave limitación para la comunicación verbal

Palabras aisladas o frases cortas a una intensidad muy débil. Solo produce con eficacia expresiones relacionadas con el contexto.

Grado IV: limitación total para la comunicación verbal

No pueden comunicarse con suficiente eficacia en ninguna situación normal.

Rol del logopeda

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

Los logopedas son profesionales relevantes en el seno del equipo interdisciplinario que toma las decisiones sobre el manejo, ya sea quirúrgico, protésico o logopédico, con el objetivo de lograr un habla normal. La gestión e intervención logopédica se extiende desde la infancia hasta la edad adulta, adaptada a las necesidades del individuo y compartida según corresponda con los padres. La derivación temprana a la logopedia especializada es fundamental, ya que se ha demostrado que la intervención temprana previene problemas posteriores del habla. Por otra parte, los logopedas deben efectuar evaluaciones periódicas de los resultados de la intervención para devolver al equipo de cirugía toda la información para una mejor toma de decisiones.

Orientación interdisciplinar

Dependiendo de la etiología de la disgllosia pueden participar varios profesionales en la atención a los pacientes de las profesiones siguientes: pediatría, cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, neurología, nutricionista, odontología, enfermería y, si el impacto en la autoimagen es muy importante, podrá ser de interés el concurso del psicólogo.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

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

- Resultados del estudio realizado con acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).

- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Información sobre el tipo de amplificación empleada, si procede.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto quirúrgicos como rehabilitadores o farmacológicos, con fecha de realización.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.

Exploración clínica

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

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

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

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

Mediante el examen del mecanismo oral se evalúan las estructuras y la funcionalidad de los mecanismos del habla para identificar si el sistema es adecuado para la producción del habla.

Algunas de las pruebas que los logopedas deben utilizar para valorar las estructuras orales se puede considerar que invaden el cuerpo del paciente. Cabe recordar que estas pruebas siempre deben realizarse en centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente.

Este examen normalmente incluye la evaluación de:

- Oclusión dental y desviaciones dentales específicas.
- Estructura de paladar duro y blando (fisuras, fístulas y úvula bífida).
- Función (fuerza y rango de movimiento) de los labios, mandíbula, lengua y velo. Para más información, consulte el capítulo «Difunciones orofaciales».

La evaluación de los errores articulatorios y las alteraciones del timbre en diferentes contextos: habla espontánea, repetición de sílabas, palabras o frases, vocal sostenida y series automáticas. Se deben describir los errores articulatorios definiendo:

- Tipo de error (omisión, distorsión o sustitución).
- El fonema alterado.
- Las posiciones del fonema en las que se presentan los errores.
- Las desviaciones del punto y el modo de articulación.
- El control de los errores en repetición.
- La existencia o ausencia de autocorrección.
- La influencia del ritmo conversacional en el control de los errores.

Para la evaluación de la producción fonética no se conocen pruebas estandarizadas en lengua catalana o castellana específicas para las disglasias. A pesar de ello, el CLC entiende que las pruebas habituales que se utilizan en la evaluación de los trastornos de los sonidos del habla pueden ser entendidas como pruebas de referencia en las disglasias.

En catalán o castellano existen las siguientes pruebas:

- A-RE-HA «Análisis del retraso del habla» y A-RE-PA «Anàlisis del retard de la parla»: se puede aplicar en niños de 3 a 6 años; incluye una prueba de cribado, un cuestionario para la realización de las evaluaciones complementarias y el perfil fonológico para el análisis de las habilidades articulatorias.
- *Test d'Avaluació del Desenvolupament Fonològic* de Laura Bosch publicado por el Instituto de Ciencias de la Educación, en castellano *Desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación*. Se puede aplicar a niños de 3 a 7 años a partir de la exploración y análisis de todos los fonemas, grupos consonánticos y vocálicos para catalanohablantes mediante 11 láminas para hacer una comparación con la edad cronológica.
- *Registro fonológico inducido*, de la editorial Cepe. Se puede aplicar a niños de entre 3 y 7 años y aporta material para la evaluación fonológica, en expresión inducida y en repetición.
- Prueba de Evaluación Fonética - Fonológica (PEFF). Se puede aplicar a niños a partir de los 2 años y medio hasta los 6-7 años, valora la producción y el uso funcional de los elementos segmentales y suprasegmentales del habla hispana.
- Como *screening* existe la prueba PLON-R, *Prueba de Lenguaje Oral Navarra - Revisada*, de la editorial TEA Ediciones. Se puede aplicar a niños de 3 a 6 años y se basa en los mismos principios y fundamentos teóricos que el PLON original. Permite la detección de los alumnos de riesgo en cuanto a desarrollo del lenguaje.

