

“Se lo que quiero decir, pero no soy capaz de hacerme entender. No controlo mi cuerpo cuando hablo”. Esto es lo que siente a menudo una persona que sufre una Disartria como resultado de una lesión cerebral.

En esta ocasión, me gustaría hablaros de esta patología desde el punto de vista de lo que vive la persona que lo sufre y lo que comparte en la terapia. Además para ayudar a entender mejor de qué se trata realizaremos una definición lo más sencilla posible y citaremos los tipos de disartrias según la clasificación que más se utiliza en la práctica clínica. A continuación, expondremos cuáles son los aspectos más afectados en cada tipo y daremos ejemplos de cómo trabajar dichos aspectos en terapia.

Como cada día, el paciente se dirige a su terapia para mejorar la inteligibilidad de su habla como objetivo principal. “ Quiero que me entiendan, o que me entiendan mejor o me gustaría mejorar este aspecto concreto para que no se me note lo que me ha pasado y volver a hacer vida normal”. Dependiendo de la gravedad, así se traducen los deseos de cada paciente si su habla es ininteligible, parcialmente inteligible o inteligible aunque con diferencias significativas con respecto al habla sin alteraciones. Pero además de trabajar puramente en ello, la terapia también suele suponer para nuestros pacientes un lugar para poder entablar una comunicación lo más normalizada posible ya que en ocasiones, es el logopeda el que mejor le entiende.

Cuando la capacidad comunicativa de la persona se ve mermada o alterada, hay aspectos indirectos que también se ven afectados como son: las relaciones sociales, la comunicación de los estados de ánimo, la relación con el entorno, la iniciativa en la comunicación, el autoconcepto de uno mismo como emisor, la autoestima... y en ocasiones los pacientes pierden eficacia en la comunicación (no son capaces de expresar lo que quieren decir) y produce alto grado de frustración, lo que puede llevar a comunicarse menos de lo que lo hacían antes o dejar de hacerlo, incluso llevarles al aislamiento comunicativo.

Por todo ello, uno de los objetivos que el logopeda debe tener siempre presente es el fomentar la comunicación en el paciente para conseguir que no se pierda la primera función del lenguaje y mas importante: la comunicación como herramienta para relacionarse con los demás y evitar a toda costa la situación de aislamiento comunicativo.

A menudo se anima al paciente a que exprese sin pensar en “cómo lo está diciendo”, sino que lo diga sin más. Intentamos que en ese tiempo no se sienta corregido o evaluado, sino que pueda tener algo lo más parecido posible a una conversación distendida y que se sienta escuchado y que la otra persona le entiende y están en igualdad de condiciones. Es en estos momentos cuando se observa la necesidad de comunicarse y cómo monopolizan de forma inconsciente los turnos conversacionales por esa necesidad de expresar y de “ desahogarse”. Es llamativo el mensaje que en ocasiones aparece de ellos en relación a su entorno: “A veces siento que no me tienen

en cuenta” “ Que no pueda hablar bien, no implica que no me de cuenta de las cosas”, “No tienen tiempo para poder hablar conmigo y no hablamos mucho”. En ese sentido es de vital importancia trabajar con el entorno del paciente para darles pautas de comunicación y que el paciente deje de sentir esa sensación de exclusión.

Una definición sencilla de la disartria podría ser...

Es una alteración en la programación o en la ejecución de los movimientos que realizan los músculos implicados en los mecanismos necesarios para que se produzca el habla, como resultado de una lesión del sistema nervioso central o periférico.

Los mecanismos necesarios para hablar son la respiración, la fonación, la articulación y la resonancia.

La *clasificación más utilizada de las disartrias* en la práctica clínica es la realizada por la localización de la lesión y el análisis del perfil de características del habla resultante de la misma. La información acerca de la localización se obtiene mediante las pruebas de neuroimagen. Para obtener el perfil de características del habla de cada paciente es necesario recabar información de tipo perceptivo, acústico y fisiológico. Una vez analizada dicha información, se pueden dividir en seis tipos:

1. Disartria flácida.
2. Disartria espástica.
3. Disartria atáxica.
4. Disartria hipocinética.
5. Disartria hiperkinética .
6. Disartria mixta.

