



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MEDICA

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA,
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



Código:
MG-SAF-20



Fecha:
DIC 20

Rev. 03

Hoja: 1 de 44

GUÍA CLÍNICA DE TERAPIA PARA DISARTRIA

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura Servicio de Terapia de Voz, Habla y Deglucion	Jefatura de División de Terapia de Comunicación Humana	Subdirección de Audiología, Foniatria y Patología del Lenguaje
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
		Hoja: 2 de 44	

1. Propósito

Elaborar y aplicar metodologías, estrategias y técnicas para que el paciente pueda acceder a los mecanismos de voz y habla en las alteraciones de la disartria, para estandarizar el conocimiento de métodos, técnicas y estrategias que permitan disminuir el tiempo de intervención terapéutico.

2. Alcance

El presente procedimiento es de observancia general y obligatoria para el personal del Servicio de Terapia de Voz, Habla y Deglución del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra

3. Responsabilidades

- **Directora:**

- ✓ Verificar el cumplimiento del procedimiento
- ✓ Proporcionar los recursos necesarios para llevarla a cabo

- **Subdirector:**

- ✓ Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- ✓ Brindar los recursos necesarios.

- **Jefe de Servicio:**



- ✓ Elaborar la guía del padecimiento
- ✓ Supervisar el cumplimiento de la misma
- ✓ Procurar el cumplimiento de la misma

- **Licenciado Terapeuta Adscrito:**

- ✓ Ejecutar la guía
- ✓ Participar en la revisión

4. Políticas de operación y normas Control de Cambios

Del presente documento se hará cada dos años o antes si fuera necesario, por lo cual las sugerencias y comentarios deberán dirigirse a la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 3 de 44

5. DISARTRIA

Según Darley, Aronson y Brown (1) las disartrias son aquellas perturbaciones del habla causadas por parálisis, debilidad o incoordinación de la musculatura del habla de origen neurológico que ocasiona trastorno motor sobre la respiración, fonación, resonancia, articulación de la palabra y prosodia.

Por su parte Prater (2) la define como alteraciones de la inervación motora de los músculos del mecanismo vocal que se caracterizan por trastornos de la articulación, de la fonación, la resonancia y la respiración que traen como consecuencia anomalías neuromusculares como trastornos de la fuerza muscular, o del tono o de excesivos movimientos involuntarios.

5.1 CLASIFICACIÓN DE LAS DISARTRIAS (según Darley, Aronson, Brown y modificada por Prater)

Por el sitio de la lesión (Prater)

- Disartria por trastornos de la motoneurona superior
- Disartria por trastornos de la motoneurona inferior
- Disartria por trastornos extrapiramidales
- Disartria por trastornos cerebelosos.
- Disartria por trastornos de múltiples sistemas motores

Por las características sintomatológicas



- Disartria espástica
- Disartria flácida
- Disartria atáxica
- Disartria discinética
- ✓ hipercinética (corea, atetosis, temblor, distonía, discinesia)
- ✓ hipocinética (Parkinson)
- Disartria mixta

6. Diagnóstico

6.2 Cuadro Clínico

6.2.1 Disartria de la Motoneurona Superior o Espástica

El daño es ocasionado en una zona del tracto corticoespinal y/o corticobulbar, puede manifestarse una lesión unilateral, esta cursa con un estado conocido como hemiplejía espástica, sus efectos sobre el habla pueden ser transitorios o moderados, también puede haber una lesión bilateral esta nos da el caso de una parálisis bulbar que en general afecta el habla, masticación y deglución.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 4 de 44

Etiología:

Accidentes vasculares cerebrales, tumores, Parálisis cerebral infantil, traumas craneales, arteriosclerosis, Infecciones, Esclerosis múltiple, Poliomielitis, Parálisis Pseudobulbar por daño corticobulbar bilateral.

6.2.2 Síntomas



- Puede ocasionar debilidad y espasticidad en el lado del cuerpo contralateral
- **Habla:** Imprecisa y torpe por debilidad espástica de labios mejillas y lengua. Lentitud articularia.
- **Voz:** ahogada, dura, espástica, monótona, puede darse en algunos casos una impostación de la voz hiperrinofonía reducción de acento prosódico, intensidad reducida y tonos graves
- **Labio y Lengua:** Movimientos limitados, lentos, Lengua pequeña
- **Velo del Paladar:** Poco móvil por debilidad espástica. Reflejo nauseoso exacerbado. En reposo el velo del paladar blando cuelga, la espasticidad puede observarse en los movimientos de la musculatura velofaríngea,
- **Maxilar inferior:** Se observa debilidad bilateral en los músculos de la masticación. El maxilar inferior puede sufrir alguna desviación y existir asimetría al elevarse.
- **Laringe:** Normal. Hiperaducción de cuerdas vocales y bandas ventriculares.
- **Otros:** Llanto y risa inmotivados. Trastornos en la deglución.

6.2.3 Disartria de la Motoneurona Inferior o Flácida

Toda enfermedad que afecte el cuerpo neuronal inferior ocasiona una parálisis flácida por la pérdida del aporte motor y la consiguiente disminución del tono muscular. Accidentes vasculares cerebrales, tumores, Parálisis bulbar por lesión en la unidad motora de los nervios craneales, traumas cerebrales, polineuropatías periféricas, Infecciones víricas.

Síntomas y Signos generales

- Hipotonía muscular.
- Debilidad.
- Atrofia muscular por denervación.
- Disminución de los reflejos.
- Fasciculaciones por pérdida de aporte motor.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 5 de 44

- Disfonía.
- Alteraciones en la articulación

6.2.4 Disartria Cerebelosa o Atáxica

Etiología:

Accidentes vasculares cerebrales, tumores, Parálisis cerebral infantil, traumas craneales, arteriosclerosis, infecciones, Esclerosis múltiple, tóxicos, traumatismos, alcohol, enfermedades degenerativas.

Síntomas y Signos:

- **Ataxia** (Interrupción de la coordinación armoniosa de los movimientos) por lo que se alteran los patrones rítmicos del habla y de la motilidad voluntaria general.
- **Habla:** Articulación imprecisa, cadencia irregular, bradiartria, superficialidad, disprosodia (marca mucho acentos prosódicos donde no van), alarga fonemas e intervalos.
- **Voz:** Voz ronca, tensa, estrangulante, intensidad explosiva (voz escandida), tono grave, temblor, ronquera dura, monotonía.
- **Labio y Lengua:** Incoordinación e irregularidad de los movimientos alternos.
- **Velo:** Movimientos irregulares incoordinados.
- **Laringe:** Puede haber patrones de tensión y coordinación alterados.

6.2.5 Disartria Extrapiramidal o Discinéticas

6.2.5.1 Enfermedad de Parkinson



Enfermedad degenerativa, progresiva del sistema extrapiramidal (ganglios de la base) que se caracteriza por: rigidez, bradicinesia, temblor de reposo, problemas posturales y del equilibrio, hipotonía y trastornos emocionales.

Etiología:

Arteriosclerosis, degeneración idiopática, uso de neurolépticos, infecciones del SNC, accidentes vasculocerebrales, traumatismos.

Síntomas y Signos:

- **Habla:** Superficialidad creciente que puede llegar a la ininteligibilidad, taquilalia cambian por economía del tiempo articulatorio y restricción de movimientos, alteraciones del automatismo del movimiento, pausas inapropiadas, ecolalia, palilalia (repetición de sílabas o frases), quinesia paradójal (habla de pronto relativamente bien), movimientos labiales sin emisión de sonidos por debilidad o por incompetencia respiratoria.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 6 de 44

- **Voz:** Hipofonía, afonías, tono cambiante aunque al final se hace grave, extensión tonal disminuida, monotonía, hiperrinofonía, temblor vocal, diplofonía y tiempo de fonación acortado.
- **Respiración:** Insuficiencia, Inversión del patrón respiratorio, incoordinación fonorespiratoria.
- **Laringe:** Temblor de cuerdas y de bandas, déficit de aducción y abducción, asimetría y cierre excesivo por rigidez.

6.2.5.2 Disartria asociada a las distonías

Las distonías se caracterizan por movimientos lentos e involuntarios y deformaciones posturales graves debido a la contracción fija de los músculos. Pueden ser focales y deformantes o generalizadas. Generalmente transcurre con disartria hipercinética y disfonía.

Etiología:

Encefalitis, enfermedades degenerativas Lesiones en el sistema extrapiramidal por intoxicaciones, traumatismos y/o desconocidas.

Puede tener origen hereditario, autosómico dominante.

Síntomas y Signos:



- **Habla:** Mala articulación, interrupciones, intervalos prolongados entre las palabras o sílabas, trastorno del ritmo, silencios inapropiados, elongaciones sonoras.
- **Voz:** Dura, ahogada, de soplos, variación en la intensidad, limitación de la extensión, monotonía, incoordinación fono respiratoria.
- **Labios y Lengua:** Ritmo de movimientos alternos lentos e irregulares, lateralización. Limitación del movimiento.
- **Mandíbula:** Movimientos laterales lentos e irregulares
- **Laringe:** Hiperaducción
- **Otros:** Movimientos involuntarios de tronco, cabeza, cuello y miembros, tono muscular fluctuante, disfagia.

6.2.5.3 Disartria asociada a la Corea

Se caracteriza por movimientos sin propósitos, irregulares, fluctuantes e involuntarios de cara, lengua y miembros.

La variedad de Huntington es hereditaria, y tiene degeneración celular cortical.

La de Sydenham, menos grave, en niños después de infección por Estreptococo o fiebre reumática.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 7 de 44

Síntomas y Signos:

- **Habla:** Disartria hipercinética, trastornos prosódicos, pausas inapropiadas, fallas articulatorias.
- **Voz:** Forzada, ronca, soplos, tono grave, intensidad fluctuante, monotonía por limitación de la extensión tonal, hiperrinofonía, incoordinación fono respiratoria.
- **Labios, Lengua y Velo:** Movimientos alternos e irregulares. Debilidad movimientos sin finalidad, muecas irregulares, babeo.

