

**MANUAL**  
**DE FORMACIÓN**  
**PARA PERSONAS**  
**CUIDADORAS**

# LOGOPEDIA



**F E D E M A**

Federación de Asociaciones de  
Esclerosis Múltiple de Andalucía

Entidad Declarada de Utilidad Pública



MANUAL DE FORMACIÓN  
PARA PERSONAS CUIDADORAS

# **LOGOPEDIA**





**F E D E M A**

Federación de Asociaciones de  
Esclerosis Múltiple de Andalucía

Entidad Declarada de Utilidad Pública

### **Coordinación**

Reyes Valdés Pacheco

### **Equipo de redacción**

Águeda Alonso Sánchez

Reyes Valdés Pacheco

### **Edita**

FEDEMA

Avda. de Altamira, 29. Blq. 11 – Acc. A.

41020 Sevilla

Teléfono: 954 523 811

Móvil: 617 623 112

[fedemaem@hotmail.com](mailto:fedemaem@hotmail.com)

[www.fedema.es](http://www.fedema.es)

### **Dibujos**

Cristina Sánchez Palacios

Paula Pino Maraver

### **FEDEMA ISNI:**

0000 0004 8398 995X

### **ISBN:**

978-84-092-2887-4

### **Nº Depósito Legal:**

SE 1553-2020



# PRÓLOGO

Continuando con la labor formativa y en la misma línea que siempre ha caracterizado a FEDEMA, publicamos este Manual de Logopedia, para Formación de Personas Cuidadoras.

Nuestro objetivo es seguir aportando, año tras año, información y formación para las personas afectadas de Esclerosis Múltiple y sus cuidadores/as, a través de estas publicaciones elaboradas por profesionales que trabajan día a día con ellos.

En esta ocasión, hemos centrado el tema en los déficits y/o trastornos que pueden aparecer en el habla y que desde la rehabilitación logopédica se abordan, con el fin de mejorar la comunicación de las personas afectadas con su entorno, así como ayudar a los cuidadores y familiares a manejar estas dificultades.

Damos las gracias a los laboratorios MERCK por su colaboración en este proyecto.

Esperamos que sea un material de utilidad para todas aquellas personas que, en algún momento, puedan necesitarlo.

**Águeda Alonso Sánchez**  
Presidenta de FEDEMA

# ÍNDICE

1. ¿QUÉ ES LA LOGOPEDIA?	10
2. ¿QUIÉN ES EL LOGOPEDA?	10
3. ¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL LOGOPEDA?	10
4. ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?	11
5. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA COMUNICACIÓN?	11
6. ¿QUÉ ALTERACIONES O TRASTORNOS SE TRABAJAN EN LOGOPEDIA?	12
7. LOGOPEDIA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE	13
7.1. TRASTORNOS Y ALTERACIONES DE LA COMUNICACIÓN MÁS FRECUENTES EN PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE	14
7.2. ¿CÓMO SE REALIZA LA EVALUACIÓN LOGOPÉDICA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE?	16
7.3. ¿QUÉ INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA LLEVAREMOS A CABO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE?	17

<b>8. LA DISARTRIA</b>	<b>19</b>
<b>8.1. TRATAMIENTO LOGOPÉDICO DE LA DISARTRIA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>	<b>19</b>
8.1.1. TERAPIA RESPIRATORIA	20
8.1.2. TERAPIA FONOARTICULATORIA	24
8.1.3. PROSODIA	53
8.1.4. ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES LINGÜÍSTICAS SUPERIORES	53
<b>8.2. OTROS ASPECTOS QUE INTERFIEREN EN LA EFICACIA DE LA COMUNICACIÓN</b>	<b>53</b>
<b>8.3. ¿CÓMO PUEDE ACTUAR UNA PERSONA CON DISARTRIA PARA FAVORECER LA COMUNICACIÓN EFICAZ?</b>	<b>54</b>
<b>8.4. RECOMENDACIONES GENERALES PARA FAMILIARES Y CUIDADORES</b>	<b>55</b>
<b>9. LA DISFAGIA</b>	<b>57</b>
9.1. INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN LA DISFAGIA	62
<b>10. EL PAPEL DE LOS CUIDADORES Y FAMILIARES ANTE LAS ALTERACIONES LOGOPÉDICAS</b>	<b>87</b>
<b>11. FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>89</b>
<b>ENTIDADES ADHERIDAS A FEDEMA</b>	<b>90</b>

# 1 ¿QUÉ ES LA LOGOPEDIA?

La Logopedia es “la disciplina que engloba el estudio, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la comunicación humana, manifestados a través de patologías y alteraciones en la voz, el habla, el lenguaje (oral, escrito y gestual), la audición y las funciones orofaciales”.

El objetivo principal de la Logopedia es rehabilitar el lenguaje y la comunicación humana cuando estas han sufrido alteraciones o trastornos.

# 2 ¿QUIÉN ES EL LOGOPEDA?

El logopeda es el profesional responsable de la prevención, asesoramiento, evaluación y tratamiento de la comunicación humana y trabaja sobre todos los aspectos de esta que puedan manifestarse como trastornos.

# 3 ¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL LOGOPEDA?

- Informar, asesorar y entrenar a las personas que tienen un papel activo en el cuidado del paciente.
- Detectar tempranamente el problema.
- Examinar los trastornos. Intervenir en los trastornos que presente la persona afectada. Esta intervención debe realizarse lo más temprano posible para que la rehabilitación sea lo más eficaz.
- En caso necesario, proporcionar un sistema alternativo o aumentativo de comunicación adaptado a las necesidades individuales de la persona afectada.

## 4 ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?

La comunicación hace referencia a la interacción social, es decir, a la acción y al resultado de comunicarse. Es una acción social necesaria, ya que, si esta no existiese, nadie sería capaz de conocer a fondo el mundo que nos rodea y mucho menos compartir las experiencias propias de cada ser humano con los demás. La ausencia de comunicación nos conduce al aislamiento.

La comunicación es un proceso complejo e implica diversos aspectos: el mensaje que queremos transmitir, su contenido y cómo lo hacemos, la comprensión de lo que los demás nos quieren transmitir, y la ejecución motora del habla por ambas partes.

La Esclerosis Múltiple puede afectar, en mayor o menor medida, a la comunicación y producir alteraciones de esta.

## 5 ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA COMUNICACIÓN?

La comunicación es esencial en la vida, hace que podamos expresar nuestras emociones y compartir experiencias. La ausencia de comunicación nos lleva al aislamiento.

Casi sin darnos cuenta, nos comunicamos de forma constante en todo lo que hacemos y sin tener necesidad de estar hablando, por ejemplo, podemos ver diarios, revistas, radio, televisión, etc.

## 6

# ¿QUÉ ALTERACIONES O TRASTORNOS SE TRABAJAN EN LOGOPEDIA?

Las áreas de intervención logopédicas son:

1. Alteraciones relacionadas con la comprensión o expresión del lenguaje, tanto en su forma oral como escrita: dificultades en la adquisición y desarrollo de lenguaje, retraso simple del lenguaje, Trastorno Específico del Lenguaje, retraso lector, pérdida auditiva, Trastorno Generalizado del Desarrollo, dislexias, disortografía, afasias, alexias, agrafia, alteraciones del lenguaje secundaria a deterioro cognitivo, enfermedades neurodegenerativas o demencia, etc.

2. Alteraciones del habla: dislalia funcional y orgánica, taquilalia, bradilalia, taquifemia o tartamudez, disartria, anartria o apraxia, Parálisis Cerebral, etc.

3. Alteraciones de la voz: disfonía hipertónica o hipotónica, afonía, nódulos, pólipos, laringectomía, parálisis de cuerda vocal unilateral o bilateral, problemas de coordinación fono-respiratoria, etc.

4. Alteraciones miofuncionales que involucren al correcto funcionamiento de procesos como la respiración, la deglución o la masticación: disfagia, hipo-hipersensibilidad intraoral, deglución atípica, falta de fuerza en músculos deglutorios como la lengua, labios o laringe, ausencia o falta de reflejo deglutorio, ausencia o falta del reflejo tusígeno, falta de ascenso laríngeo, dificultad en la formación del bolo, etc.

Algunas de las alteraciones que trata el logopeda, derivadas de la presencia de dificultades en estos procesos, son entre otros: afasia, alexia, disartria, laringectomías, agrafía, etc.

## 7

# LOGOPEDIA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Los síntomas primarios más frecuentes en la EM son la presencia de debilidad, espasticidad, ataxia, fatiga, trastornos sensitivos, visuales, déficits cognitivos, etc., y trastornos del habla. Por lo tanto, la rehabilitación logopédica es básica para cubrir las necesidades de los pacientes con EM que presentan estos síntomas.

Aunque estos trastornos son adquiridos en la edad adulta, tienen una importante repercusión a todos los niveles. Nuestro sistema de comunicación desempeña un papel fundamental en todos los aspectos de la vida diaria, así cuando los procesos de comunicación se deterioran, los efectos son más importantes y repercuten en la persona afectada a nivel social, económico y personal. Además, si la persona afectada necesita la ayuda de otras personas, la comunicación se adquiere una importancia aún mayor.

Así, el objetivo de la rehabilitación va a ser mejorar la calidad de vida de los afectados por la enfermedad.

Dentro de las dificultades o alteraciones que se producen en las personas afectadas de EM, están:

1. Trastornos del habla.
2. Alteraciones de las funciones lingüísticas superiores.

## 7.1

# TRASTORNOS Y ALTERACIONES DE LA COMUNICACIÓN MÁS FRECUENTES EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

## TRASTORNOS DEL HABLA

Dentro de la EM, el trastorno del habla más frecuente es la DISARTRIA.