| Clasificación | Síndrome neurológico | Sistema afectado | Hallazgos exploratorios | Características clínicas | Funciones alteradas |
|---------------|---|---|---|---|---|
| FLÁCIDA | Parálisis bulbar | Motoneurona inferior | -Reducción de reflejos de estiramiento muscular. -Atrofia muscular con fasciculaciones. -Debilidad muscular.-Hipotonía. | -Hipernasalidad marcada. -Emisión nasal de aire. -Tono monótono. -Inspiración audible. | -Incompetencia fonatoria -la resonancia y prosodiofonatoria. |
| ESPÁSTICA | Síndrome pseudobulbar. | Motoneurona superior. | -Espasticidad. -Debilidad muscular. -Limitación de la velocidad del movimiento. -Signo de Babinski | -Imprecisión de consonantes. -Tono bajo y monótono. -Reducción del énfasis. -Voz ronca. -Emisión forzada. -Disminución del débito. | -Exceso prosódico. -Insuficiencias prosódicas. -Incompetencia articulatoria. |
| ATÁXICA | Síndrome cerebeloso | Cerebelo. | -Movimientos imprecisos. -Lentitud. -Hipotonía. -Temblor intencional. Alteraciones del equilibrio y la marcha. -Nistagmo | -Imprecisión consonántica. -Énfasis excesivo. -Alteración articulatoria irregular. -Distorsión vocales. -Disfonía. -Prolongación de fonemas.-Monotonía del tono. | -Imprecisión articulatoria -Exceso prosódico. -Insuficiencia fonatorioprosódica. |
| HIPOCINÉTICA | Enfermedad de Parkinson | Extrapiramidal. | -Hipocinesia. -Temblor en reposo. -Disminución de movimientos asociados y espontáneos. -Rigidez muscular. -Nistagmo | -Monotonía del tono. -Reducción del énfasis. -Hipofonía. -Imprecisión de consonantes. -Silencios inadecuados. -Fluencia variable. -Voz ronca. -Vocalizaciones rápidas intermitentes. | -Estenosis fonatoria. -Exceso prosódico. -Insuficiencia prosódica. |
| HIPERCINÉTICA | Coreas Atetosis Temblores Distonias | Extrapiramidal | Movimientos anormales involuntarios. | -Imprecisión consonántica. -Distorsión vocales. -Voz ronca. -Alteración articulatoria irregular. -Silencios inapropiados. -Excesiva variación en intensidad. -Prolongación de fonemas. -Emisión con esfuerzo. -Alteración en el énfasis. -Fluencia variable. -Interrupciones de la emisión. | -Articulación distorsionada. -Exceso prosódico. -Insuficiencia prosódica. -Estenosis fonatoria. -Incompetencia resonancia |
| MIXTAS | Parálisis bulbar. Enfermedad de la motoneurona. Esclerosis múltiple | Degeneración de los núcleos motores del troncoencéfalo y tractos cefaloespinales. Desmielinización del SNC | Atrofia muscular, signos de afectación piramidal. Alteración focal de nervio óptico, médula y cerebro. Paresia de labios, lengua y paladar. | -Articulación defectuosa. -Voz ronca. -Hipernasalidad. -Emisión forzada. -Disrupción prosodia. -Alteración en el control de la intensidad. | -Articulación defectuosa -Problemas de resonancia -Falta de prosodia y control de la intensidad. -Disfonía. |

Intervención logopédica en el Ciclo Vital. Tema 3. Disartrias. Tomado de Bagunyá y Sangorrín (2001)

Cómo se ha mencionado anteriormente, dependiendo de la localización de la lesión y de los mecanismos alterados como resultado de dicha lesión, se plantean una serie de objetivos encaminados a mejorar los aspectos alterados. Cada mecanismo consta de una serie de estructuras (musculares y articulares) implicadas en la adecuada ejecución del mismo que pasaremos a exponer a modo de tabla explicativa a continuación:

| MECANISMO | MUSCULATURA y ESTRUCTURAS IMPLICADAS |
|--------------|---|
| RESPIRACIÓN | <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Inspiratorios</u>: diafragma, intercostales externos, serratos, escalenos, pectorales, subclavios y espinales. 2. <u>Espiratorios</u>: intercostales internos, transversos del abdomen, oblicuos, piramidal y el recto mayor del abdomen. |
| FONACIÓN | <ol style="list-style-type: none"> 1. LARINGE Y SUS CARTÍLAGOS: hioides, epiglottis, tiroides, cricoides y aritenoides. 2. Músculos intrínsecos de la laringe: Cricotiroideo, cricoaritenideo posterior, cricoaritenideo lateral, tiroaritenideo (vocal), aritenideo transversos, aritenideo oblicuo. 3. Músculos extrínsecos de la laringe: suprahioideos e infrahioideos . |
| ARTICULACIÓN | Labios, articulación temporo-mandibular y musculatura masticatoria, lengua, paladar y velo del paladar. |
| RESONANCIA | Velo del paladar: periestafilino externo, periestafilino interno, palatoestafilino, glosopalatino. |

A continuación os dejo algunos enlaces muy interesantes que están a vuestra disposición en la web que nos ayudan a entender algunos de los mecanismos implicados en el habla.