6.2.5.4 Disartria asociada a la atetosis

Son movimientos involuntarios arrítmicos de la cabeza, tronco y extremidades que interfieren los movimientos voluntarios y que se asocia con frecuencia a la corea (coreoatetosis). La causa más frecuente es por hiperbilirrubinemia perinatal que daña los núcleos de la base y el cortex. El cuadro clásico es de P.C.I. La hipoxia, encefalitis y las enfermedades degenerativas también pueden provocarla.

6.2.5.5 Disartria asociada a la esclerosis lateral amiotrófica (ELA)



Es una enfermedad progresiva y degenerativa de las células del cuerno anterior de la médula, de los núcleos motores de los nervio craneales y de las vías córticoespinales y córticobulbares que por consiguiente afecta la motoneurona superior e inferior, dando una disartria flácida– espástica (mixta) en la que predominan la sintomatología de uno de estos sistemas motores en dependencia de la cuantía en la afectación de los mismos.

Etiología:

Desconocida, se sugieren agentes víricos o factores genéticos. Su ocurrencia es después de la edad media.

Síntomas y Signos:

- **Habla:** En casos graves puede haber anartria. Hay grados variables de espasticidad o de flacidez con superficialidad articulatoria, lentitud, pausas, toma generalizada y aislada de algunos fonemas
- **Voz:** Si hay espasticidad se caracteriza por ser dura, forzada, ahogada, espástica. Si hay flacidez es una voz con soplo, hipotonía y tono grave. En todos los casos hay monotonía, hiperrinofonía, disminución de la extensión tonal y sensación de “voz mojada”, tiempo de fonación disminuido, incoordinación fonorespiratoria.
- **Labio, Mandíbula y Velo:** Reducida la fuerza y el ritmo de movimientos. Alternos, parálisis o paresia velar y de pared faríngea posterior.
- **Lengua:** Hipotrófica, con bordes irregulares, fasciculaciones, movimientos lentos y reducidos.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
	Hoja: 8 de 44		

- **Laringe:** Puede ser normal, hipoaducción o hiperaducción, movimientos de aducción y abducción reducidos.
- **Otros:** Paresia de músculos respiratorios, llanto y risa pseudobulbares, estridor temblor extrapiramidal, disfagia.



7. Tratamiento

Va encaminado a mejorar la fuerza y control muscular, reducción de la imprecisión articular, y la inteligibilidad del habla. La expresión clínica de la disartria es muy heterogénea en signos, síntomas y severidad, y estas variables interactúan de forma distinta con las características de cada individuo afectado y su contexto social. Consecuentemente, la planificación del programa de intervención debe ajustarse lo máximo a las necesidades individuales del paciente.

El tratamiento rehabilitatorio del paciente con disartria tiene el sustento científico con las recomendaciones y evidencias que a continuación se mencionan.

RECOMENDACIONES



GRADOS	RECOMENDACIONES	REFERENCIA
C	Terapia dirigida a grupos de músculos específicos (por ejemplo, la terapia de "Shaker")	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Shaker et al, 2002 ➤ Logemann, 2009
C	La Termo-estimulación táctil	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lee Iamanit et al, 2002
C	"El Terapeuta de Lenguaje proporcionará terapia para mantener y / o mejorar la función oromotora. El tratamiento incluirá mejorar el rango de movimiento, la masticación y la deglución mediante ejercicios, y la estimulación térmica y táctil. Aunque esto puede estar contraindicado para pacientes con ciertas condiciones cardíacas y algunas enfermedades degenerativas "	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Taylor-Goh, S., ed. (2005).
✓ R	El tratamiento debe incluir asesoramiento, técnicas de manejo de conducta, selle labial y deglutir, ejercicios para la sialorrea.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Horstink, M., Tolosa, E., et al. (2006).

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
	Hoja: 9 de 44		

B	Es indispensable que los pacientes con enfermedad de Parkinson reciban terapia de habla y lenguaje.	➤ Horstink, M., Tolosa, E., et al. (2006).
B	El tratamiento debe estar dirigido a la mejora de la sonoridad vocal y rango de tono, incluyendo programas de terapia del habla como el Método: (Lee Tratamiento de Voz Silverman) LSVT"	➤ Horstink, M., Tolosa, E., et al. (2006).
D	Incluir estrategias para optimizar la inteligibilidad del habla y garantizar la comunicación, incluyendo uso de la tecnología, durante todo el curso de la enfermedad.	➤ Horstink, M., Tolosa, E., et al. (2006).
C	Para la disartria de los pacientes con Parkinson dar la terapia del habla puede mejorar el volumen de la voz.	➤ Suchowersky, O., Gronseth, G., et al. (2006).

Foco de tratamiento	Técnica de tratamiento	Apoyo basado en la evidencia	Solo opinión de expertos	Carece de apoyo
Tareas no verbales	Respirar contra resistencia a través de un manómetro de agua, máscara de resistencia o botella	Si		
	Técnicas de empuje y tracción		Si	
	Tareas de inhalación y exhalación máximas		Si	
	Tareas de exhalación controlada		Si	
	Respiración contra resistencia a través de los labios fruncidos		Si	
	Soplar globos, burbujas, plumas			Si
	Aplicar presión o vibración al diafragma, costillas, etc.			Si

	Aplicar hielo en el diafragma			Si
Ajustes posturales	Postura erguida para persona con problemas inspiratorios		Si	
	Postura en supino para personas con problemas espiratorios		Si	
Asistencia protésica	Adaptación del sistema de sedestación en personas con problemas espiratorios		Si	
	Tableros/palas espiratorias		Si	
	Empujar en el abdomen con una mano mientras se espira		Si	
	Modificación del patrón inspiratorio/espiratorio		Si	
	Faja abdominal	Si		
	Chequeo inspiratorio		Si	
	Practicar un patrón respiratorio efectivo (inspiraciones rápidas y espiraciones lentas y controladas)		Si	
	Chequeo inspiratorio sin habla Practicar cambios entre inspiración y espiración		Si	
	Facilitar la coordinación inhalatoria y el habla a través de la inhalación o la coordinación exhalatoria a través del soplo		Si	
	Mejorar la conciencia del patrón respiratorio-habla		Si	
Aprender a evaluar y monitorizar los niveles de intensidad durante el habla		Si		

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 11 de 44

	Usar grupos espiratorios óptimos		Si	
	Combinar los movimientos de presión abdominal con las instrucciones sobre alcanzar la extensión adecuada durante la inspiración/espiración para hablar		Si	
	Entrenar la habilidad para modificar la profundidad de la inspiración dependiendo de la longitud y la intensidad del enunciado		Si	
Estrategias físicas para mejorar la aducción	Técnicas de cierre de esfuerzo	Si		
	Ataque glótico duro		Si	
	Ajustes posturales (p. ej. rotación de la cabeza)		Si	
	Manipulación física del tiroides		Si	
Técnicas no-verbales	Relajación muscular o masaje		Si	
Técnicas verbales	Estrategias de reducción de tensión (por ejemplo, técnicas de fonación de inicio suave)	Si		



Adaptado de Spencer et al. (2003).

7.1 Métodos conductual-logopédicos

Incidan principalmente en los aspectos estructural-corporales y funcionales, el objeto de intervención puede ser la respiración, la fonación, la resonancia, la articulación, la tasa de habla, la prosodia y la inteligibilidad.

El uso de estos métodos pretende trabajar conductas y habilidades motoras que el paciente tiene que adquirir, debe observar los principios del aprendizaje motor propuestos por McNeil (1997).

Estos principios se dividen en dos grupos: la prepráctica y la práctica.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 12 de 44

- Los principios de la prepráctica son: motivación hacia el aprendizaje, corrección de la ejecución, conocimiento general (sobre el objetivo y el aprendizaje), relación instrucción-atención, aprendizaje observacional, preentrenamiento verbal y conocimiento de cómo es el movimiento.
- Los principios en los que se basa la práctica son: consistencia y variabilidad, práctica bloqueada y aleatoria, práctica mental, ejercitación, autoaprendizaje, equilibrio precisión velocidad y retroalimentación.

7.2 Métodos pragmáticos

Los métodos pragmáticos incluyen, tanto las estrategias de intervención dirigidas a la modificación del modo en que tiene lugar la comunicación, como las actuaciones sobre aspectos más globales, como son las barreras sociales que puede encontrar la persona con disartria.



Las estrategias que modifican la comunicación pueden ser aprendidas tanto por el hablante con disartria como por el interlocutor. Existen por tanto estrategias distintas específicas para el hablante, el interlocutor y el manejo del contexto comunicativo en el que tiene lugar la interacción verbal.

7.3 Técnicas específicas de intervención clínica

Una vez establecidas las líneas de actuación que va a seguir el plan de intervención, el orden en el cuál se va a trabajar las dificultades encontradas, la modalidad, intensidad y duración del tratamiento, deben seleccionarse las técnicas que se consideran más adecuadas dentro de cada método de intervención.

Respiración

- Las técnicas que pueden emplearse en la reducción de las limitaciones respiratorias de la persona con disartria incluyen aquellas que mejoran el soporte fisiológico respiratorio o aquellas que actúan de forma compensatoria maximizando las capacidades respiratorias.
- El control postural y el posicionamiento correcto (con ajustes posturales y sistemas de posicionamiento).
- Ejercicios isométricos e isotónicos de control respiratorio
- Técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva; ejercicios que implican la coordinación entre la respiración y la fonación como el tiempo máximo de fonación sostenida, el grupo fónico y la técnica de chequeo inspiratorio.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 13 de 44

Existen otras técnicas del método instrumental que son de igual importancia.

Las fajas abdominales, los tableros o las palas, los manómetros de tubo-U (en su defecto, el manómetro casero vaso-pajita), los inspirómetros incentivados volumétricos, los programas informáticos como el *SpeechViewer*, el *SonaPitch* y el *SpeechTraining*.