Las disartrias son trastornos del habla con alteraciones motrices en la respiración, la fonación, la resonancia y la prosodia como consecuencia de una lesión neurológica que afecta al Sistema Nervioso Central y/o periférico. Esta alteración del habla repercute notablemente en la capacidad que tiene una persona para comunicarse.

Esta alteración motora de origen neurológico se caracteriza por una parálisis o paresia (parálisis ligera o incompleta), lentitud de los movimientos y/o falta de coordinación de los músculos que intervienen en el habla, pudiendo tener todo esto consecuencias en procesos básicos que también requieren de un componente motor como son la respiración, fonación, resonancia, articulación, prosodia (entonación, melodía) y la postura y en la adecuada coordinación de todos estos procesos. Dentro de estos síntomas podemos destacar:

- **Alteraciones en la articulación**, con un habla lenta e imprecisa, con pausas inadecuadas o excesiva prolongación de los sonidos, así como una emisión poco clara de éstos. Son debidos, sobre todo, a la debilidad de los movimientos linguales y también de los movimientos de labiales y de la mandíbula.
- **Disprosodia**, son alteraciones de la prosodia, es decir, de la velocidad (enlentecimiento o velocidad excesiva), variaciones en el tono (muy pocas o excesivas), normalmente son debidas a una disminución en el control respiratorio, de alteraciones articulatorias o de falta de coordinación entre estos componentes.
- **Disfonía**, cambios en el timbre de la voz y el volumen. En el timbre produce una voz que puede ser forzada, ronca o soplada. El volumen puede ser bajo e ir disminuyendo aún más con la fatiga. Esta sintomatología es debida a alteraciones de la respiración y en el sistema laríngeo.

El habla disártrica en las personas con EM suele estar alterada levemente y solo ocasiona problemas en determinadas situaciones como, por ejemplo, en ambientes muy ruidosos. Pero hay casos en los que la afectación es mayor y puede ser difícil entender el habla de la persona que la padece, con lo que puede verse afectada su capacidad de comunicación.

## ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES LINGÜÍSTICAS SUPERIORES

Las alteraciones cognitivas son un síntoma que puede aparecer en las personas afectadas de EM. Las que se dan con más frecuencia, son: la velocidad del procesamiento de la información, la memoria, la atención, las funciones ejecutivas, las funciones lingüísticas superiores y la percepción visioespacial.

Así, las alteraciones cognitivo-comunicativas más frecuentes son:

- **Dificultades para acceder al léxico:** las personas afectadas expresan que les cuesta encontrar la palabra exacta que quieren decir. Esto da lugar a la aparición de pausas de forma más frecuente y/o un uso impreciso del lenguaje, llegando incluso en casos más severos a disminuir la comunicación.
- **Construcción de frases:** suelen emitir frases incompletas o impropias debido a errores en la construcción de estas.
- **Alteraciones en la comprensión:** aunque no es muy frecuentes se puede dar dificultad para entender mensajes complejos. Suelen ser de debido al enlentecimiento en la velocidad del procesamiento de la información y con dificultades en la atención y para recordar el contenido de los mensajes ya sean leídos o escuchados.
- **Dificultad para emitir un discurso:** pueden tener dificultades para transmitir la información más importante y cierta tendencia a repetir las cosas.
- **Razonamiento abstracto:** dificultades para entender conceptos complejos, dobles sentidos, metáforas, etc., que suelen ser debidos a los problemas en el uso del razonamiento abstracto, la capacidad para resolver problemas, la flexibilidad, etc.

## 7.2

# ¿CÓMO SE REALIZA LA EVALUACIÓN LOGOPÉDICA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE?

La evaluación logopédica abarcará los siguientes aspectos:

- **Entrevista personal:**

Recogida de información de la persona afectada sobre los detalles de los problemas de comunicación que presenta, sobre cómo, cuándo y cómo se han presentado.

- **Valoración del habla:**

El logopeda valora la forma de hablar del paciente, la calidad y el mantenimiento de la voz, la precisión de esta, la velocidad, la acentuación, la entonación del habla y la nasalidad de la voz.

Se realiza una exploración de los pares craneales y de la musculatura implicada en el habla (labios, lengua, mejillas y paladar blando). Además, se evalúa el tono muscular, la fuerza, la velocidad y la ejecución de los movimientos al hablar.

Así mismo, se evalúan la calidad de la voz, el volumen y el tono de esta.

Y por último se realiza la exploración del patrón respiratorio, la funcionalidad de los músculos y la coordinación fonorespiratoria.

- **Evaluación de la función cognitiva-comunicativa:**

Se realiza por parte del logopeda y del neuropsicólogo. Como hemos comentado anteriormente las alteraciones cognitivas pueden interferir en la eficacia de la comunicación.

Se valoran aspectos específicos como la expresión verbal, la comprensión auditiva, la lectoescritura y el lenguaje pragmático. Así mismo, se evalúan otros aspectos cognitivos más generales como la memoria, la velocidad del procesamiento de la información, la atención y las funciones ejecutivas.

Tras la evaluación el profesional valora en que grado interfieren las dificultades de comunicación en el día a día de la persona afectada y la necesidad de un tratamiento rehabilitador.

La evaluación se hará de forma continua, ya que los trastornos de la comunicación derivados de patologías neurológicas como la EM, exigen una valoración periódica o tras un nuevo episodio por cambios en los síntomas.

## 7.3

# ¿QUÉ INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA LLEVAREMOS A CABO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE?

La intervención logopédica formará parte de la rehabilitación multidisciplinar e integral ofrecida a la persona afectada de EM en sus diferentes problemáticas, será un componente más de la misma, que intentará cubrir las necesidades centradas en los problemas en la comunicación. Es un trabajo de coordinación con los diferentes profesionales que trabajan con el mismo dentro de la propia rehabilitación.

El logopeda, como en cualquier otro tipo de patologías, trabaja todos los aspectos relacionados con la comunicación y que se ven alterados en estos pacientes: voz, habla, respiración, deglución, etc., es decir, la comunicación en general. Por lo tanto, la rehabilitación logopédica puede ayudar a la persona afectada de EM que presenta este tipo de dificultades.

El objetivo fundamental de la intervención será aumentar la funcionalidad de la expresión oral del/la afectado/a, así como el grado de inteligibilidad de su habla. Así mismo, debemos tener en cuenta que el tratamiento no debe ser rígido ni extremo en esfuerzos que puedan provocar molestias o cansancio y siempre debe estar dirigido a conseguir un lenguaje funcional que le sirva a la persona en cada momento de su vida.

Los pasos básicos de la intervención serán los siguientes:

- **Información básica al paciente y a los familiares y/o cuidadores.** Todos deben de ser conscientes de sus dificultades y comprender como funciona la comunicación y cuáles son las causas de sus alteraciones.
- **Estrategias que faciliten una mejora de la comunicación y los trastornos de esta;** y que reduzcan, en la medida de lo posible, un empeoramiento.
- **Actividades dirigidas a mejorar el control neuromuscular de los órganos implicados:** lengua, labios, musculatura facial, etc. En los casos que los déficits articulatorios sean muy graves, se planteará el uso de algún Sistema Alternativo/Aumentativo de Comunicación para intentar aliviar esta dificultad y mejorar la relación de la persona con su entorno.

Los programas de tratamiento deben ser personalizados y acordes a las características y necesidades de cada persona. Podemos observar dos momentos en el tratamiento logopédico en la EM:

### **1. Tratamiento preventivo:**

A partir del diagnóstico, es la preparación para enfrentar en las mejores condiciones la aparición de los síntomas. Se realizan ejercicios respiratorios y su aplicación a la voz, ejercicios de movilidad cervical, facial y orofaríngea y trabajo de orientación general.

### **2. Tratamiento restaurador - compensatorio:**

A medida que van apareciendo los síntomas se trabajan sobre ellos, intentando evitar, mediante estrategias compensatorias las funciones más dañadas y/o haciendo uso de las menos dañadas, una progresión de las dificultades. Se realizan ejercicios de movilidad y tonicidad cervical y orofaríngea, praxias orolinguofaciales, terapia articulatoria, de voz y de respiración. También se trabajan aspectos como la deglución y otros aspectos de la comunicación y del lenguaje como, por ejemplo, la escritura.

La rehabilitación logopédica debe tener un carácter continuado, siempre teniendo en cuenta, que una persona afectada de EM puede ver interrumpido el tratamiento por la aparición de nuevos brotes o un agravamiento de la enfermedad, pero en la medida de lo posible, éste debe ser continuo.

Así mismo, el éxito de una buena rehabilitación logopédica se basa en coordinar el trabajo que realizamos en las sesiones, con el trabajo que el paciente debe realizar en casa diariamente. Éste es fundamental, ya que el paciente pasa la gran parte del tiempo en su ambiente familiar, recibiendo estimulación y apoyo. Por lo que la rehabilitación logopédica debe ser directa, realizada por el logopeda en las sesiones de trabajo, e indirecta, realizada por la familia, con el asesoramiento y apoyo técnico adecuado, mediante el desarrollo de programas de apoyo a la rehabilitación y programas destinados a realizar una intervención en el ámbito familiar.

Para conseguir una rehabilitación positiva y adecuada no van a ser suficiente las sesiones que el paciente reciba en el centro de la mano de los profesionales, ya que la rehabilitación logopédica va a exigir un trabajo continuo y diario. Así, van a ser imprescindible la motivación y las propias ganas del paciente para realizar el trabajo indicado y por supuesto el apoyo de los familiares y cuidadores, estos se convierten en coterapeutas en todo el proceso de rehabilitación logopédica.

## 8

# LA DISARTRIA

Como ya hemos dicho en apartados anteriores, la DISARTRIA es el trastorno logopédico más frecuente en las personas afectadas de EM.