En algunos países se proponen métodos cuantitativos de valoración de la alteración fonética. Se propone usar el porcentaje de consonantes correctas para determinar la gravedad en un continuo de leve a grave. Para determinar este porcentaje, hay que recoger y transcribir fonéticamente una muestra de habla y calcular el porcentaje de emisiones consonánticas correctas sobre el total.

La inteligibilidad es un juicio perceptivo que se basa en la cantidad de discurso espontáneo del hablante que el oyente entiende. La

inteligibilidad puede variar a lo largo de un continuo que va de inteligible (el mensaje se entiende completamente) a ininteligible (el mensaje no se entiende). La inteligibilidad se utiliza con frecuencia a la hora de juzgar la gravedad del problema de habla y se puede utilizar para determinar la necesidad de intervención.

La inteligibilidad puede variar en función de diversos factores, como son:

- El número, el tipo y la frecuencia de los errores del habla.
- La velocidad, la inflexión, los patrones de acento, las pausas, la calidad de la voz, la sonoridad y la fluidez del orador.
- Factores semánticos y sintácticos.
- Complejidad de la pronunciación.
- La familiaridad del oyente con el patrón de habla del orador.
- Entorno de comunicación.
- Señales de comunicación no verbales.

En el momento de publicación de este documento, no se disponen de pruebas estandarizadas en nuestras lenguas que sean empleadas normalmente en los entornos clínicos. En lengua inglesa se dispone de escalas de valoración basadas en juicios perceptivos y también se han propuesto varias medidas cuantitativas, tales como el cálculo del porcentaje de palabras entendidas en el discurso conversacional.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los trastornos orgánicos de los sonidos del habla.

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

La evaluación del impacto de la disglosia en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de autoevaluación en relación con estos aspectos:

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para la identificación de las barreras contextuales y de los facilitadores. Utilizando los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades encontramos las relaciones familiares, amigos y conocidos (e310, e320 y e325), los cuidadores, personal de ayuda y personas en cargo de autoridad y subordinado (e330, e335 y e340) y las actitudes individuales de la familia, amigos, conocidos, cuidadores, profesionales de la salud y desconocidos (e410, e420, e425, e440, e445 y e450). Además de los servicios, sistemas y políticas de apoyo social general, de salud y de educación y formación (e575, e580 y e585).

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

¿A quién se dirige la intervención?

Crterios para la indicación del tratamiento

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

Crterios 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.

263

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El objetivo del tratamiento es lograr una mejor articulación para permitir una comunicación oral funcional.

El tratamiento está diseñado para:

- Capitalizar las fortalezas y abordar las debilidades relacionadas con las estructuras y funciones subyacentes que afectan a la articulación.
- Facilitar las actividades y la participación del individuo para adquirir nuevas habilidades y estrategias.
- Modificar los factores contextuales para reducir las barreras y potenciar los facilitadores de una comunicación y participación exitosas, incluida la identificación y el uso de instalaciones adecuadas.

Intervenciones preventivas

El profesional de la logopedia debe trabajar en beneficio de la salud de sus conciudadanos. Esto implica participar en campañas de detección, sensibilización e inclusión de las personas que sufren o pueden sufrir trastornos de la comunicación. Una de las funciones preventivas genéricas se centra en los contextos de relación de las personas con diferentes formas de hablar, idiomas o voces. El logopeda puede influir en la percepción que el entorno tiene de la diversidad comunicativa y, de esta manera, fomentar la plena inclusión de las personas afectadas.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

La intervención logopédica debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente y al tipo de dificultades que presenta. Las orientaciones para el tratamiento de los trastornos de la articulación asociados a la fisura del paladar o fisura labiopalatina dependerán de si las desviaciones del habla son obligatorias (es decir, relacionadas con la anatomía atípica y los defectos estructurales) o aprendidas.