Fonación

- Indirectas: como la inducción miofacial o la facilitación neuromuscular propioceptiva.
- Directas indicadas bien para la hiperaducción, como el método del masticado, la técnica del bostezo, la de inicio de sonoridad suave, la fonación con volumen pulmonar elevado, o bien para la hipoaducción, como la técnica de inicio de la sonoridad dura, la de cierre glótico con esfuerzo, los ajustes posturales del cuello, el incremento de la frecuencia vocal, la manipulación física del tiroides y el programa de *Lee Silverman*.
- Cuando se pretende trabajar la coordinación entre el sistema respiratorio y el fonatorio se recurre a técnicas como el inicio de la fonación tras comenzar la espiración, el control de la fonación sostenida y el método del acento.

Articulación



- Las técnicas indirectas, Son aquellas que promueven la regulación del tono muscular como, la relajación progresiva, la vibración de la musculatura, el método del masticado, la liberación miofacial o el incremento del esfuerzo fisiológico. Otras técnicas permiten el incremento del tono en casos de hipotonía. Este es el caso de los ejercicios isotónicos e isométricos, la facilitación neuromuscular propioceptiva.
- Las técnicas directas trabajan los movimientos verbales se encuentra la derivación fonética, el posicionamiento fonético, la estimulación integral, los contrastes mínimos, el programa PROMPT o las estrategias compensatorias.

Acento y entonación

Existen dos técnicas dentro del método conductual-logopédico:

- el acento prosódico (word stress)
- el grupo tónico (group stress)

El acento prosódico desempeña una función distintiva importante para el habla. Los ejercicios empleados en su rehabilitación consisten en la lectura o la repetición de palabras que varían su significado en base a la sílaba que recibe mayor relieve dentro de la palabra.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 14 de 44

Por otro lado, para trabajar aspectos entonativos del habla las técnicas desarrolladas en este método pretenden enseñar al paciente a manejar los distintos tonemas que aparecen dentro de los grupos fónicos.

Un grupo fónico (*breath group*) es el conjunto de sílabas que se emite entre dos pausas y que puede dividirse en tres partes: rama inicial, cuerpo y rama final. Esta última es la que expresa las variaciones en el tono, o tonemas, que transmiten la función distintiva de la entonación, señalando las cuatro modalidades oracionales: enunciativa, interrogativa, exclamativa y volitiva (exhortativa, desiderativa y dubitativa).

Las técnicas empleadas para trabajar los tonemas pueden variar entre la repetición, producción espontánea, lectura de frases u otras que trabajen todas las modalidades oracionales apoyándose en explicaciones explícitas y el uso de medios informáticos.

7.5 Tratamiento Rehabilitatorio

7.5.1 Postura



Objetivo: Adquirirá una postura adecuada (cuerpo en línea media con el peso repartido en los dos hemisferios sin ninguna inclinación), para mejorar la calidad de habla del paciente.

7.5.1.1 Disociación:

Objetivo: Realizar la disociación de los movimientos de la cintura pélvica con la escapular, cuello y cabeza para poder ejecutar movimientos complejos.

Actividades:

- Disociación de cintura escapular y pélvica: el paciente se acuesta apoyando toda la columna vertebral sobre la colchoneta, con las palmas de las manos apoyadas, se flexionan las piernas hacia el abdomen y se giran hacia los lados.
- En la posición anterior, flexionar las piernas hacia el abdomen, empujando.
- Disociación de cintura pélvica, se coloca la mano bajo la pelvis del paciente y se le empuja hacia el lado contrario.
- Disociación del tronco con cintura escapular, el paciente se acuesta y eleva los miembros superiores, posteriormente en posición parado.
- Disociación de hombros, en la misma postura, se coloca la mano de bajo del omoplato y se empuja hacia el lado contrario.
- Misma posición, jalando el brazo del paciente hacia el lado opuesto empujando el omoplato, ambos brazos.
- Misma posición, jalar el brazo al lado opuesto, hasta girar completamente la cintura empujando la espalda.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 15 de 44



- h) Acostado, el paciente tratará de alcanzar objetos con una mano abarcando todo el campo visual, sin girar la cabeza
- i) Acostado, con la espalda bien apoyada en el piso, se le colocan las manos en la parte posterior de la cabeza y se le levanta varias veces.
- j) En la misma posición se coloca una mano en la cabeza del paciente y otra en la barbilla y se gira la cabeza hacia ambos lados varias veces.
- k) Se coloca la palma de la mano en la parte temporal de la cabeza, atrás de la oreja, y con la otra mano se empuja la espalda del paciente al lado contrario.
- l) Disociación del cuello con la cintura escapular: el paciente eleva los hombros al mismo tiempo que endereza la cabeza.
- m) Disociación de movimientos de hombros (carga de peso). El paciente se acuesta y cruza un brazo sobre su pecho y apoya la mano en el piso, al mismo tiempo se le empuja el hombro del brazo cruzado.
- n) Disociación y rotación. Estando acostado, sentarse apoyando el codo en el piso y rotando en movimiento, para ambos lados.
- o) Disociación en posición sentado: el paciente se sienta con las piernas relajadas y juntas, se le jala el brazo izquierdo y posteriormente el brazo derecho.

7.5.1.2 Ejercicios de cuello:

Objetivo: Fortalecer y relajar los músculos del cuello para favorecer la movilidad de la musculatura extrínseca de la laringe.

Actividades

- a. En posición acostado, con los brazos en los costados y cuidando la línea media, la terapeuta se coloca detrás del paciente y toma su cuello realizando movimientos delicados hacia delante, atrás, diagonales, laterales y semicirculares. Sólo el cuello debe moverse.
- b.- En la misma posición se le cruza un brazo de manera que quede encima de la pelvis y se jala el cuello delicadamente en dirección del brazo cruzado y al contrario.
- c.- En posición sentado se toma el cuello del paciente y se realizan movimientos hacia arriba, abajo, laterales, diagonales y rotatorios.
- d.- El paciente realizará los movimientos por sí sólo.
- e.- Flexionar la cabeza hacia delante sobre el esternón, levantarla, mirar en frente, flexionar la nuca sobre la espalda, estirando mucho la zona anterior del cuello, enderezar la cabeza mirar al frente y repetir.
- f.- Cabeza recta en el centro, rotación de la cabeza hacia la derecha mirándose el hombro derecho y dar un par de rebotes en el mismo lado, de derecha a izquierda (con cuidado de no hacer movimientos bruscos) volver al centro, cabeza recta, rotarla hacia el lado izquierdo y repetir.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 16 de 44

g.- Iniciar el ejercicio con la cabeza flexionada hacia delante con la barbilla entre el esternón y el hombro sin parar en el centro flexionar la nuca sobre la espalda como si se quisiera tocar el hombro contralateral, pasar la cabeza completamente flexionada hacia el otro lado y repetir.

h.- Cabeza flexionada sobre el pecho, ir extendiéndola hacia delante y arriba con los labios juntos y estirados como si se estuviera diciendo "u", permanecer dos o tres segundos y flexionar de nuevo la cabeza sobre el tórax.

i.- Flexionar la nuca sobre la espalda bien estirado el cuello, abrir y cerrar varias veces la mandíbula llevándola hacia delante.

7.5.2 Tono muscular

Objetivo: Adquirir y regularizar el tono muscular, la fuerza y precisión de movimientos de cara, cuello y órganos fonoarticuladores. Normalizará la contracción sostenida de los músculos para que realicen sus funciones en forma simétrica y correcta.

7.5.2.1 Métodos de relajación:

7.5.2.1.1 Método de Jacobson:



La relajación progresiva se inicia con la percepción de la sensación muscular, destinada a entrenar la autopercepción del individuo en el estado de contracción de los músculos.

El procedimiento consiste en que el paciente esté acostado, flexione su brazo izquierdo e indique si nota contracción de su bíceps:

- Entonces se ejerce una ligera resistencia al movimiento para que el paciente perciba la sensación de contracción muscular.
- Se le explica que lo que se busca es precisamente que perciba totalmente lo opuesto.
- Se le enseña a percibir muscularmente el descenso del tono que implica la contractura y lo que no debe hacer.
- Se repite con cada brazo.
- Paulatinamente se estudian todos los grupos musculares del cuerpo.
- Se trata de pasar a la relajación pura y rápida del mayor grupo posible de músculos.

1er. etapa: Todos los grupos musculares que se refieren a la motricidad voluntaria, es decir, los de los miembros, del tronco, de los hombros y el cuello, tanto flexor como extensor. Luego siguen los músculos de la cara, después la musculatura extrínseca de ojo y de los músculos que intervienen en la articulación de la palabra.

El paciente cuenta hasta diez en voz alta, luego cada vez más débilmente mientras nota sensaciones de tensión en los músculos de la lengua, mejillas, laringe y musculatura respiratoria,

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03 Hoja: 17 de 44

para aprender luego a distender las diversas regiones. Cuando el sujeto ha obtenido una distensión general y llega a la etapa de la cara, ojos y aparato de la fonación asiste gradualmente a la desaparición espontánea de la actividad mental. Este estado no muy prolongado lleva al sueño con toda naturalidad.

El paciente termina en una profunda relajación general, realizada en posición decúbito dorsal.

2da. etapa: Se educa la relajación diferencial, el sujeto ahora sentado en un sillón vuelve a practicar los mismos ejercicios anteriores. Se busca que el paciente utilice en la vida cotidiana la facultad de relajarse.

3ra etapa: Consiste en una especie de descondicionamiento, el paciente se hará consciente en la vida cotidiana, de las tensiones musculares.

7.5.3 Masoterapia

7.5.3.1 Masaje en cara:

Para aumentar tono:	Para disminuir tono:
a) Empezar por la frente, apoyando los dedos pulgares de ambas manos y se recorrerá la cara desde el centro hacia afuera, hasta terminar con la boca y el mentón. b) Con la punta de los dedos se ejecutarán pequeños golpecitos recorriendo toda la cara, ejerciendo cierta intensidad.	a) El masaje debe ir en dirección de las fibras musculares. b) El masaje debe aplicarse de la periferia al centro. c) Se puede emplear masaje circular a favor de las manecillas del reloj.