### 8.1

## TRATAMIENTO LOGOPÉDICO DE LA DISARTRIA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Los aspectos generales que tratar en el tratamiento de este tipo de trastorno son:

- **Terapia respiratoria.**
- **Terapia fonoarticulatoria.**
- **Prosodia.**
- **Disfagia** (se describe en el apartado 9).
- **Alteraciones de las funciones lingüísticas superiores.**

Los objetivos por conseguir en el tratamiento serán a corto plazo, accesibles y fáciles de superar, en función de los aspectos que dificultan en mayor grado la comunicación del paciente con su medio y aquellos que tienen más importancia subjetiva para él.

El objetivo principal es que el sujeto aprenda a controlar su habla de forma voluntaria y consciente, para ello debemos trabajar sobre todo los mecanismos implicados (respiración, postura, tono, fuerza, fonación, articulación, prosodia, masticación y deglución). Aunque las alteraciones que afectan en mayor grado a la inteligibilidad del habla son la articulación y prosodia.

Pautas generales para realizar ejercicios logopédicos:

**1) Debemos evitar la fatiga y el cansancio**, por lo que es preferible, si es necesario, realizar un número inferior de ejercicios que llevarlos todos a cabo en el mismo momento.

**2) Los ejercicios se adaptarán al paciente**, teniendo en cuenta las características propias de cada uno.

**3) Elegir un momento para realizar ejercicios** en el que estemos descansados (por la mañana o a media tarde). No es aconsejable realizarlos inmediatamente después de comer.

**4) Es mejor realizar los ejercicios en un lugar cómodo y tranquilo.**

**5) Repetir el ejercicio varias veces**, siempre que no aparezca fatiga. Cada paciente determinará el número de repeticiones.

A continuación, se van a explicar los diferentes tipos de terapias que se llevan a cabo en la rehabilitación logopédica dentro de la EM y se van a exponer las distintas técnicas y diversos ejercicios para realizar en casa. Antes de poner en práctica los ejercicios hay que tener en cuenta la situación postural del paciente ya que ésta afecta a la producción del habla.

Si bien hay que decir que la rehabilitación logopédica es mucho más amplia y debe ser trabajada en las sesiones de logopedia. Estos ejercicios son solo una pequeña guía para que sirva de orientación y conocimiento de los tratamientos que se llevan a cabo. Los ejercicios que se van a ir exponiendo a continuación en las diferentes terapias son generales, dependiendo del paciente, en las sesiones de logopedia se les irá indicado cuales son los más recomendables.

## **¿QUÉ TIPO DE TERAPIAS LLEVAREMOS A CABO?**

### **8.1.1. TERAPIA RESPIRATORIA**

La respiración nos permite vivir, pero al ser este un proceso instintivo y del que casi no somos conscientes no le prestamos la atención adecuada (cómo respiramos, cómo entra el aire en los pulmones, qué músculos trabajan cuando respiramos, cómo influye en nuestra voz, etc.), además la respiración influye en todos los aspectos de la comunicación.

La terapia respiratoria es fundamental ya que las posibles alteraciones de la voz y del habla dependen principalmente de una adecuada actividad respiratoria.

El objetivo del entrenamiento en respiración es conseguir una adecuada espiración, para ello se realizan actividades verbales y no verbales para controlar e incrementar la duración del soplo respiratorio, con el fin de mejorar

la capacidad para regular los cambios de intensidad de la voz. Al igual que para conseguir también el aumento de la capacidad pulmonar y lograr una adecuada coordinación fonorespiratoria. Si es necesario, se modificará el patrón respiratorio para favorecer el autocontrol y se entrena en coordinación fonorespiratoria.

Se realizarán diferentes tipos de ejercicios respiratorios y de otros aspectos que ayuden a este proceso. También se puede explicar algún tipo de relajación para mejorar el tono en la espasticidad y en la rigidez si es necesario.

Debemos comenzar la terapia respiratoria observando nuestra respiración y esto podemos llevarlo a cabo a través de unos sencillos ejercicios que nos van a permitir conocer nuestra propia respiración:

**1)** Tumbado nos estiramos y desperezamos para observar la respiración, luego descansa y piensa que recorrido ha realizado tú respiración, en que cavidades ha entrado. Con una mano en el pecho y otra sobre el vientre compruébalo de nuevo. Siempre relajado.

**2)** Relajado con ambas manos sobre el vientre, deja que fluya la respiración. Durante la inspiración el cuerpo se eleva (el vientre se llena como un globo) y en la espiración el cuerpo se deja caer (se desinfla el globo).

**3)** Relajado y tumbado boca arriba o sentado en una silla con las piernas separadas y con las manos colocadas sobre el vientre vamos a escuchar la respiración.

**4)** Colocar las manos en diferentes regiones del tronco (axila izquierda-derecha, esternón, costado derecho-izquierdo, etc.) y del vientre para observar la respiración, descansa y repítelo en varias ocasiones.

### **EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN:**

Una vez aprendidos los ejercicios en las sesiones de logopedia debemos practicarlos en casa, algunos ejercicios básicos para realizar son:

**1)** Taponando suavemente con un dedo la ventana correspondiente, inspirar y espirar varias veces por la ventana derecha de la nariz, luego repetirlo por la ventana izquierda.

**2)** Inspirar por una ventana nasal y espirar por la otra; luego a la inversa.

- 3) Tomar el aire por la nariz lentamente.  
Retener.  
Soltar el aire por la nariz lentamente.
- 4) Tomar el aire por la nariz lentamente.  
Retener.  
Soltar el aire por la nariz de forma rápida.
- 5) Repetir los dos ejercicios anteriores, pero en este caso soltando el aire por la boca lentamente y de forma rápida respectivamente.
- 6) Tomar el aire por la nariz.  
Retener.  
Soltar el aire por la boca en 2 tiempos iguales (con una pausa entre ambos).
- 7) Tomar el aire por la nariz.  
Retener.  
Soltar el aire por la boca en 3 tiempos iguales (con una pequeña pausa entre ellos).
- 8) Tomar el aire por la nariz.  
Retener.  
Soltar el aire por la boca en 4 tiempos iguales (con una pequeña pausa entre ellos).
- 9) Tomar el aire por la nariz lentamente.  
Retener.  
Soltar el aire por la boca de forma entrecortada (sin pausa entre ellas).
- 10) Tomar el aire por la nariz lentamente.  
Retener.  
Soltar el aire alternando nariz - boca.
- 11) Tomar el aire por la nariz lentamente.  
Retener el aire contando cuatro segundos.  
Soltar el aire por la nariz lentamente.
- 12) Tomar el aire por la nariz lentamente.  
Retener el aire contando cuatro segundos.  
Soltar el aire por la boca lentamente.
- 13) Repetir los ejercicios anteriores aumentando el tiempo de retención.

## **EJERCICIOS DE SOPLO:**

Algunos de los ejercicios que hemos incluido dentro de los ejercicios respiratorios pueden servir como ejercicios de soplo, otros podrían ser:

- Intentar apagar una vela encendida colocada a diferentes distancias.
- Intentar mover la llama de la vela sin que se apague (mantener el soplo).
- Con un papel delante de la boca, colocado a diferentes distancias, intentar moverlo lo máximo posible.
- Intentar mover una bolita de plástico a diferentes distancias, controlando con el soplo el movimiento.

## **EJERCICIOS PARA BOSTEZAR:**

El bostezo es un movimiento reflejo que produce un equilibrio en la tensión del cuerpo y actúa tanto sobre la inspiración como sobre la espiración. Elimina tensiones físicas y psíquicas y relaja la musculatura vocal. Algunos ejercicios son:

- Formando una “o” con la boca, baja el labio superior y cierra la boca. Al final baja la mandíbula todo lo que puedas para que surja el bostezo. También se puede conseguir emitiendo un suave suspiro de voz durante el momento de la espiración.
- Intentar bostezar con la boca cerrada desperezándote, así se consigue ensanchar la parte posterior de la faringe.

## **8.1.2. TERAPIA FONOARTICULATORIA**

Todo el tratamiento, de forma general, pretende mejorar la producción de sonidos modificando el tiempo de articulación y la frecuencia de la producción dentro de la palabra y de la frase. Se enseña el punto y modo de articulación correctos en la emisión de fonemas, además de contrastes entre los mismos proporcionando información visual, auditiva y gráfica. El paciente debe practicar en casa todo lo aprendido en las sesiones de logopedia.

Además, se completa la terapia fonoarticulatoria con la práctica de ejercicios específicos de los órganos que intervienen en la misma.

El objetivo de la realización de praxias orolingüofaciales es la precisión, velocidad y control voluntario de los movimientos. Se trabaja la fuerza muscular mediante ejercicios que realiza el propio paciente, así como la resistencia activa realizando maniobras específicas con sus dedos, depresores, sellantes labiales, etc. Una vez aprendidos los ejercicios en las sesiones logopédicas el paciente debe practicarlos en casa para reforzar la musculatura de los órganos articulatorios.

### **EJERCITACIÓN DE LOS ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS:**

A continuación, se van a exponer una serie de ejercicios de los distintos órganos que están implicados en la fonoarticulación que el paciente puede realizar en casa, una vez los hayamos practicado en las sesiones y siempre que el logopeda así se lo haya indicado.

#### **MUSCULATURA CÉRVICO FACIAL:**

Los ejercicios deben realizarse en serie de cinco veces cada uno.

- Movimientos de cabeza, con las manos atrás para no elevar los hombros:
  - Sí-No.
  - Oreja – Hombro.
  - Giro completo izquierda-derecha (despacio, para no producir mareos).
- Hombros arriba con las manos en puños + hombros abajo con las manos abiertas.
- Hombros en rotación tanto con uno como con los dos.
- Movimientos de los músculos de la cara a través de expresiones como risa, llanto, alegría, tristeza, miedo, asombro, guiños, elevación de las mejillas.