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

- Los errores articulatorios obligatorios relacionados con una fisura labiopalatina u otras desviaciones estructurales no responden a la logopedia y probablemente requerirán una intervención quirúrgica u otra actuación física.
- Los errores de articulación aprendidos (por ejemplo: errores compensatorios y emisión de aire nasal) deberían responder a la logopedia.

Los focos de la terapia inicial para niños con articulaciones compensatorias pueden incluir:

- Sonidos para los que el niño es estimulado (es decir: puede articularse, dado un modelo).
- Consonantes nasales y de baja presión, si se producen o se coproducen con paradas glotales.
- Consonantes de alta presión que no se encuentran en el inventario, son adecuadas a la edad o tienen un alto impacto en la inteligibilidad/comprensión.
- Consonantes anteriores que son visibles (por ejemplo: p, b, z, d y f), dado que los niños a menudo compensan con la colocación posterior.

Las estrategias y técnicas utilizadas en la terapia son:

- Utilizar técnicas de colocación fonética, normalmente empezando por bilabiales y luego pasando a alveolares.
- Introducir susurro suave o utilizar el sonido /sh/ sostenido para

- romper el patrón glotal y enseñar un flujo de aire oral fácil con glotis abierta.
- Insertar el sonido /sh/ después de consonantes de parada oral para inhibir el uso de oclusivas glotales antes del inicio vocálico.
 - Enseñar la discriminación auditiva entre el sonido correcto y el error compensatorio para facilitar el autocontrol.
 - Proporcionar indicaciones visuales, tales como:
 - Utilizar un diagrama lateral o un modelo de la boca para orientar la colocación.
 - Apuntar a los labios/lengua para la colocación de sonidos.
 - Utilizar señales visuales de flujo de aire (por ejemplo: utilizar una pluma).
 - Utilizar espejos para observar el posicionamiento articulatorio.
 - Proporcionar indicaciones verbales, como instrucciones para una correcta colocación y forma o corriente de aire.
 - Proporcionar indicaciones táctiles, como:
 - Notar la musculatura del cuello para ayudar a identificar una colocación incorrecta para paradas glotales y para paradas faríngeas y fricativas.
 - Notar un soplo de aire liberado en la mano durante la producción de plosivos.
 - Utilizar el dedo para notar el cierre bilabial y la presión oral del aire sobre los plosivos.
 - Utilizar el taponamiento o pellizco nasal (oclusión nasal) para proporcionar al individuo la sensación de presión oral y para evitar los errores de flujo de aire nasal.
 - Utilizar procedimientos y técnicas logopédicas habituales, como, por ejemplo, las parejas mínimas.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios sobre la intervención logopédica en la disglotia.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Entendemos que el uso del habla y la conversación cotidiana ejercen la función de mantenimiento de los progresos logrados en el tratamiento logopédico. Sin embargo, es necesario animar al paciente y a su entorno a estar atentos a la evolución de los síntomas para recuperar, si fuera necesario, algunos de los ejercicios que los logopedas recomiendan y realizar una actividad sistemática para evitar la pérdida de la eficacia comunicativa.

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

Intervenciones en el entorno

Además de la intervención directa en la persona, es importante la intervención en las barreras y los facilitadores ambientales mencionados en la evaluación.

La educación y la formación de padres y madres son esenciales en la intervención temprana. Los logopedas asesoran a la familia sobre el impacto esperado de la disglosia en el habla y los animan a fomentar buenas habilidades comunicativas en sus bebés. Se ha demostrado que los programas de intervención temprana implementados por las familias facilitan el desarrollo del habla y del lenguaje en niños con fisura palatina.

Los logopedas tienen un papel importante en el asesoramiento de la familia: como participar en el juego vocal con sus hijos antes de la cirugía; no reforzar las producciones compensatorias (por ejemplo: gruñidos de laringe y fricativas nasales), y proporcionar una estimulación intensiva del lenguaje.