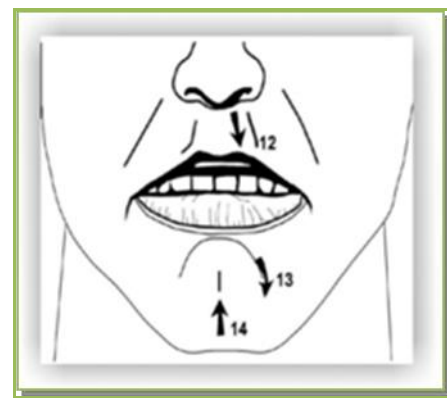
7.5.3.2 Masaje en cuello:

Para aumentar tono:	Para disminuir tono:
a) Se comienza por la parte superior del cuello y se termina en la clavícula. Se emplean movimientos del centro hacia afuera. b) Se realizan movimientos descendentes con la ayuda de todos los dedos de arriba hacia abajo.	a) Se comienza por la parte superior del cuello y se termina en la clavícula. Los movimientos van en dirección de las fibras musculares. b) El masaje se dará en forma circular en favor de las manecillas del reloj.

7.5.3.3 Masaje en labios:

- a) Colocar el dedo índice entre la nariz y el labio superior, y realizar movimientos hacia abajo.
- b) Colocar el dedo índice abajo del labio inferior, y llevarlo hacia arriba.



- c) Colocar el dedo índice en medio de los labios del paciente en forma vertical y realizar movimientos de arriba hacia abajo.
- d) Colocar el dedo índice en el labio inferior, bajar el labio y posteriormente soltar para que regrese a su posición normal.
- e) Colocar los dedos índices uno en labio superior y otro en el labio inferior y presionar hacia el centro.
- f) Con cuatro dedos colocados, dos en el labio superior y los otros en el labio inferior, estirar y fruncir los labios ejerciendo fuerza.
- g) Retracción de la comisura de los labios hacia arriba con los dedos de ambas manos.
- h) Protusión de los labios hacia abajo con los dedos de ambas manos.
- i) Retracción de la comisura de los labios hacia abajo con los dedos de ambas manos.
- j) Protusión de los labios hacia arriba.



7.5.3.4 Masaje en lengua:

Para impartir este masaje es necesario utilizar guantes.

- a) Colocar el dedo índice en la punta de la lengua y dar ligeros golpecitos.
- b) Colocar el dedo índice en la línea media de la lengua y recorrer la lengua de adelante hacia atrás.
- c) En la misma posición dar masaje en forma circular.
- d) Con un cepillo de dientes de cerdas suaves, dar masaje de la parte posterior de la lengua hacia la punta.
- e) Con el cepillo dar masaje en forma circular.
- f) Con el dedo en la posición anterior oprimir la parte anterior de la lengua y soltarla.
- g) Colocar el dedo índice por debajo de la lengua y empujar ligeramente la punta hacia arriba.
- h) Estimular las partes laterales de la lengua, de atrás hacia adelante con el dedo índice, después estimular la punta de la lengua con el dedo índice de atrás hacia adelante.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 19 de 44

7.5.3.5 Masaje en paladar:

- Colocar el dedo índice en el paladar duro y recorrer la línea media hacia el paladar blando.
- Con el dedo índice dar masaje circular en el velo del paladar.
- Utilizando el dedo índice se empuja el velo del paladar.
- Con el dedo índice realizar movimientos de arriba hacia abajo.

7.5.4 Fuerza y Movimiento:

Objetivo: Recuperar la fuerza y movilidad de los músculos de la cara, labios, lengua y paladar.

7.5.4.1 Ejercicios Orofaciales

Actividades:

Ejercicios para aumentar la fuerza muscular: Estos ejercicios deben ser repetitivos forzando al máximo la musculatura, sin llegar al agotamiento del paciente.

7.5.4.1.1 Masticación y Deglución

7.5.4.1.1.1 Succión:

Objetivo: Mejorar el movimiento muscular conjunto y coordinado de los labios, lengua y velo de paladar, para funciones básicas



Actividades:

- Succionar paletas de agua.
- Chupar paletas de dulce.
- Tomar agua o líquido con popote.
- Tomar agua de un vaso.
- Tomar líquidos con una cuchara.
- Obstruir el popote apretando con los dedos, pidiendo al paciente succiones con fuerza y trate de que el líquido llegue a su boca.
- Pasar líquido de un recipiente a otro.
- Levantar objetos ligeros con un popote sin que se caigan y pasarlos de un lado a otro.
- Sostener con un popote papelitos cada vez más pesados (papel de china, cartoncillo, cartón)
- El mismo ejercicio anterior pero llevando los papeles de un lugar a otro.
- Chupar cañas, naranjas o cualquier fruta jugosa para succionar el líquido.
- Tomar gelatina semicuajada o flan con un popote.

7.5.4.1.1.2 Deglución:

Objetivo: Mejorar el movimiento conjunto de labios, lengua, velo del paladar, faringe y laringe en el proceso de la deglución.

Actividades:

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 20 de 44

- a) En posición sentada se le pide al paciente que inspire por la nariz y abra la boca, se toma la lengua con una gasa, se estira suavemente y se le pide que vaya diciendo /aj-aj-aj/, /ej-ej-ej/, /ja-ja-ja/, /je,je,je/.
- b) Se le pide al paciente que saque la lengua y sin sujetarla le pedimos que tosa.
- c) Sujetar un peso de 2 o 3 kg, con ambos brazos, la boca cerrada, inspirar por la nariz, apretar fuertemente la lengua contra el paladar y deglutir saliva.
- d) Mismo ejercicio, pero con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante (así se trabaja el músculo digástrico).
- e) Manteniendo un peso de dos o tres kilos con los brazos con los maxilares apretados, pegar y despegar rápidamente el dorso de la lengua, castañeteando. (se ejercita el milohioideo, elevando el hueso hioides).
- e) Apoyando la espalda contra el respaldo de la silla y los pies en el suelo, inspirar y en la pausa sujetar fuertemente la silla jalándola hacia arriba. Relajar y soltar bruscamente el aire diciendo /quic/.
- f) Inspirar y empujar un objeto pesado con las dos manos, dejar de empujar, espirar diciendo /ka... a...c/.
- g) Empujar contra la pared con los brazos y decir /tic-tuc/ mientras empuja.

7.5.4.1.1.2.1 Deglución con líquidos:

- 1.- Trago pequeño y deglutir.
- 2.- Trago largo y deglutir.
- 3.- Trago pequeño y deglutir, trago pequeño y deglutir.
- 4.- Trago largo y deglutir, trago largo y deglutir.
- 5.- Trago largo y deglutir, trago pequeño y deglutir.

7.5.4.1.1.2.2 Deglución supra glótica:

Objetivo: Cierre en las vías aéreas a nivel de las cuerdas vocales.

Indicación: Se debe hacer antes y después de la deglución.

Maniobra: Consiste en tomar aire antes y después de la deglución para mejorar el selle de las cuerdas vocales en caso de que este reducido o atrasado.

7.5.4.1.1.2.3 Deglución superglótica



Objetivo: Cierre de vías aéreas antes y después de la deglución.

Maniobra: Se toma aire con esfuerzo, antes y después de la deglución, llevando el cartílago tiroideos hacia el frente y cerrando las vías aéreas.

7.5.4.1.1.2.4 Deglución con esfuerzo:

Objetivo: Permitir que se limpie la valécula de restos alimenticios.

Indicación Cuando la lengua no se desplace correctamente hacia atrás.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 21 de 44

Maniobra: Aumentar el movimiento posterior de la lengua durante la deglución faríngea.

7.5.4.1.1.2.5 Maniobra de Mendelsohn:

Objetivo Elevar la laringe el tiempo necesario para que se lleve a cabo la protección de la vía aérea en la deglución.

Indicación: Cuando no hay elevación completa y satisfactoria de la laringe y el tiempo de apertura cricotiroides no es suficiente.

Maniobra: Llevar la laringe hacia arriba por medio de una presión manual y mantener esta elevación por un tiempo.

7.5.4.1.1.2.5 Masticación

Objetivo: Mejorar los movimientos de lengua y del maxilar inferior para una adecuada función de masticación.

Actividades:

- Colocar el alimento entre los molares y mover el maxilar inferior hacia arriba y hacia abajo.
 - Apoyar los movimientos de masticación colocando el dedo pulgar en la barba y con los cuatro dedos restantes dar masaje en forma circular hacia la línea media.
- Estos ejercicios se realizarán aumentando la consistencia de los alimentos.

7.5.5 Funciones motoras del habla:

7.5.5.1 Respiración y Soplo



7.5.5.1.1 Respiración

Objetivo: Normalizar y controlar la respiración con un patrón adecuado de acuerdo a las necesidades del paciente, así como, lograr una coordinación y control del tiempo en la inspiración y espiración.

Actividades

Estos ejercicios se deben trabajar en posición: acostado, sentado y parado.

- Inspiración nasal, lenta, profunda, regular y total. Retención de aire. Espiración nasal suave, lenta y silenciosa.
- Inspiración nasal, lenta, silenciosa y suave. Retención de aire. Espiración nasal entre cortada en dos, tres y cuatro tiempos.
- Inspiración nasal, lenta y suave. Retención de aire. Espiración rápida y continúa.
- Inspiración nasal rápida. Retención de aire. Espiración nasal lenta.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 22 de 44

- e) Inspiración nasal lenta y total. Retención del aire, espiración lenta y total.
- f) Inspiración fraccionada en tres tiempos. Retención del aire, espiración también en tres tiempos.
- g) Inspiración fraccionada en cuatro tiempos. Retención del aire, espiración rápida y total.
- h) Inspiración nasal lenta y total. Retención del aire, espiración bucal lenta.
- i) Inspiración nasal lenta y total. Retención del aire, espiración bucal rápida.
- j) Inspiración nasal regular. Retención del aire, espiración bucal en tiempos
- k) Inspiración nasal lenta, prolongada. Retención del aire, espiración silbando con violencia haciendo el máximo esfuerzo.