## **MANDÍBULA:**

- Movimientos rítmicos de ascenso y descenso de la mandíbula, abriendo y cerrando la boca despacio y rápido combinándolos.



- Movimientos de trituración, como si masticáramos.
- Morder alternadamente el labio superior e inferior.



- Movimientos semicirculares de la mandíbula (hacia abajo y a un costado).

- Sostener con los dientes, muelas, elementos de distintos grosores (cañita, lápiz, etc.) suave y fuertemente.



- Masticar caramelos blandos y duros.

## MEJILLAS:

- Inflar las mejillas, las dos a la vez o alternarlas, se va cambiando.



- Meter las mejillas.



- Movimientos de enjuague de la boca.
- Empujar con la lengua las mejillas hacia fuera.



### **VELO DEL PALADAR:**

- Bostezar.
- Toser.
- Hacer gárgaras.
- Carraspear con la boca abierta.
- Inspirar por la nariz y espirar alternadamente por la boca y por la nariz.

### **LABIOS:**

- Labios suaves con la boca cerrada.



- Sonrisa con los labios juntos.



- Sonrisas con los labios separados.



- Proyectar los labios fruncidos.



- Proyectar los labios hacia delante, abriendo y cerrando los labios (boca de conejo).



- Morder el labio superior y el inferior alternativamente.



- Sostener elementos de distinto grosor paralela y perpendicularmente a los labios.



- Sostener elementos entre el labio superior y la base de la nariz.



- Elevar el labio superior hasta intentar tocar la nariz.



- Vibración de labios con soplo fuerte y con fonación (imitar el sonido de una moto).



- Emisión (arcadas dentarias unidas): iu, io



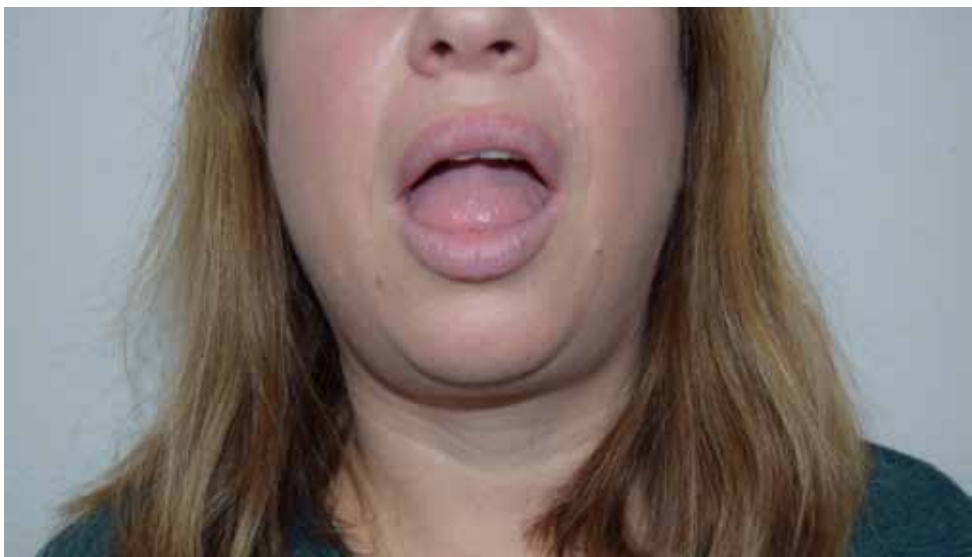
- Emisión (arcadas dentarias unidas): ui, uo.



- Sorber líquidos con pajitas.
- Silbar.

### LENGUA:

- Lengua plana dentro de la boca abierta, mantenerla así.



- Lengua plana entre los dientes, entre los labios y fuera de la boca.



- Lengua plana detrás de los dientes superiores y de los inferiores.



- Lengua ancha por delante de los dientes superiores, tocando las encías. Igual con los dientes inferiores.



- Doblar la lengua ancha hacia arriba y atrás.



- Doblar la lengua ancha hacia abajo y atrás, hasta tocar el frenillo.



- Arquear la lengua en los dientes, arriba y abajo.



- Lamerse los labios.
- Chasquido (adherir bien la lengua ancha contra el paladar).



- Chistido (CHST).
- Vibración de lengua entre los labios.
- Tocar con la lengua las comisuras de los labios, no mover los labios ni la mandíbula.



- Tocar con la lengua el centro del labio superior e inferior.



- Tocar la unión de los incisivos superiores e inferiores centrales.



- Con la boca abierta pasar la punta de la lengua por el borde de los labios en forma circular, en ambos sentidos.



- Con la boca cerrada, pasar la punta de la lengua alrededor de los labios en la pared bucal inferior.



- Colocar la punta de la lengua detrás de los incisivos superiores e inferiores.
- Empujar las mejillas alternadamente (caramelo).



- Ahuecar la lengua. Soplar por el centro de ella.



- Silbar.

- Emitir: AL.....OL.....UL.....EL.....IL.....



**AL**



**OL**



**UL**



**EL**



**IL**

- Colocar la parte anterior de la lengua detrás de los incisivos inferiores, levantar la parte media.



- Emitir: AOU, AOU...ECHE, EYE, ELLE, EÑE.....



**A O U**



## E C H E

- Hacer gárgaras.

- Imitar:

- Golpeteos: toc, toc, ...

- Campanas: talán, talán, ...

- Campanillas: ding, dong, ...

- Gestos de repulsión: aggg...

- Perro: guau, ...

- Lobo: ahuuuuuuu...

- Toro: muuuu...

- Gallo: quiqui...quiquiriqui...

- Moto: rum, rum...

- Policía: uiuiui...

- Niño que ríe: jajaja...

- Reloj: tic, tac, ...

- Tacones: tac, tac, ...

- Revólver: bang, bang, ...

- Gato: miau...

- Oveja: beeee...

- Vaca: maaa...

- Niño que llora: aaaaa...

- Etc.

## ARTICULACIÓN

En las sesiones de logopedia se trabajará la posición correcta de los fonemas, para lograr en la medida de lo posible que la emisión de los sonidos sea lo más clara y entendible.

Una vez aprendidas las posiciones correctas de los fonemas el paciente debe practicar las mismas con ejercicios de repetición, de lectura y sobre todo hablando.



**/l/**



**/p/**



**/n/**

### **8.1.3. PROSODIA**

En el habla disártrica los cambios de tono, ritmo y duración no se ajustan al contexto, así el tratamiento de los aspectos prosódicos consiste en practicar el control del tono y la intensidad de la voz, a la que se enlentece el ritmo del habla, para ello se utilizan ayudas externas (metrónomos, retardo, etc.). También se realizan actividades para adecuar el énfasis de las sílabas y los distintos tipos de entonación mediante ejercicios específicos de “entonación contrastada”.

Estos tipos de ejercicios son más específicos de las sesiones de logopedia junto con el profesional, lo que el paciente debe hacer en casa es poner en práctica todo lo aprendido.

### **8.1.4. ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES LINGÜÍSTICAS SUPERIORES**

Se trabajan aspectos como como la atención, velocidad del procesamiento de la información, capacidad de encontrar las palabras, expresión y comprensión oral compleja, memoria y percepción visual. Estos ejercicios pueden hacerse en papel o digitalmente ya que en la actualidad existen muchas plataformas de rehabilitación cognitiva, siempre que la persona tenga acceso a ellos y siempre bajo la supervisión del profesional.

## **8.2**

### **OTROS ASPECTOS QUE INTERFIEREN EN LA EFICACIA DE LA COMUNICACIÓN**

Hay otros aspectos que interfieren en la comunicación y el habla:

- Otros síntomas de la EM:

- Fatiga: es un síntoma muy frecuente en las personas afectadas de EM. Influye a nivel físico en la realización de tareas y actividades diarias y, por lo tanto, en la producción de palabras y en el mantenimiento del discurso. Así mismo, también influye la fatiga cognitiva afectando al proceso del lenguaje.

- Movilidad: si la persona presenta problemas de movilidad (por ejemplo, está en silla de ruedas) se pueden producir posturas incorrectas que debilitan la respiración y como consecuencia la comunicación.

- Alteraciones cognitivas: cuando hay una falta de conciencia del trastorno el/la afectado/a pueden tener dificultades para poner en marcha el tratamiento.
- Problemas de visión: interfieren a la hora de percibir determinados aspectos de la comunicación no verbal como son los gestos y las expresiones.
- Aspectos psicológicos: si la persona presenta un estado de ánimo depresivo con frecuencia puede sentirse más cansada y apática, sin ganas de hablar. Los síntomas ansiosos también influyen porque pueden originar una tensión extra en la musculatura implicada en el habla y como consecuencia mayores dificultades de comunicación.
- Tratamiento farmacológico: los efectos secundarios de algunas medicaciones pueden repercutir negativamente.

### 8.3

## ¿CÓMO PUEDE ACTUAR UNA PERSONA CON DISARTRIA PARA FAVORECER LA COMUNICACIÓN EFICAZ?

- Puede consultar cualquier duda al logopeda, pedirle la información necesaria.
- Ser conscientes, tanto la persona afectada como su entorno, de las dificultades.
- Tiene la libertad de contar a la gente las dificultades que tiene y como pueden ayudarle.
- Realizar una rehabilitación adecuada a sus necesidades dirigida por el logopeda.
- Enfatizar los movimientos de los labios y la lengua. Reforzando los sonidos, para que el mensaje pueda ser comprensible.
- Acentuar el comienzo y final de las palabras.
- Asegurarse de que su interlocutor conozca el tema del que ambos están hablando.
- Construir frases cortas, estructurando bien las frases para decir lo más importante.
- Intentar mejorar las condiciones ambientales, evitando el ruido de fondo cuando está hablando.