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

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica.

Equipamiento

El CLC orienta los profesionales de la práctica clínica a tener los siguientes elementos de equipamiento específico a su disposición a la hora de intervenir en trastornos de la resonancia: espejos, dispositivos de retroalimentación visual (mecánicos o digitales) o auditiva y mecanismos de presión aumentada. Para más información, puede consultar el capítulo «Trastornos de la resonancia» y el capítulo «Disfunciones orofaciales».

Como en todas las acciones de exploración o intervención logopédica que invaden el cuerpo del paciente, si éstas pueden suponer un riesgo para su seguridad, deben realizarse en un centro sanitario que pueda dar respuesta adecuada a la situación de riesgo. Cabe recordar que, en este contexto, los logopedas pueden usar el espejo intraoral o la palpación exclusivamente como maniobra para la valoración funcional del gesto articulatorio o bien como estrategia terapéutica.

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

Información de alta

Requisitos de alta

El estado funcional del paciente en el momento del alta se valorará con una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención. En el momento del alta se dan unas recomendaciones al usuario y a los familiares con el fin de optimizar la intervención y empoderar al paciente. Si se considera adecuado, se recomendará material para continuar trabajando en el domicilio.

Orientaciones para después del alta

Normalmente, las mejoras logradas en el tratamiento se mantienen si la actividad comunicativa se mantiene. A pesar de ello, puede ser conveniente que el paciente conozca algunas actividades de mantenimiento muscular, establecimiento de hábitos orales saludables y adecuados para favorecer el mantenimiento de las competencias adquiridas en el trabajo logopédico.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b3 Funciones de la voz y el habla	b310 Funciones de la voz
	b3101 Calidad de voz
	b320 Funciones de articulación B3400 Producción de notas
b5 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	b5100 Funciones de succión
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d2 Tareas y demandas generales	d240 Manejo del estrés y otras demandas
d3 Comunicación	d330 Hablar
	d355 Conversar

d5 Autocuidado	d520 Cuidado de partes del cuerpo d550 Comer d560 Beber
d7 Interacciones y relaciones interperso- nales	d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas
d8 Áreas princi- pales de la vida	d810 Educación no reglada d830 Educación superior d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo d850 Trabajo remunerado d870 Autosuficiencia económica
d9 Vida comuni- taria, social y cívica	d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio d9204 Aficiones d9205 Socializaciones
FACTORES AMBIENTALES	
e3 Apoyo y relaciones	e310 Familiares cercanos e320 Amigos e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad e330 Personas en cargo de autoridad e335 Personas en cargo subordinado e340 Cuidadores y personal de ayuda e345 Extraños e360 Otros profesionales
e4 Actitudes	e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercanos e415 Actitudes individuales de otros miembros de la familia e420 Actitudes individuales de amigos e425 Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad e430 Actitudes individuales de personas en cargo de autoridad e435 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad E440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de apoyo e445 Actitudes individuales de desconocidos e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud

**e5
Servicios,
sistemas y
políticas**

e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general

e580 Servicios, sistemas y políticas de salud

e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación

Bibliografía

- Aguila Mediavilla EM, Serra Raventós M. Análisis del retraso del habla. Protocolos para el análisis de la fonética y la fonología infantil. Barcelona: Universidad de Barcelona. 2003.
- Aguinaga G, Armentia ML, Fraile A, Olanga 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. Trastornos de la parla d'origen estructural. Panamericana. 2022.
- López MJ, Redón A, Zurita MD, García I, Santamaría M, Iniesta J. Exploración del lenguaje comprensivo y expresivo. Madrid: CEPE. 1996.
- Peterson-Falzone SJ, Trost-Cardamone JE, Karnell MP, Hardin-Jones MA. The clinician's guide to treating cleft palate speech. St. Louis, MO: Mosby. 2016.
- World Health Organization. Global registry and database on craniofacial anomalies: Report of a WHO registry meeting donde craneofacial anomalías. Bauru, Brazil: Author. 2001.
- Zajac DJ, Vallino LD. Evaluation and management of cleft lip and palate: A developmental perspective. Plural Publishing. 2016.