7.5.5.1.2 Soplo:

Objetivo: Controlar la salida de aire en la espiración para la fonación.

Actividades:

- a) Apagar velas, cerillos y veladoras, comenzando a pequeñas distancias aumentándolas poco a poco.
- b) Soplar bolitas de unicel, pelotas de ping-pong, papelitos, empujándolos hacia delante o hacia arriba.
- c) Inflar globos de diferentes tamaños.
- d) Tocar flauta, armónica o silbato.
- e) Silbar
- f) Con un popote dentro de un vaso con agua, producir burbujas de diferentes tamaños.
- g) Soplar haciendo bailar la flama de una vela sin apagarla.
- h) Con un popote y una bola de unicel, soplar guiando la pelota.
- i) Hacer gárgaras
- j) Mantener plumas en el aire.
- k) Escupir semillas en un plato.
- l) Uso del inspirómetro



7.5.5.2 Fonación:

Objetivo: Fortalecer los músculos intrínsecos y extrínsecos de la laringe para mejorar el mecanismo de cierre glótico y las características de la voz

7.5.5.2.1 Ejercicios para tonificación glótica

Actividades:

- a) Brazos entrecruzados detrás de la nuca, inspirar y en la pausa presionar la nuca contra las manos y hacer movimiento de tijera con las piernas. Espirar diciendo cuc sin voz.
- b) Repetir el ejercicio, pero ahora diciendo /ki-ku/, /gui-gu-gui/, /ji-je-ju/.



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 23 de 44

- c) Brazos relajados encima de las piernas, inspirar y en la pausa hacer dos o tres movimientos de tijera con las piernas extendidas, apoyando bien la espalda en la silla, descansar y espirar diciendo /ic/ sin voz, al principio con un soplo único y después interrumpido.
- d) Sentado con los brazos sobre las piernas, inspirar y en la pausa que empuje la nuca contra la mano del terapeuta y diga /cric-cric-cric/, /quic-quic-quic/ y /cuc-cuc-cuc/
- e) Colocar la mano sobre la frente del paciente y éste apoyará la cabeza ligeramente inclinada haciendo fuerza hacia delante, diciendo quic-quic-quic. Se empieza con tres a cuatro sílabas en cada espiración hasta diez a quince sílabas por espiración.
- f) Manos entrelazadas a la altura de los hombros, inspirar y espirar, estirando los dedos de las manos y diciendo quic-quic-quic.
- g) Manos con los puños cerrados a nivel del pecho, inspirar y al espirar llevar los brazos bruscamente hacia atrás al mismo tiempo decir piquiti, pokata, gupete, etc.
- h) Sentado con brazos relajados, producir una /m/ prolongada para que dé, el tono adecuado para que las emisiones posteriores sean con el mismo tono:
- i) Espirar emitiendo oclusivas posteriores: /k-g/ y vocales cerradas /i,u,e/, manteniendo en sonido, alargando sobre la vocal y terminando sobre una oclusiva sorda al final de la sílaba, llevando la entonación hacia el agudo como preguntando.

7.5.5.2.2 Ejercicios para tono y volumen de la voz

Actividades:

- Se empieza a trabajar con apoyo del tono fundamental. Se le pide al paciente que inspire y fone una /m/ larga sin forzar las cuerdas vocales con un sonido claro y constante ya que este es su tono de voz natural.
- Cuando el paciente se haga consciente del tono fundamental aumentamos una /o/ y una /m/ manteniendo el tono constante.
- Se continúan los ejercicios en el siguiente orden /m_u_m, m_a_m, m_e_m, m_i_m/.
- Si el paciente no tiene problemas de tensión en cuerdas vocales, se trabajan todos, si presenta problemas sólo se trabajan con /o/ y /u/.
- Se combinan vocales de la siguiente manera: m_o_m_u_m.
- Una vez que el paciente domina el tono fundamental se empiezan a trabajar tonos altos y tonos bajos por separado por medio de vocalizaciones.
- Se usan para tono grave las vocales /o/, /u/ y para tono agudo las vocales /i/, e/, de la siguiente manera:
 - Inspiración nasal. Decir el fonema /i/, con salida violenta del aire. Descanso, repetir el ejercicio varias veces.
 - Inspiración nasal total, decir el fonema /i/ prolongadamente. Descanso. Repetir el ejercicio una vez más.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
		Hoja: 24 de 44	



- Hacer todo lo anterior con todas las vocales.
- Inspiración nasal, decir los fonemas /iu/ con esfuerzo violento, sin volver a inspirar previamente. Descanso. Repetir el ejercicio.
- Inspiración nasal. Decir alternadamente los fonemas /iu/ hasta agotar el aire.
- Inspiración nasal. Decir el fonema u con salida violenta de aire. Descanso y repetir.
- Inspiración nasal. Decir alternadamente los fonemas /io/ sin volver a tomar aire previamente.
- De la misma manera se realizan las siguientes combinaciones /ie,ia,uo,ue,ua/.
- Después de una inspiración profunda producir vocalizaciones con voz suave.
- Inspiración nasal profunda, emisión de grupos de sílabas, series de números, alfabeto, etc.
- Cuando ya hayamos obtenido un tono de voz correcto y una intensidad aceptable, trabajaremos la voz proyectada. Estos ejercicios los haremos en posición de pie con una postura y verticalidad correcta. Pies apoyados en el suelo, le haremos decir series automáticas, números, días de la semana, etc.
- Trabajaremos cambios bruscos y lentos de intensidad: empezar a bajar intensidad e ir aumentando, y viceversa. Después lectura de expresiones que requieran aumento y descenso de intensidad y de entonación.
- Posición de a sin que los labios queden fijados en una mueca rígida.
- Suavemente llevarlos a la posición de u sin que se modifique el grado de distanciamiento entre ambos maxilares.
- Hacer una lista de palabras combinando las vocales y emitirlas en forma áfona y sin contracturas musculares

7.5.5.3. Articulación:

Objetivo Particular: Mejorar el control de la producción de los sonidos del habla en el habla proposicional.

Actividades:

- Se trabaja la emisión del fonema sólo empleando apoyos visuales, gestuales y gráficos, que muestren al paciente como se realiza ese sonido, cual es el movimiento y la posición correcta para ejecutarlo.
- Se trabaja el fonema combinado con vocales.
- Se combinan emisiones largas y cortas de sílabas.
- Se combinan sílabas con vocales.
- Se invierten las sílabas.
- Se implementan palabras únicamente con el fonema trabajado.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 25 de 44

- Una vez dominado el punto y modo de articulación del fonema se inicia otro con la misma estrategia que el anterior.
- Una vez que se han trabajado varios fonemas se hace la combinación de estos en palabras y frases para reforzarlos.

7.5.5.4 Resonancia:

Objetivo: Lograr la movilidad velar adecuada para evitar la nasalización de fonemas orales, así como la impostación correcta.

Actividades:

Se realizará masaje en la musculatura velofaríngea (paladar blando) como se indico anteriormente. Junto con los ejercicios de tono fundamental y los propios de velo del paladar.

7.4.5.4.1 Prosodia

Objetivo: Lograr la inteligibilidad en el habla, mejorando el mecanismo de énfasis, el ritmo, la duración de los sonidos y del habla

Actividades



Para trabajar la prosodia es necesario que los órganos de articulación tengan una buena movilidad y fuerza adecuada, conjuntamente con un control de la respiración.

Esta se trabaja junto con la fonación y la articulación, utilizando ritmo y modulación, para hacer consciente al paciente de las características de duración y acentuación de los fonemas dentro de las palabras y de estas dentro de las frases, logrando que el paciente se autorregule su habla en una conversación. Se puede auxiliar de la lectura como apoyo visual, seguir canciones en voz baja

8 Evaluación de resultados

8.1 Cuantitativo

La Profesional en Comunicación Humana recibe al paciente con informe clínico el cual será un parámetro para analizar el tipo de tratamiento que se requiere, en base a esto aplicara una serie de valoraciones terapéuticas y entrevista clínica que servirán como base para establecer el plan rehabilitatorio, las revaloraciones se realizaran de pendiendo de la evolución y los parámetros establecidos en el informe clínico dado por el servicio de foniatría se emitirán informes posteriores con las recomendaciones a seguir, el terapeuta ira recopilando y establecerá un análisis entre lo

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 26 de 44

esperado y lo alcanzado y sugerirá en el momento oportuno el alta para cuando se realice la siguiente revaloración médica.

8.2 Cualitativo

El Servicio de foniatría emite informe clínico, que describe el padecimiento inicial, subsecuente y final. La Licenciada encargada de cada paciente elaborará la valoración inicial, y un informe de acuerdo a los resultados que observe en las áreas trabajadas y superadas, las valoraciones posteriores estarán a cargo de diagnóstico.

9 Criterios de Alta

Se considerará alta de terapia cuando el paciente al pasar a revaloración médica tenga todos los elementos que requiere para alcanzar los procesos habilitados, restablecidos, integrados o en vías de superación. Al recibir el nuevo informe con las recomendaciones actuales en donde se contempla alta, La Licenciada encargada del caso dará las indicaciones finales para continuar el trabajo en casa. Los criterios máximos de permanencia son de 18 meses efectivos de terapia.

10 Anexos

VALORACION DE LA DEGLUCIÓN, VOZ Y HABLA EN PACIENTES DISARTRICOS

Ficha de Identificación

Nombre del Paciente	
Edad	
Ocupación	
Domicilio	
Teléfono	
Fecha de Identificación del Daño	
Fecha de Inicio de tratamiento	
No. de Expediente	



Diagnostico	
Tiempo de Asistencia a Terapia	
Nombre del Médico Tratante	
Nombre de la Terapeuta	
Fecha de Aplicación	
Que expectativas espera de la terapia de su familiar	
Que expectativas espera de la terapia	
Fechas de Revaloraciones	

I VALORACION DEL TONO MUSCULAR Y LA POSTURA



Instrucciones: Se observará y registrará la postura del paciente.