- Darse cuenta, a través de las expresiones de su interlocutor, de sí éste necesita que le repita el mensaje.
- Intentar no decir muchas palabras a la vez, hablar más lento y haciendo pausas frecuentes, aunque necesite más tiempo para comunicarse.
- Mantener una postura correcta en cualquier posición para favorecer la coordinación fono-respiratoria (habla-respiración).
- En caso necesario, cuando sea imprescindible hablar alto, debe respirar muy bien antes de emitir el sonido de forma más elevada.
- No hacer dos cosas a la vez, es decir, no hablar a la misma vez que está haciendo otra tarea.
- Si aparece el cansancio, no hablar en exceso.
- Planificar con antelación algunas situaciones para saber qué va a decir, por ejemplo, ir a la consulta del médico.
- Seguir rutinas para recordar la información y facilitar la expresión.
- Fomentar las ganas de comunicarse motivándose con cosas que sean de su interés, manteniéndose activo.
- No renunciar a comunicarse, aunque tenga dificultades, encontrar un sistema alternativo que le permita expresarse (escritura, dibujos, alfabetos...).

## 8.4

### RECOMENDACIONES GENERALES PARA FAMILIARES Y CUIDADORES

El entorno de la persona con problemas de comunicación debe ser un punto de apoyo y un complemento en la rehabilitación logopédica. Algunos consejos generales para ello son:

- Ser conscientes de las dificultades que presenta su familiar y cuáles son las estrategias comunicativas que debe utilizar.
- Conocer la EM, sus síntomas y cómo influyen unos en otros.

- Háblele a su familiar igual que lo hace con las personas que no presentan EM ni ningún trastorno de la comunicación, utilizando un tono y una expresión normales. No se dirija a otra persona para comunicarse con ella, hágalo directamente la persona.
- No centren las conversaciones en la EM y sus síntomas, hay más temas de los que hablar.
- Mantenga su atención cuando le hable y quiera comunicarse.
- Si la persona presenta dificultades en la comprensión de los mensajes, dele instrucciones claras y concisas, si es necesario por escrito y acompáñelas de demostraciones visuales.
- En una conversación con varias personas no cambie bruscamente de tema, haga participe a la persona afectada y respeten los turnos de palabra.
- No presiones a la persona afectada a hablar más rápido ni acabe palabras o frases por ella sin su permiso. Dele tiempo para hablar.
- Si no entiende lo que la persona quiere decirle, hágaselo saber, repítale el mensaje para ver si lo ha entendido, dele opciones a este y si aún así no lo entiende, trasmítale a la persona afectada que no consigue entenderlo y que lo intentará de nuevo más tarde.
- Si la persona está en silla de ruedas, intente sentarse y hablar con ella al mismo nivel de sus ojos.

## 9 DISFAGIA

Los problemas en la deglución se conocen como Disfagia. La disfagia se define como “una alteración en uno o más componentes del proceso deglutorio desde que colocamos la comida en la boca hasta que llega al estómago”.

Esta dificultad se da con cierta incidencia en las personas afectadas de EM. Ocurre con más frecuencia en personas afectadas que se encuentran en etapas más avanzadas de la enfermedad, aunque puede aparecer en cualquier momento del desarrollo de esta. También son más frecuentes las dificultades con líquidos que con sólidos y pueden darse complicaciones para tragar saliva.

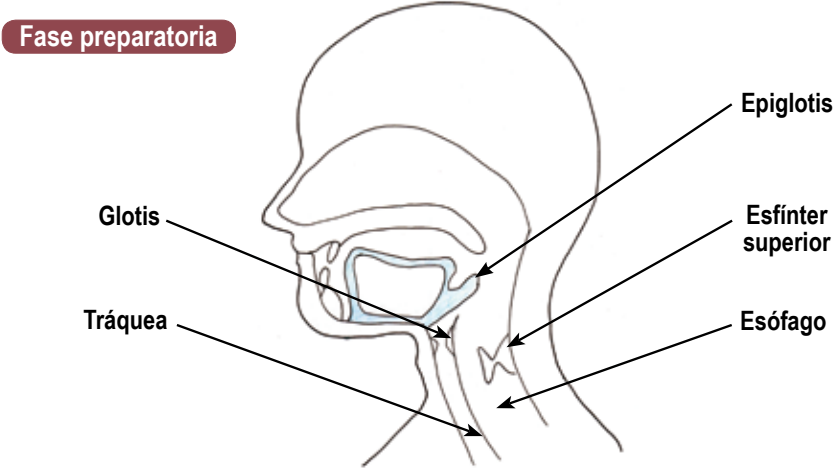
Aunque en la mayoría de los casos es leve, en algunos las consecuencias pueden ser, más importante e influir notablemente en el día a día de estas personas afectando a la seguridad en la deglución de líquidos y alimentos y como consecuencia a la nutrición e hidratación de estas.

La deglución es una actividad neuromuscular muy compleja cuyo fin es transportar las sustancias líquidas, sólidas y la saliva desde la boca, pasando por la faringe y el esófago hasta el estómago. Requiere de un alto nivel de coordinación, una adecuada movilidad de los órganos que participan en el proceso y un correcto funcionamiento de los reflejos.

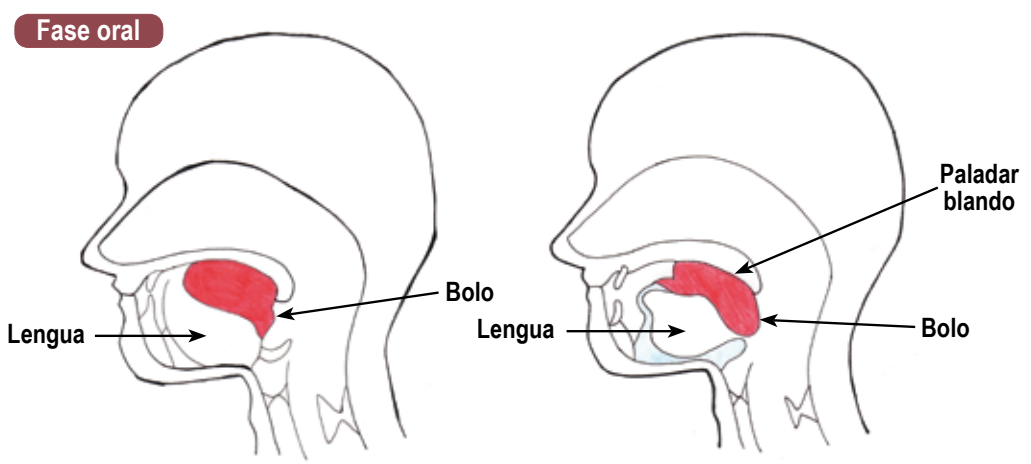
Los niños degluten entre 600 a 1.000 veces al día mientras que los adultos lo hacen más veces, un promedio de 2.500 veces. Las personas mayores suelen tener menos saliva por lo que degluten menos. Así mismo, deglutimos menos cuando dormimos y más cuando estamos hablando y al masticar porque ambas actividades requieren una producción más alta de saliva.

La deglución consta de tres fases, a las que podríamos añadir una primera como fase preparatoria (algunos autores la incluyen y otros no). Las dos primeras son voluntarias y las dos últimas son involuntarias y están controladas de forma automática y refleja:

**1. Fase preparatoria:** se lleva a cabo el cierre labial y se produce la masticación del alimento y preparación del bolo para que sea homogéneo y fácil de deglutir.

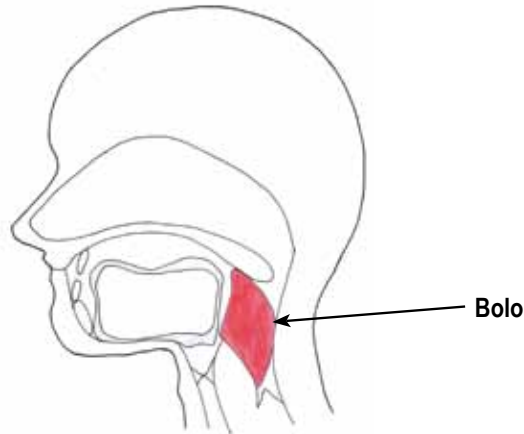


**2. Fase oral:** una vez que está preparado el bolo, se coloca sobre la lengua y se acopla al paladar duro, iniciando movimientos hacia delante y atrás, para que se coloque al final de la boca con propulsión del bolo hacia la faringe. Cuando el alimento o el líquido, junto con el dorso de la lengua tocan los pilares anteriores, termina la fase oral de la deglución y se desencadena el reflejo deglutorio, que es involuntario y ocurre en menos de un segundo.



**3. Fase faríngea:** es el reflejo de deglución mismo. Es la fase más importante porque en ella tiene lugar la protección de la vía aérea y el paso del alimento al esófago. Esta fase es involuntaria y está controlada neurológicamente por la formación reticular junto al centro respiratorio determinando una coordinación entre el centro de la deglución y de la respiración. En esta fase la respiración cesa durante una fracción de segundo previo a que el paladar blando se cierre, evitando el pasaje del bolo para la nasofaringe. La pared de la faringe avanza, comprimiendo el bolo contra el dorso de la lengua. En este momento el bolo no podrá subir porque el paladar blando está cerrado, ni volver a la boca porque el dorso de la lengua está impidiendo su paso para la cavidad bucal.

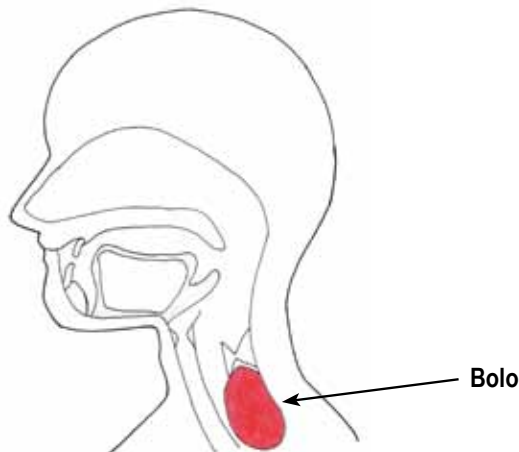
#### Fase faríngea



Una vez que ha sido deglutido el bolo, la vía aérea se abre para que la respiración continúe.