Respiración:

Video explicativo del Dr. Alberto Sanagustin sobre la Respiración

<https://www.youtube.com/watch?v=hWCra8-OJEk>

Fonación:

Video explicativo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

<https://www.youtube.com/watch?v=IdDFkxUTJ0>

Articulación:

Video curioso sobre el sistema fonoarticulador en 3D

Para finalizar os pondré algunos ejemplos para trabajar los mecanismos alterados.

A modo general os aconsejo que no tengáis un punto de vista muy rígido a la hora de rehabilitar un aspecto concreto, ya que a menudo lo que le va bien a un paciente no le tiene porque ir bien a otro. A veces debemos tener la mente abierta y pensar que no todo está descubierto en el campo de la rehabilitación y que podemos desarrollar nuestras propias técnicas o ejercicios en función del paciente que tengamos delante. Siempre teniendo muy claro el objetivo que queremos alcanzar.

Para trabajar el aspecto de la Respiración, en primer lugar debemos identificar cuál es el patrón respiratorio del paciente tras la lesión y hacerle consciente de su hábito respiratorio. En este sentido debemos darle feedback tanto a nivel propioceptivo, visual, auditivo... que sea lo más objetivo posible o a ser posible que sea él quien lo note sin nuestra "interferencia". Para ello, nos podremos ayudar de nuestro cuerpo, colocando las manos en diferentes puntos del tórax, espalda, hombros, cuello... para que identifique dónde localiza su respiración (torácica, clavicular, costal superior, costodiafragmática...) También le ayudará a identificar su patrón respiratorio ver su imagen reflejada en un espejo y orientarle hacia dónde tiene que mirar. También podemos colocarle una goma elástica rodeando su cuerpo, a diferentes alturas del tórax y que sienta dónde se estira más la goma cuando inspira.

Una vez identificado el patrón incorrecto, debemos instaurar el patrón correcto que le haga sacar el máximo partido al soplo espiratorio para la emisión de la voz y la articulación del habla. A algunos pacientes le funcionan las explicaciones verbales acerca de cómo debe realizar la respiración de forma adecuada, pero por norma general lo que mejor funciona suele ser sentir en el otro la respiración adecuada para después poder reproducirla en su propio cuerpo, o en algunos casos la combinación de ambas. Para ello, no dudéis en hacer que el paciente perciba con sus manos los movimientos de los músculos implicados en vuestro propio cuerpo para servirle como modelo a la vez que el también mantiene la otra mano en su cuerpo para ir comparando.

Para trabajar el aspecto de la Fonación dependiendo si hay una hiper o hipofunción de las cuerdas vocales, existen muchos ejercicios encaminados a mejorar el cierre glótico o a relajar la musculatura intrínseca o perilaringea. Todos los que encontréis para trabajar las disfonías hiperfuncionales o hipo cinéticas os servirán también para las disartrias en las que se encuentra afectado este parámetro. Para citar algunos:

- Hiperfunción: técnica del bostezo, la técnica LAXVOX <http://www.laxvox.com/>
- Hipofunción: ejercicios de emisión levantando peso, realizar emisiones con cambios en la frecuencia del grave al agudo y viceversa, etc...

En lo referente al aspecto articulatorio existen multitud de ejercicios de praxias orofonatorias, así como listados de sílabas, palabras, frases y textos para poder ejercitar la precisión articulatoria de los diferentes fonemas alterados. Se le pueden presentar al paciente para que los produzca y que vaya incrementando la velocidad sin que se vea comprometida la inteligibilidad.

El aspecto de la resonancia está íntimamente relacionada con la movilidad del velo del paladar. Si existe una incompetencia velopalatina, el paciente no podrá realizar un

adecuado cierre o apertura del esfínter velofaríngeo y ello se verá reflejado en la resonancia de su habla. Para trabajar este aspecto se pueden realizar ejercicios de vocalización de los diferentes sonidos orales y nasales. Disponemos en el mercado de materiales de soplo para trabajar a nivel oral y nasal.

Por último, pero no por ello menos importante, el aspecto Prosódico que se puede ver afectado indirectamente por una afectación en el aspecto fonatorio (afectación del tono de la voz que da como resultado una voz monointensa) o por el aspecto articulatorio (enlentecimiento del habla que da como resultado un descenso de la tasa de habla que puede afectar al ritmo de la misma) o por afectación de la coordinación fonorrespiratoria... Este aspecto no se debe descuidar y para trabajarlo podemos recurrir a la imitación de diferentes melodías con sonidos vocálicos e ir introduciendo paulatinamente todos los sonidos consonánticos, o seguir una serie de patrones rítmicos mediante el tarareo de canciones, poemas, monólogos, etc.

Espero que os haya gustado y os sirva para inspiraros en vuestra práctica clínica o en vuestros ejercicios logopédicos.

Lorena Magallón González

Logopeda