Indicaciones Por favor póngase de pie, de no ser posible, se realizara la observación estando sentado

a.- Descripción de la postura del paciente

Instrucciones. Tocar y marcar con una X las regiones musculares anormales.

Región del cuerpo	Flacidez			Espasticidad			Rigidez			Atrofia			Hipertrofia			Contracturas		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Evaluaciones																		
Cabeza-cara																		
Cuello																		
Tronco																		
Extremidades superiores																		

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 29 de 44

Patrón respiratorio costodiafragmatico
Patrón respiratorio abdominal

2.- Manejo de la coordinación neumofónica

Instrucción Observar y describir como realiza coordinación neumofonica y deglución.

Indicación Sentado el paciente, solicitarle que diga todos los animales que recuerde.

RESPIRACIÓN	Descripción		
Evaluaciones	1	2	3
Movimiento coordinado entre la respiración y la fonación			
Movimiento coordinado entre la respiración, fonación y deglución de la saliva			

3. Manejo de la Cantidad de aire

Instrucción Iniciar una conversación y registrar.

Indicación Inducir Pedirle al paciente que realice secuencias de dígitos, narración y dialogo.

Respiración			
Evaluaciones	1	2	3
Toma aire cada palabra			
Toma aire cada 4 palabras			
Toma aire cada 8 o más palabras			



VALORACION DE PARES CRANEALES

- Par Craneal Nervio Olfatorio

Instrucción Se valora cada narina ocluyendo la contra lateral, observar y preguntar si huele e identifica los aromas.

Indicación Cierre los ojos, Se le va a tapar un lado de su nariz y después el otro y me va decir si huele y que aroma es.

a. Huele	Identifica
----------	------------

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 30 de 44

Aroma	Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda
Evaluaciones				
Canela				
Café				
Mandarina				
Romero				

Valoración de Pares Craneales Visuales

- **Par Craneal Nervio Óptico**
- **Par Craneal Nervio Motor Ocular Común**
- **Par Craneal Nervio Patético**
- **Par Craneal Nervio Motor Ocular Externo**

Nota: Estos nervios se valoran en conjunto ya que tienen funciones sistematizadas y coordinadas.

Instrucción Realizar algunas preguntas de carácter informativo.

¿Tiene problemas para ver?, ¿Antes del evento veía bien?, ¿Ha usado lentes alguna vez?

¿Por qué?

¿Hay alguna parte del campo visual que no perciba?

Indicación Realice los siguiente movimientos con los ojos

Valoración

Músculos a Evaluar	Indicaciones	Orden verbal	Por seguimiento de objetos
Recto interno y externo	Dirija la mirada hacia el lado izquierdo y después hacia el derecho		
Recto Superior e Inferior	Dirija la mirada hacia arriba y hacia abajo		
Oblicuo Superior y Oblicuo Inferior	Dirija la mirada hacia arriba y hacia fuera después hacia abajo y hacia dentro.		

- **Par Craneal Nervio Trigémino, Glosofaríngeo, Hipogloso y Accesorio Espinal**

Nota: Estos nervios se valoran en conjunto ya que tienen funciones sistematizadas y coordinadas.

a. Instrucción Observar el tono muscular, de los diferentes órganos y músculos

a.1 Indicaciones Pedir al paciente mirar hacia el frente, cerrando la boca, pedir que la abra y después que la abra lo más grande que pueda

b. Instrucción Valorar la fuerza en oposición a los órganos y músculos (Lengua, labios, etc)

b.1 Indicación Ejemplo Pedirle al paciente que abra la boca, en oposición al examinar y ejerciendo fuerza.

c. Instrucción Observar la movilidad de los músculos y órganos

c.1 Indicaciones. Pedirle al paciente que realice diferentes movimientos para observar movilidad de los músculos y órganos.

Descripción	Músculos Masticadores			Lengua			Velo del Paladar			Observación
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
Evaluaciones										
a. Tono muscular										
b. Fuerza de la musculatura										
c. Movimiento los músculos										

Nota: Si hay presencia de hipersensibilidad, no se realiza la valoración.

Instrucción



- a. Se realizaran difentes pases con las texturas y presiones en musculos de cara y cuello
- b. Se le daran toques con cottonetes y palillos en los seis cuadrantes de la lengua, empleando el dedo para la exploración del velo del paladar.

Indicación

- a. Cierre sus ojos y digame si en el lado derecho o izquierdo siente más, describa que textura es.
- b. Abra la boca y digame, en que parte de la lengua siente más.

CUADRO VALORACIÓN DE SENSIBILIDAD

CUADRANTE	TACTO	PRESIÓN	MOVIMIENTO
Evaluaciones			
Sensibilidad de cara			
Sensibilidad del cuello			
Sensibilidad de lengua			
Sensibilidad labios			
Sensibilidad paladar			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 32 de 44

CUADRO DE VALORACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA

Músculos a Evaluar	Indicaciones	Orden verbal	Imitación de Movimientos
Geniogloso	Sacar la lengua hacia adelante y la punta moverla hacia abajo y hacia atrás.		
Estilogloso y el Amigdalogloso	Dirigir la lengua hacia arriba y hacia atrás, apretándola contra el velo del paladar.		
Palatogloso y el Faringogloso	Comprime la lengua hacia arriba y hacia atrás.		
Hiogloso	Comprime la lengua y la aproxima hacia el hioides		
Lingual Superior	Levanta la punta de la lengua y la dirige hacia atrás, eleva la epiglotis.		
Lingual Inferior	Es depresor y retractor de la punta lingual		
Transverso lingual	Aproxima a la línea media, los bordes de la lengua. (Disminuye sus diámetros transversales)		

CUADRO DE VALORACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS DEL PALADAR

Músculos a Evaluar	Indicaciones	Orden verbal	Imitación de movimientos
Elevador Palatino	Eleva el velo del paladar hacia arriba y hacia atrás. Solicitar que bostece con sonido		
Palatogloso	Baja el velo del paladar, que tosa y haga kkkkkkk.		



Palatofaríngeo	Baja el velo, estrecha el istmo de las fauces y eleva la faringe. Valorar el reflejo nauseoso		
-----------------------	---	--	--

Par Craneal Nervio Facial

Instrucción: Se solicitara al paciente realizar diferentes movimientos

Indicación: Realice los siguientes movimientos de no comprender la orden verbal, el paciente imitará los movimiento

Músculos a Evaluar	Indicaciones	Orden verbal	Imitación de Movimientos
Frontal	Arrugar frente		
Orbicular de los párpados	Guiñar		
Superciliar	Frunza el entrecejo		
Piramidal de la nariz y transverso de la nariz	Ampliar y contraer las beldillas y fruncir la nariz		
Orbicular de los labio	Beso, succión		
Buccinador	Silbar		
Elevador del labio superior	Levantar el labio superior		
Canino	Descubre el diente canino		
Cigomático mayor	Sonreír. Sin separar los labios Tira hacia arriba y afuera la comisura labial		
Cigomático menor	Separa comisuras labiales, sonreír. Arrastra hacia arriba el labio superior		
Risorio Santorini:	Expresa fuerza o tensión, sonreír.		
Triangular	Expresa tristeza, hacer las comisuras hacia abajo		
Cuadrado de la Barba	Arruga la barbilla		
Borla	Levanta el mentón,		
Masticadores:	Mueven la mandíbula, masticación y habla		
Masetero	Eleva y protruye la mandíbula		

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
	Hoja: 34 de 44		

Temporal	Eleva y retrae la mandíbula		
Pterigoideo exterior	Mueve mandíbula hacia delante y hacia los lados		
Pterigoideo interior	Eleva la mandíbula.		
Esternocleidomastoideo , cutáneo del cuello y espinal	Mover la cabeza de un lado al otro, encoger los hombros, girar la cabeza, realizar movimientos de hombros, cabeza y cuello.		

Valorar Sabores

Instrucción: Se le dará a probar diferentes sabores.

Indicación: Cierre los ojos, saque la lengua, e intente identificar cual es el sabor.

Identificar los sabores	SI			NO		
Evaluaciones	1	2	3	1	2	3
Sal						
Azúcar						
Orégano						
Limón						
Otros						

- **Par Craneal Nervio Acústico y Vestibular**

Nota: Corroborar la audición y el equilibrio paciente en el resumen del informe clínico.

VALORACION DE LA MASTICACION Y DEGLUCION

Nota: Verificar en el expediente el resultado de sus pruebas diagnósticas, de no contar con ello, realizar la siguiente exploración.

Indicación Dar al paciente a probar diferentes consistencias (líquido-agua, néctar –jugo, Pudín –natilla, solido-galleta) y volúmenes del alimentos, (3, 5, 10,15 y 20 ml)

Observaciones: Verificar los diferentes procesos y si hay síntomas de tos, atragantamiento, cambios de voz, alteraciones de la respiración, presencia de sialorrea o escurrimiento de alimentos, si se muerde la lengua, y/o reflujo gastroesofágico.

Indicaciones	Descripción		
Evaluaciones	1	2	3
Descripción del proceso de succión			
Proceso de trituración, ensalivación y formación del bolo alimenticio			
Proceso de deglución oral			



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MEDICA

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA,
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



Código:
MG-SAF-20

Fecha:
DIC 20

Rev. 03

Hoja: 35 de 44

Proceso de deglución faríngea.			
Tipos de alimentación alterna			
Reflujo gastroesofágico			
Mecanismo de eficacia y seguridad			
Volumen de los alimentos			
Consistencia de los alimentos			

VALORAR LA VOZ

Instrucciones: Solicitar al paciente la emisión de sonidos prolongados

Indicación: A la cuenta de tres pronunciar /aaaaaaaa/ y el resto de los fonemas

Tiempo de Fonación			
Evaluación	1	2	3
/m/			
/a/			
/e/			
/i/			
/o/			
/u/			

Valoración de las características de la Voz

Instrucción: La evaluación debe ser una descripción completa de la voz del paciente

Indicación: ¿Qué hizo ayer?