**4. Fase esofágica:** comienza cuando el bolo pasa a través del esfínter esofágico superior. El tercio superior del esófago está formado por musculatura voluntaria e involuntaria, mientras que el tercio inferior está compuesto sólo por musculatura involuntaria. El esfínter esofágico actúa como una válvula que se abre para permitir el paso del bolo alimenticio al estómago.

#### Fase esofágica



Todas estas fases de la deglución requieren de adecuado funcionamiento de los reflejos, una buena movilidad de todos los órganos que intervienen en esta y una correcta coordinación con la respiración. En la EM, la disfagia puede aparecer en cualquiera de estas fases. Con más frecuencia suelen presentar problemas a la hora de tragar líquidos e incluso la propia saliva, lo que tendrá como consecuencia el peligro de sufrir atragantamientos.

La disfagia no se presenta en todas las ocasiones de una forma clara. Hay algunas señales que nos pueden alertar para darnos cuenta de que la deglución no es la adecuada:

- Dificultad para tragar saliva, provocando en ocasiones un ligero babeo.
- Dificultad para abrir la boca.
- Disminución de la sensibilidad.
- Dificultad en la ubicación del alimento en la boca.
- Inhabilidad para la formación del bolo y para controlar el movimiento del alimento o la saliva en la boca, incluso llegando a expulsarlo o salirse solo.
- Toser antes, durante o después de la deglución con todas o algunas consistencias (líquidos). En ocasiones provocando sensación de ahogo o atragantamiento.
- Con más frecuencia toser casi al terminar o inmediatamente después de comer.
- Alteración en el reflejo tusígeno.
- Enlentecimiento de la masticación con el consecuente aumento de tiempo a la hora de comer.
- Sobre esfuerzo en el momento de la deglución.
- Deglución fraccionada.
- Salida de restos de comida por la nariz.
- Sofocos durante la comida.
- Presentar restos de comida en la boca después de tragar.
- Sensación de retención del alimento en la faringe y necesidad de hacer varias degluciones.

- Cambios en la voz (voz húmeda o mojada). Disfonía.
- Dificultades para manejar la mucosidad en la garganta.
- Exceso o defecto de salivación.
- Febrícula y/o infecciones respiratorias sin causa aparente.
- Pérdida de peso progresiva y signos de desnutrición y deshidratación.
- Disnea.
- Malestar e incomodidad durante la comida.
- Necesidad de aclararse la garganta durante o después de comer o beber.

Debido a las complicaciones que pueden conllevar los problemas de deglución, la detección precoz de los síntomas y la valoración individual será la mejor ayuda para potenciar la seguridad de la persona afectada, pudiéndose aplicar cambios de hábitos y pautas que ayuden a mejorar el problema. Un abordaje multidisciplinar y la realización de diversos métodos exploratorios permitirá abarcar todos los aspectos que están implicados y evitar complicaciones.

Un factor a tener en cuenta que influye y que puede aumentar los síntomas de la disfagia es la fatiga. La fatiga es un síntoma muy habitual en EM. Si una persona con dificultad en la deglución además presenta fatigabilidad, aumentarán sus dificultades y se cansará más durante el acto de comer. Al igual que puede sentir debilidad al caminar un trayecto más largo, si tiene disfagia al comienzo de la comida será más fácil, pero a medida que ésta se va alargando y si tiene que masticar mucho, su debilidad aumentará y como consecuencia sus síntomas.

Las complicaciones más frecuentes que se pueden dar como consecuencia de la disfagia son:

- Desnutrición y deshidratación debido a la dificultad de alimentarse adecuadamente.
- Infecciones respiratorias.
- Atragantamientos.
- Dependencia y aislamiento social.

Por lo tanto, ante cualquier sospecha de dificultades en la deglución se debe acudir al médico y éste deberá hacer una valoración de la situación.

Posteriormente el/la logopeda podrá ayudar a minimizar el déficit deglutorio adaptando los objetivos e intervenciones a las características individuales de cada afectado/a, a través de ejercicios para el fortalecimiento de la musculatura integrada en el proceso, enseñando técnicas de deglución segura, mejorando la coordinación muscular durante la deglución, enseñando posturas compensatorias para evitar los atragantamientos, técnicas de respiración y le aconsejará sobre los alimentos más recomendados, los líquidos y la consistencia de ambos, así como los consejos para un entorno adecuado.

Así mismo, orientará y animará tanto a la persona afectada como a los familiares y/o persona cuidadoras a participar en la intervención, conociendo las dificultades existentes y las estrategias de rehabilitación necesarias con el fin de mejorar y saber manejar estas situaciones.

## **9.1** **INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN LA DISFAGIA**

Vamos a exponer algunos aspectos generales sobre cómo se realiza la intervención logopédica en la disfagia que pueden servir de orientación y consejos prácticos. Si bien hay que tener en cuenta que la rehabilitación en una persona afectada de EM con este tipo de trastornos es mucho más compleja y abarca la atención de un equipo multidisciplinar.

### **FORTALECIMIENTO MUSCULATURA**

El objetivo de estos ejercicios es potenciar fuerza y la coordinación de la musculatura implicada, aumentar la precisión de los movimientos y la estabilidad motriz, la velocidad y el grado de amplitud.

Es recomendable realizar los ejercicios frente a un espejo para que la persona afectada pueda ser consciente de cómo los esté haciendo y rectificar sus movimientos si fuese necesario. Es verdad que hay pacientes que no se sienten muy cómodos realizándolos así, pero mientras que sea posible lo mejor es hacerlo de esta forma.

Los ejercicios deben hacerse de forma continua y repetida. Lo ideal es realizar cada uno en series de 6-8 intentando conseguir la máxima amplitud posible sin que ello ocasione la participación de musculatura compensatoria y algunas molestias.

## PRAXIAS FACIALES

- Imitar esquemas vocales A-E-I-O-U (sin voz).



**A**



**E**



**I**



**O**



**U**

- Hacer morritos y estirar los labios.



- Llevar los labios hacia la comisura derecha e izquierda.



- Inflar mejillas y pasar el aire de una mejilla a otra.



- Dar besos, procurando explotar los labios.



- Morder labio superior e inferior.



- Colocar un lápiz sobre el labio superior.



## PRAXIAS LINGUALES

- Sacar y meter la lengua a diferentes ritmos.



- Tocar la nariz con la punta de la lengua.



- Tocar la barbilla con la punta de la lengua.



- Llevar la punta de la lengua hacia la comisura de los labios, izquierda-derecha.



- Empujar con la lengua una mejilla y otra, de forma alterna.



## PRAXIAS MANDIBULARES

- Abrir y cerrar la boca lentamente.
- Abrir la boca lentamente y cerrarla rápidamente.
- Abrir la boca rápidamente y cerrarla lentamente.
- Combinación de vocales con movimiento labial (aoaoao).



**a o a o a o**

- Combinación de vocales con movimiento labial (auauau).



**auauau**

- Combinación de vocales con movimiento lingual (iuiuiu).



**i u i u i u**

- Combinación de vocales con movimiento lingual (ioioio).



**ioioio**

- Combinación de tres vocales (aouaou).



**a o u a o u**

- Combinación de cuatro vocales (aoueaoue).



**a o u e a o u e**

## PRAXIAS VELARES

Algunos ejercicios que podemos hacer son:

- Bostezar.
- Toser.
- Decir muchas veces sin exagerar ca, co, cu, que, qui.
- Sacar la lengua plana fuera de la boca y meterla lentamente.

Estos son sólo algunos ejemplos de ejercicios que también se pueden ampliar con los ejercicios que se realizan para la disartria y que hemos visto en el apartado 8.1.2.

Si la persona presenta falta de sensibilidad en la cara, lengua o labios podemos realizar una serie de masajes de forma más específicos con el fin de estimular la musculatura. Son masajes más específicos que debe indicarlos el profesional. En casa podemos hacer cierta estimulación con la vibración el dorso del cepillo eléctrico.

También es importante estimular el interior de la boca, para ello trabajamos con el dedo meñique, introduciéndolo por las mejillas y recorriendo las encías, la lengua, el interior de los labios e incluso la lengua y el paladar.

## HIGIENE BUCAL

La higiene bucal es importantísima y esencial de forma general, pero lo es aún más en las personas que sufren disfagia, ya que tener la boca limpia hace que la mucosa esté hidratada, para una correcta salivación y para evitar que los alimentos se peguen a la boca.

Utilizar un cepillo eléctrico nos proporcionará una limpieza más profunda, además como hemos dicho anteriormente, también puede servirnos para estimular la sensibilidad de los dientes, encías y lengua con la vibración de este.

## POSTURA

Tanto para realizar los ejercicios como para la ingesta de alimentos y bebidas, la persona afectada de disfagia debe permanecer sentada con una correcta alineación de la cabeza y troco.

Después de cada comida (por ejemplo, antes de echar una siesta) se recomienda permanecer sentado por lo menos 15 min para evitar posibles aspiraciones.

## ENTORNO ADECUADO

Las condiciones del entorno ayudarán a que la persona se encuentre más relajada y en un ambiente más adecuado que ayude a la deglución. Hay que tener en cuenta:

- Debemos evitar el ruido y las distracciones, creando un ambiente tranquilo.
- El horario de comidas deberá siempre el mismo y evitar los momentos de más fatiga, ya que este es un síntoma muy frecuente en las personas afectadas de EM.
- La persona debe comer sola, siempre que sea posible, bajo supervisión. En el caso de necesitar ayuda, el cuidador deberá sentarse a la misma altura y frente a la persona afectada, anticipando verbalmente cuando le va a dar de comer, lo que le va a dar y enseñándole el contenido.
- La duración de la comida no debe superar, en la medida de lo posible, los 30-40 minutos.

## MANIOBRAS DEGLUTORIAS

Las maniobras deglutorias son un “conjunto de estrategias que se aplican para aumentar la seguridad y la eficacia del proceso deglutorio”. Estas maniobras, permiten controlar de forma voluntaria ciertos aspectos de la deglución y consiguiendo así una deglución más segura y eficaz.

El logopeda trabajará en las sesiones la o las maniobras que considere adecuadas y las entrenará paso a paso hasta asegurarse de que la persona adecuada las realiza de forma correcta.

Una maniobra muy utilizada y de fácil aprendizaje es el “descenso de barbilla”, que consiste a la hora de tragar en bajar la barbilla hacia el pecho protegiendo de esta forma el paso del alimento a los pulmones.

## MODIFICACIONES EN LA DIETA

La modificación de la dieta y adaptación de los líquidos y/o los alimentos puede ser de gran ayuda para facilitar la deglución. Evidentemente estas modificaciones deberán hacerse siempre como recomendación de los profesionales y bajo su supervisión. La dieta será siempre individualizada y teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

1. Tipo y grado de disfagia.
2. Tolerancia individual a cada textura alimentaria.
3. Hábitos alimentarios.
4. Necesidades energéticas y nutricionales en función de la edad, el sexo y la actividad física.

Las modificaciones deben hacerse tanto en líquidos como en sólidos, por lo tanto, se tendrán en cuenta las viscosidades de los líquidos y las texturas de los alimentos:

### VISCOSIDADES DE LOS LÍQUIDOS

Cuando hay problemas de disfagia los líquidos suelen ser bastante problemáticos y encontraremos ayuda modificando la consistencia de estos. Se suelen utilizar espesantes para lograr una adecuada viscosidad.

Hay diferentes consistencias que se pueden utilizar:

- Líquidos finos: como el agua.
- Néctar: parecido al zumo de melocotón.
- Miel: muy parecida a un yogurt líquido.
- Puding: similar a una crema, gelatina o yogurt.

### CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS

Los tipos de dietas adaptadas según los parámetros que acabamos de exponer son:

**1. Dieta basal:** cuando no existen problemas en la deglución y se incluyen todas las texturas y consistencias. Dieta normalizada.

**2. Dieta blanda o fácil masticación:** cuando aparecen problemas en la masticación, pero no disfagia. En algunos casos se utiliza esta dieta como transición a la dieta basal.

**3. Dieta de disfagia o de reeducación de la deglución:** hay que evitar alimentos de riesgo y no admite dobles texturas. Permite formar fácilmente el bolo. Requiere una nula masticación o ligera/suave.

**4. Dieta túrmix:** son purés de consistencia uniforme, homogénea. Reúnen los requerimientos nutricionales completos o enriquecidos.

Es más fácil tragar consistencias homogéneas (sin tropezos) que se humedecen fácilmente y que se deslizan sin esfuerzo. Por ejemplo: cremas, purés espesados de forma natural (con harina o con patata), el yogur, las natillas, el puré de frutas, la compota, el queso de Burgos, las croquetas, el pescado o las patatas aplastadas.

### ALIMENTOS MÁS ADECUADOS

- Texturas homogéneas (cremas, purés, triturados, tortilla, etc.).
- Yogures (sin trozos de fruta), natillas, flan, etc.
- Carnes y pescados blandos cortados en trozos pequeños, si es necesario cohesionados con salsa (tomate, mayonesa). Evitar huesos, ternillas, nervios, etc.
- Pan de molde.

### ALIMENTOS DESACONSEJADOS (REQUIEREN MAYOR CUIDADO):

- Texturas mezcladas (pisto de verduras, menestra de verduras, arroz tres delicias, ensaladas, etc.).
- Dobles texturas: por ejemplo, mezclando líquidos con sólidos (ej.: sopas). Lo más recomendable es administrarlos por separado ya que cada uno requiere su tiempo de masticación.
- Alimentos fibrosos (acelgas, espárragos, alcachofas, etc.), que presentan hebras que son difíciles de triturar.
- Legumbres (en caso de disfagia, es recomendable triturarlas).

- Alimentos con piel (alubias, lentejas, garbanzos, pimiento): hay que tener especial ATENCIÓN y triturarlos siempre muy bien.
- Arroces duros (lo que se denominan “que no se pasan”), ya que los granos quedan demasiado sueltos y es fácil que se pierdan en la boca, pudiendo ocasionar atragantamiento.
- Especias que quedan sueltas en las comidas (perejil, tomillo, romero, comino, etc.), es recomendable utilizarlas molidas.
- Frutas que desprenden agua al introducir en la boca (naranja, mandarina, melón, sandía).

### EVITAR

Como norma general, evitar alimentos muy secos y crujientes que se desmenuzan y pierden con facilidad en la boca, como:

- Frutos secos.
- Cereales, muesly, texturas muy secas.
- Pan integral o con semillas y pan tostado.
- Cortezas de cerdo (torreznos).
- Patatas fritas chips.
- Jamón serrano duro.
- Quesos duros.

# ¡¡ ATENCIÓN!!

## TEXTURAS FIBROSAS

Piña, judías verdes, apio, lechuga, etc.



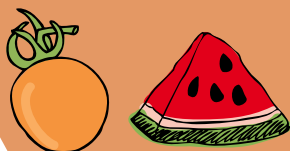
## VERDURAS Y FRUTAS CON PIEL Y SEMILLAS

Legumbres, habas, kiwis, guisantes, fresas, uvas, maíz tierno



## DOBLE CONSISTENCIA

Cereales con leche, sopa con fideos, naranja, melón, sandía, pan con semillas, etc.



## ALIMENTOS QUE SE DESMENUZAN FÁCILMENTE

Pan tostado, hojaldre, empanada, galletas, patatas chips, corteza pan, etc.



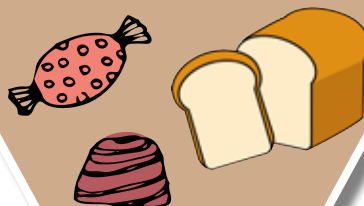
## ALIMENTOS DUROS

Frutos secos, etc.



## ALIMENTOS PEGAJOSOS

Leche condensada, pan de molde, caramelos, etc.



## CONSEJOS GENERALES

La implicación del/la afectado/a y de sus cuidadores, es básica para obtener resultados satisfactorios. Como resumen deberán estar atentos a una serie de condiciones y consejos para mejorar y potenciar la seguridad y eficacia del proceso deglutorio:

- **Ejercicios de fortalecimiento:** practicar los ejercicios que fortalezcan la musculatura y coordinación de la respiración durante la deglución, enseñados y practicados durante las sesiones de logopedia.
- **Entorno:** durante el acto de comer, el entorno y el ambiente debe ser tranquilos, evitando las posibles distracciones.
- **Tiempo:** es necesario disponer de tiempo suficiente para comer sin prisas.
- **Relajación:** la persona afectada debe estar relajada y concentrada en esta actividad.
- **Periodos de descansos:** realizar frecuentes descansos en comidas largas o comer de forma más seguida en periodos más cortos de tiempo.
- **Higiene bucal:** es fundamental tener una adecuada higiene bucal tanto antes de las comidas para mantener la humedad de las mucosas, estimular la salivación y prevenir que los alimentos se peguen; como después de las mismas para evitar que queden restos de comida.
- **Postura correcta:** la postura más adecuada para comer es sentado con la cabeza y el tronco rectos, bien apoyados en el respaldo del asiento y con los pies bien apoyados en el suelo.
- **Flexión cabeza:** es recomendable que la cabeza esté flexionada ligeramente hacia delante en el momento de tragar.
- **Consciencia del acto de tragar:** cuando tragamos algún tipo de líquido o sólido, de forma automática dejamos de respirar durante milésimas de segundos. Si hay algún problema en la deglución tenemos que ser más conscientes del acto de tragar y debemos recordar que siempre que estemos comiendo no se puede hablar, reír, etc., ya que puede provocar más dificultades.
- **Masticación:** se debe masticar de forma tranquila y correcta.

- **Cambios en la dieta:** siempre que sea necesario habrá que realizar cambios en la dieta intentando evitar los líquidos finos (ej.: agua) y alimentos que puedan provocar más dificultades, como son los que mezclan dobles texturas, es decir, mezclan líquidos y sólidos (ej.: naranjas, sopas, melón,...), los secos (ej.: filete), los pegajosos (ej.: miel) o muy pastosos (ej.: croquetas), los que se desmenuzan con facilidad (ej.: bizcochos) y los que dejan en las boca trozos pequeños sin triturar (ej.: frutos secos). Utilizar los líquidos con espesantes y otros que sean más fáciles de tragar (ej.: zumo de melocotón). Con respecto a los sólidos, aquellos que puedan favorecer la deglución como los alimentos semisólidos (ej.: gelatina, puré, ...).

- **Tamaño de los alimentos:** se deben cortar en trozos pequeños y no se debe llenar el cubierto de forma excesiva.

- **Tragar:** no tomar otro bocado hasta que se haya tragado el que está en la boca y que esta esté libre de cualquier residuo.

- **Sabores:** los sabores fuertes o ácidos estimulan la deglución.

- **Temperatura de los alimentos:** es aconsejable alternar alimentos fríos y calientes porque el cambio de temperatura estimula la deglución.

- **Después de comer:** permanecer sentado o de pie después de la comida (no tumbado) durante 30 o 45 min.