Características de la voz	Descripción		
Evaluaciones	1	2	3
Existe interrupción y/o ausencia de la voz			
Intensidad			
Tono			
Timbre			
Voz ronca, tensa, estrangulante			
Voz aspirada			
Voz temblorosa			

Impostación			
Tono fundamental			
Coordinación neumofónica			
Control respiratorio y fonatorio			
Alteraciones de voz después de la deglución			
Cierre glótico			
Cierre del esfínter velo-faríngeo			

Valorar la Articulación

Instrucción: Para la evaluación de la articulación utilizaremos la historia, la cual los cincuenta y seis sustantivos de uso común en las personas del habla española.

Indicación: Complete la historia de esta narración, de acuerdo a lo que ve la lamina.

Fonema	Palabra	Inicial	Media	Final	Emisión
/x/	reloj				
/m/	cama				
/ñ/	bañar				
/ua/	agua				
/j/	jabón				
/k/	cara				
/j/	ojos				
/n/	nariz				
/k/	boca				
/n/	manos				
/ñ/	uñas				
/d/	dedos				
/n/	botón				
/s/	zapatos				
/s/	vaso				
/ue/	Huevos				

/cl/	Claxon				
/ie/	Dientes				
/ei/	Peino				
/pr/	Compre				
/r/	collar				
/bl/	Blusa				
/l/	Pastel				
/s/	Lápiz				
/ua/	Cuaderno				
/k/	Casa				
/m/	Mesa				
/t/	Tacos				
/fr/	Frijoles				
/ch/	chupón				
/k/	Cuchara				
/y/	llora				
/au/	Jaula				
/eo/	León				
/gr/	Tigre				
/dr/	cocodrilo				
/f/	Elefante				
/r/	Ratón				
/g/	tortuga				
/t/	Patos				
/r/	perro				
/g/	Gato				
/fl/	Flores				
/p/	Mariposa				
/y/	Payaso				
/gl/	Globos				

/tr/	Tren				
/cl/	Bicicletas				
/d/	Cansado				
/l/	luz				
/f/	Foco				
/p/	pijama				
/cr/	cruz				

Valorar Prosodia

Instrucciones

Ver durante los diferentes ítems de la valoración las características de su prosodia.

Características de la Prosodia

Evaluaciones	1	2	3
Lenificación			
Acentuación			
Omisión de la Acentuación			
Exageración de la Acentuación			
Fluidez			
Acento prosódico homogéneo y excesivo			

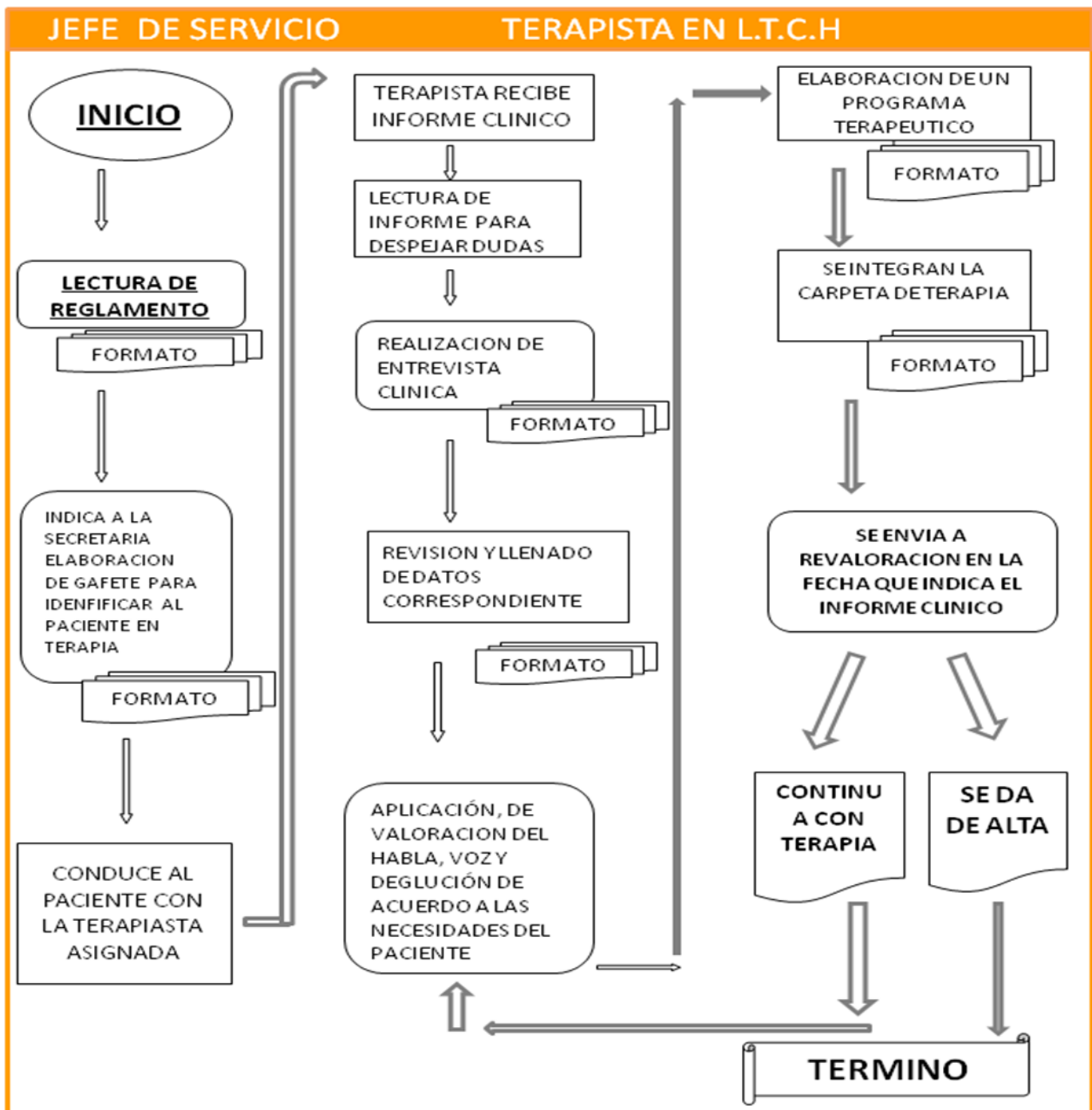
Cuadro de Valoración de General de Disartrias



Aspectos valorados y pares craneales involucrados	Leve	Moderado	Severo
Tono muscular V, VII, XII Hipotonía Hipertonía			
Postura XI			
Respiración X			
Masticación V, XII			
Deglución IX, X, XII			
Voz			

IX,X			
Articulación V,VII,IX,X,XII			

Fonemas comprometidos		Leve	Moderado	Severo
Bilabiales	/p/,/b/,/m/	V y VII		
Labiodentales	/f/	V y VII		
Alveolares	/t/,/d/,/n/,/l/,/r/	XII		
Palatales	/y/,/ñ/	XII		
Velares	/k/,/g/,/j/	IX, X		
Sordos	/p/,/t/,/k/,/s/,/f/,/j/,/ch/ /			
Sonoros- Vocales	/b/,/d/,/g/,/l/,/y/,/m/,/ n/, /ñ/,/r/	X		



10.1 Flujograma





	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 41 de 44

10.2 Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas



1. **Acosta, V., León, S., Ramos, V.** “Dificultades del habla infantil: un enfoque clínico. Investigación, teoría y práctica”. Málaga: Aljibe. (1998).
2. **American Speech-Language-Hearing Association** Evidence- Based Practice in Communication Disorders: an introduction [Technical report]. Disponible en: <http://www.asha.org/docs/pdf/PS2005-00221.pdf> (2012)
3. **Bhalla A, Sankaralingam S, Dundas R, Swaminathan R, Wolfe CD, Rudd AG.** Influence of raised plasma osmolality on clinical outcome after acute stroke. Stroke. (2000)
4. **Bee H:** “Developing child” Harper Row Publishers, New York, (1975)
5. **Boone.** “La Voz y el tratamiento de sus alteraciones”. Ed. Panamericana. (1990)
6. **Bosch, L.** “Trastornos fonológicos”. *Rev. Logop., Fon., Audiol.*, Vol. VIII, Nº 4 (1987).
7. **Bustos, I.** Reeducción de los problemas de la voz. Madrid. CEPE. (1996)
8. **Calais-Germain, B.** Anatomía para el movimiento. Tomo 1. Ed. La liebre de marzo. (2005)
9. **Calais-Germain, B** “La Respiración. Anatomía para el movimiento”. Tomo IV. Ed. La liebre de Marzo. (2006)
10. **Cannito, M. y Marquardt, T.P.** Ataxia dysarthria. En M.R. McNeil (ed.), Clinical management of sensorimotor speech disorders. New York: Thieme. (1997).
11. **Carnaby G, Hankey GJ, Pizzi J.** Behavioural intervention for dysphagia in acute stroke: A randomised controlled trial. Lancet Neurol. (2006).
12. **Casado, J. C.** “La evaluación clínica de la voz. Fundamentos médicos y logopédicos”. Málaga. Aljibe. (2002).
13. **Casanova. B et AL.** “Revisión crítica de la patogenia actual de la esclerosis Múltiple”. REV NEUROL. (1999).
14. **Challiner YC, Jarrett D, Hayward MJ, al-Jubouri MA, Julious SA.** A comparison of intravenous and subcutaneous hydration in elderly acute stroke patients. Postgrad Med J. (1994)
15. **Darley .F, Aronson. A, Brown. J:** “Differential diagnostic patterns of dysarthria. Jourual of speech and hearing research”, 12, 462-496, (1969).
16. **Dinville, C.** Los trastornos de la voz y su reeducación. Barcelona: Masson. Dickson “Communication Disorders Remedial Principles and Practices”. Scott Foresman Co, Illinois, (1975).
17. **Donals B. Freed Ph. D.,** Motor speech disorders, diagnosis and tratment 2º edition Delmar, Cengage Learning, (2012)
18. **Dunn C, Stoel Gammon C** “Normal and disorder Phonology in Children” University Park Press, Baltimore, (1985)
19. **Echeverría Goñi, S.** La voz infantil. Educación y reeducación. Ed: CEPE. Madrid. (1998)
20. **García Arango Alicia Valentina y Martínez Mercado Angélica** “Análisis de la rehabilitación de 12 pacientes disártricos posterior a la aplicación de un programa integral propuesto” Tesis. Febrero (1999).
21. **Guimaraes, I.** Os problemas de voz nos profesores: prevalência, causas, efeitos e formas de prevençao. Revista Portuguesa de Saude Publica. Vol. 22. (2004)