Los cuidadores deben estar pendientes de las comidas, observar si hay dificultades y si es así consultar al especialista. Así mismo, deberán recordar los consejos que se le han dado para facilitar el acto de comer y que se produzcan las menos dificultades posibles.

## 10

# EL PAPEL DE LOS CUIDADORES Y FAMILIARES ANTE LAS ALTERACIONES LOGOPÉDICAS

El cuidador es la persona encargada de la atención diaria y cuidado de la persona dependiente, en este caso del/la afectado/a de EM.

El diagnóstico y posterior desarrollo de esta puede provocar un alto grado de estrés dentro del núcleo familiar. La adaptación a esta nueva situación y a las que puedan ir llegando, es un proceso dinámico y evolutivo que tiene lugar en el tiempo, y a largo plazo muchos familiares, fundamentalmente el cuidador principal, experimentan una sensación de carga excesiva y aparecen signos de ansiedad y estrés.

A nivel logopédico vamos a intentar ayudar al familiar y/o cuidador principal enseñándoles las pautas básicas y las estrategias a seguir para mantener una comunicación lo más positiva y fluida posible con el afectado, adaptándolas a las necesidades de cada persona en su ambiente concreto.

Para conseguirlo es necesario que la familia estimule y refuerce el trabajo que realizamos en las sesiones, así se les enseñan los ejercicios que tienen que realizar para ayudar a su familiar. Llevándolos a cabo no sólo ayudaremos a nuestro familiar afectado a que pueda mejorar sino que además nos ayudaremos a nosotros mismos, los cuidadores, porque necesitaremos menos esfuerzo para poder comunicarnos con ellos, así mejorará no sólo el nivel de comunicación y de vida de la persona afectada de EM que presenta alteraciones logopédicas sino también del ambiente familiar, al haber encontrado estrategias para la mejor forma de actuar con la persona necesitada de cuidados.

### **¿CÓMO PUEDE ACTUAR EL CUIDADOR DE UNA PERSONA AFECTADA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON ALTERACIONES LOGOPÉDICAS?**

- Debe tener en cuenta que la disartria no afecta a las capacidades cognitivas (comprensión, inteligencia...), aunque a veces, dependiendo de la causa, la alteración cognitiva puede aparecer conjuntamente.
- Hablar más lentamente y dedicar más tiempo para mantener una conversación.

- Ser paciente, dele más tiempo para encontrar la forma de comunicarse, porque puede requerirle un gran esfuerzo.
- Indicarle que debe descansar entre frases y que no debe tener prisa por expresarse.
- Dígale si ha comprendido o no el mensaje, repitiéndoselo o pidiéndole una aclaración para asegurarse que se ha comprendido correctamente. Haga preguntas acerca de lo que no entendió.
- Encontrar las mejores estrategias para ayudar a la persona con disartria, puede variar de una persona a otra.
- Procurar hablar cara a cara, mirando sus labios, para que sea más fácil entenderlo/a.
- No hablar más bajo de lo normal ni aumentar el volumen de la voz a no ser que tenga un problema de audición.
- Prestar atención a la información no verbal, es decir, los gestos y expresiones faciales de la persona afectada, puede ser una fuente de información muy útil para completar la información verbal.
- Cuando tenga que preguntarle, hacer las preguntas individualmente para que pueda facilitar la planificación y adecuación de sus respuestas.
- Intentar evitar ruidos ambientales que puedan interferir en la comunicación como, por ejemplo, la televisión, radio, un grupo de personas hablando a la misma vez, etc.
- Cuando la comunicación esté muy dificultada, tener siempre una alternativa de comunicación y animar a la persona a que la utilice, como un lápiz y un papel, gestos, alfabetos, ayudas técnicas...

# 11

## FUENTES DE INFORMACIÓN

- “Manual de Formación para Cuidadores”. FEDEMA. 2012.
- “Manual de Formación para Personas Cuidadoras: La Seguridad del Paciente”. FEDEMA. 2014.
- “La Disfagia en la Esclerosis Múltiple: prevención y actuación en atragantamientos”. IMSERSO.
- <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/como-rehabilitar-la-musculatura-orofacial>
- “Guía para el Manejo de la Disfagia. Pautas para personas con problemas de deglución”. Hermanas Hospitalarias Aita Menni.
- “La Comunicación en la Esclerosis Múltiple”. Fundación Esclerosis Múltiple. 2007.
- “Problemas de deglución”. MedlinePlus, 2012 [acceso: 5 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>
- “Malnutrición en las enfermedades neurodegenerativas: prevalencia, consecuencias y posibilidades terapéuticas”. Ruiz Ochoa D & García Luna PP. Nutr Hosp Suplementos 2009;2(2):26-37.
- “Disfagia. Tratado de geriatría para residentes”. Jiménez C, et al. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), Madrid, 2006.
- “Mini Guía Práctica de Atención al Afectado por Daño Cerebral Adquirido. Recuperado”. ASDACE. <http://www.asdace.org/descargas/guiaadace.pdf>
- “Introducción a la rehabilitación cognitiva”. Mateer, C. (2003). Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. Vol 21, pp. 11-20.

# ENTIDADES ADHERIDAS A FEDEMA

## FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE ANDALUCÍA FEDEMA

Entidad Declarada de Utilidad Pública

Avda. de Altamira, 29 – Blq.11 – Acc. A. 41020 Sevilla  
Teléfono: 954 523 811 - Móvil 617 623 112  
e-mail: [fedemaem@hotmail.com](mailto:fedemaem@hotmail.com)  
web: [www.fedema.es](http://www.fedema.es)

### ASOCIACIÓN DE EM DE ALMERÍA

C/ Chafarinas, 3. 04002 ALMERÍA  
Tfno.: 950 106 343  
Móviles: 606 741 277- 675 808 758  
e-mail: [aemalmeria@hotmail.es](mailto:aemalmeria@hotmail.es)  
Web: [www.aemaalmeria.es](http://www.aemaalmeria.es)

### ASOCIACIÓN GADITANA DE EM Y CENTRO DE DÍA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD AGDEM “CASTILLO DE LA ESPERANZA”

Plaza del Arroyo,40 Dup.  
11403 Jerez de la Frontera (CÁDIZ)  
Tfno.: 956 335 978  
e-mail: [agdem2@yahoo.es](mailto:agdem2@yahoo.es)  
Web: <https://ademcadiz.org>

### ASOCIACIÓN CORDOBESA DE EM

Edificio Florencia. Plaza Vista Alegre, 11  
14004 CÓRDOBA  
Tfno./Fax: 957 468 183 / Móvil: 685 846 563  
e-mail: [acodem@alcavia.net](mailto:acodem@alcavia.net)  
Web: [www.alcavia.net/acodem](http://www.alcavia.net/acodem)

### ASOCIACIÓN GRANADINA DE EM

C/ Quinto Centenario, 1, Bajo  
18100 Armilla (GRANADA)  
Tfno./Fax: 958 572 448  
e-mail: [administracion@agdem.es](mailto:administracion@agdem.es)  
Web: [www.agdem.es](http://www.agdem.es)

### ASOCIACIÓN DE EM ONUBENSE

C/ Hélice, 4. 21006 HUELVA  
Tfno./Fax: 959 233 704 / Móvil: 660 424 179  
e-mail: [ademo@esclerosismultiplehuelva.org](mailto:ademo@esclerosismultiplehuelva.org)  
Web: [www.esclerosismultiplehuelva.org](http://www.esclerosismultiplehuelva.org)

### ASOCIACIÓN JIENENSE DE EM “VIRGEN DEL CARMEN”

Acera de la Trinidad, 1 – Bajo  
23440 Baeza (JAÉN)  
Móvil: 675 250 989  
e-mail: [esclerosismultiplejaen@yahoo.es](mailto:esclerosismultiplejaen@yahoo.es)  
Web: [www.ajdem.org](http://www.ajdem.org)

### ASOCIACIÓN MALAGUEÑA DE FAMILIARES Y AFECTADOS DE EM

Centro Ciudadano de Portada Alta  
C/ Archidona, 23. 29007 MÁLAGA  
Tfno: 951 438 181 / Móvil: 606 582 463  
e-mail: [amfaem@hotmail.com](mailto:amfaem@hotmail.com)  
web: <http://amfaem.wix.com/amfaem>

### ASOCIACIÓN MARBELLA-SAN PEDRO DE EM “NUEVO AMANECER”

Centro Cívico Divina Pastora  
C/ Presbítero Juan Anaya, s/n  
29601 Marbella (MÁLAGA)  
Tfno./Fax: 952 859 672 / Móvil: 627 025 490  
e-mail: [ampemna@yahoo.es](mailto:ampemna@yahoo.es)  
Web: [www.asociacionesclerosismultiplenuovoamanecer.com](http://www.asociacionesclerosismultiplenuovoamanecer.com)

### ASOCIACIÓN SEVILLANA DE EM

Avda. de Altamira, 29 – Blq. 11 – Acc.A  
41020 SEVILLA  
Tfno.: 954 513 999 - 954 523 811  
e-mail: [esclerosismultiple@hotmail.com](mailto:esclerosismultiple@hotmail.com)  
Web: [www.emsevilla.es](http://www.emsevilla.es)





**F E D E M A**

Federación de Asociaciones de  
Esclerosis Múltiple de Andalucía

Entidad Declarada de Utilidad Pública

Avda. de Altamira, 29. Bloque 11 - Acc. A  
41020 Sevilla

Teléfono: 954 523 811 - Móvil: 617 623 112

[fedemaem@hotmail.com](mailto:fedemaem@hotmail.com)

[www.fedema.es](http://www.fedema.es)

Con la colaboración de:

**MERCK**

ISBN 978-84-092-2887-4



9 788409 228874