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
			Hoja: 42 de 44

22. **Hodgkinson B, Evans D, Wood J.** Maintaining oral hydration in older adults: a systematic review. *Int J Nurs Pract.* (2003)
23. **Horstink, M., Tolosa, E., et al.** (2006). National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Parkinson's Disease: National Clinical Guideline for Diagnosis and Management in Primary and Secondary Care National Collaborating Centre for Chronic Conditions. London (UK): Royal College of Physicians. (2006).
24. **Intercollegiate Stroke Working Party** Royal College of Physicians Trusts Funds; Stroke Association (UK); British Association of Stroke Physicians. National Clinical Guidelines for Stroke. (2012).
25. **Itzar, Galarza** "Disartria Cerebelosa. Tratamiento logopédico" *Rev. Logopedia, fon, audiológica.* Vol VIII. Nro 2 (1998).
26. **Jordi Peña Casanova** "Rehabilitación de las afasias y trastornos asociados". Ed. Masson Barcelona, (1995).
27. **J. Peña Casanova** "Manual de Logopedia". Ed. Masson. Barcelona, (1994).
28. **Kelly J, Hunt BJ, Lewis RR, Swaminathan R, Moody A, Seed PT, Rudd A.** Dehydration and venous thromboembolism after acute stroke. *QJM.* (2004)
29. **Leguel Medina Mónica Jannet** "Bases anatomofuncionales y Clínicas de las Disartrias. Prueba para valorar los aspectos involucrados en la producción del Habla del paciente Disartrico por la Terapeuta en Comunicación Humana. Propuesta de rehabilitación para las Disartrias". Tesis. Julio (1996).
30. **Le Huche.** "La voz. (cuatro tomos)" Ed. Masson. Barcelona. (2006)
31. **Leelamanit V, Limsakul C, Geater A.** Synchronized electrical stimulation in treating pharyngeal dysphagia. *Laryngoscope,* (2002).
32. **Logemann JA, Rademaker A, Pauloski BR, et al.** A randomized study comparing the shaker exercise with traditional therapy: A preliminary study. *Dysphagia,* 24(4), 403–411. (2009).
33. **Logemann.** "Evaluation and treatment of swallowing disorders" Pro-ed, Austin Texas. (1983).
34. **Logemann, J. A.** Evaluation and treatment planning for the head-injured patient with oral intake disorders. *J Head Trauma Rehabil,* 4, 24-33. (1989).
35. **Logemann, J. A.** Noninvasive approaches to deglutitive aspiration. *Dysphagia,* 8, 331-333. (1993).
36. **Logemann, J. A.** Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. (2nd ed ed.) Austin, Texas: Pro-Ed. (1998).
37. **Logemann, J. A.** Behavioral management for oropharyngeal dysphagia. *Folia-Phoniátrica-et.al Logopedica,* 51, (1999).
38. **Mallen Fortanet, D.** Trastornos del habla secundarios a un déficit instrumental: Paciente fisurado labiopalatino. Síndrome o secuencia de Pierre Robin. En: *Jornada de Orientación e Intervención Psicopedagógica. Ámbito educativo personal y profesional.* Universitat Jaume I. Barcelona, España. (2006).
39. **McCallion, M.** El libro de la voz El libro de la voz. Ed. Urano, Barcelona. (2006)
40. **Martin, S. & Darnley, L.** "The teaching voice". London. Whurr Publishers Ltd. (1996)
41. **Morrison, M. & Rammage, L** "Tratamiento de los trastornos de la Voz". Masson. (1996)
42. Parameters for Evaluation and treatment of patients with cleft Lip/Palate or other craniofacial anomalies. Official Publication of the American Cleft palate–Craniofacial Association.(1993).

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 03
	Hoja: 43 de 44		

43. **Morgan, A., & Vogel, A.** A Cochrane review of treatment for dysarthria following acquired brain injury in children and adolescents. *European Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 45, 197-204. (2009).
44. **Natalia Melle** “Disartria. Práctica basada en la evidencia y guías de práctica clínica” *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* (2012).
45. **National Stroke Foundation**; Managing complications. In: *Clinical guidelines for stroke management*. Melbourne (Australia): (2010).
46. **N. Melle Hernández** “Intervención Logopédica en la Disartria” *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, Vol. 27, No. 4, 187-197, (2007)
47. **Palmer, R., & Enderby, P.** Methods of speech therapy treatment for stable dysarthria: A review. *Advances in Speech- Language Pathology*, 9, 140 -153. (2007).
48. **Parkinson’s disease**: National Clinical Guideline for Diagnosis and Management in Primary and Secondary Care National Collaborating Centre for Chronic Conditions. London (UK): Royal College of Physicians, 242 pages. (2006).
49. **Perelló, J.**” Alteraciones de la voz”. Barcelona, Ed. Científico médica. (1980)
50. **Perelló, J.**” Evaluación del lenguaje el habla y la voz”. Ed: Lebón. (1996)
51. **Ramsey DJ, Smithard DG, Kalra L.** Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*, 34(5), 1252–1257. (2003).
52. **Revista de Medicina**. Universidad de Navarra. Monográfico: Voces Especiales. Vol. 50, nº 3, (2006).
53. **Rex J Prater** “Manual de terapéutica de la voz”. Ed. Salvat. Madrid (1990)
54. **Rivas Torres, R.M. y Fiuza Asorey, MJ.**” La voz y las disfonías funcionales. Prevención y tratamiento”. Madrid. Pirámide. (2002)
55. **Rose, M., & Baldac, S.** Translating evidence into practice. In S. Reilly, J. Douglas y J. Oates, editors. *Evidence based practice in speech pathology*. London: Whurr Publishers Ltd. (2004).
56. **Royal College of Physicians**; National Collaborating Centre for Chronic Conditions; National Institute for Health and Clinical Excellence (United Kingdom), **Parkinson’s Disease: National Clinical Guideline for Diagnosis and Management in Primary and Secondary Care**, National Collaborating Centre for Chronic Conditions. London (United Kingdom): Royal College of Physicians, 242 pages. PAG 130 (2006).
57. **Russell J. Wanda G** “Neurología para especialistas del habla y del lenguaje”. Editorial panamericana B. Aires. (1992)
58. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network.**, London (United Kingdom): Royal College of Physicians, 4th Edition, 232 pages. *Management of Patientswith Stroke: Identification and Management of Dysphagia. A National Clinical Guideline* (2010).
59. **Segre, R. & Naidich, S.** “Principios de foniatría para alumnos y profesionales del canto y la dicción”. México D.F. Ed. Panamericana. (1981)
60. **Suchowersky, O., Gronseth, G., et al.** American Academy of Neurology; National Parkinson Foundation; Parkinson’s Disease Foundation. Practice Parameter: Neuroprotective Strategies and Alternative Therapies for Parkinson Disease (An Evidence-Based Review) *Neurology*, 66(7), 976-982 (2006).
61. **Shaker R., Easterling C., Kern M., Nitschke T., Massey B., Daniels S., Grande B., Kazandjian M, Dikeman K.** Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-20
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 03 Hoja: 44 de 44

pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. *Gastroenterology*. May; 122(5):1314-21. (2002).

62. **Smith Hammond Carol A., Larry B. Goldstein, Ron D. Horner, Jun Ying, Linda Gray, Leslie Gonzalez-Rothi and Donald C. Bolser.** Predicting Aspiration in Patients With Ischemic Stroke Comparison of Clinical Signs and Aerodynamic Measures of Voluntary Cough PMC, (2011).
63. **Spencer, K., Yorkston, K., & Duffy, J.** Behavioral management of respiratory/phonatory dysfunction from dysarthria: a flowchart for guidance in clinical decision making. *Journal of Medical Speech Language Pathology*, 11, x-ixi. (2003).
64. **Taylor-Goh, S.,** Royal College of Speech and Language Therapists Clinical Guidelines: 5.9 Disorders of Fluency. RCSLT Clinical Guidelines. Bicester, Speechmark Publishing Ltd. ed. (2005).
65. **Teasell, R. W., Foley, N. C., et al.** Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation This review meets the criteria for a high-quality evidence-based systematic review. Retrieved from <http://www.ebrsr.com>. (2011).
66. **Tulón Arfelis, C.** "La voz. Técnica vocal para la rehabilitación de la voz en las disfonías funcionales". Barcelona. Paidotribo. (2000)
67. **Westson Aj, Leonard BI** "Articulation Disorders: Method of evaluation and therapy". Cliffs Notes, Lincoln. (1976).
68. **Westergren A.** Detection of eating difficulties after stroke: A systematic review. *International Nursing Review*, 53(2), 143–149. (2006).
69. **Whelan K.** Inadequate fluid intakes in dysphagic acute stroke. *Clin Nutr*. Oct; 20(5):423-8. (2001).
70. **Yorkston, K., Hakel, M., Beukelman, D., & Fager, S.** Evidence for effectiveness of treatment of loudness, rate, or prosody in dysarthria: a systematic review. *Journal of Medical Speech Language Pathology*, 15, xi-xxvi. (2007).

11 Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de la imagen institucional, actualización del nombre del instituto, actualización del contenido	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20