



**Universidad de Valladolid**



**"INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN LA ENFERMEDAD  
DE PARKINSON: ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DEL  
HABLA Y LA VOZ"**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**GRADO EN LOGOPEDIA**

*CURSO 2024-2025*

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Alumna:**

Inés Gargallo Ariño

**Tutora:**

María José Valles Del Pozo

## AGRADECIMIENTOS

*A todas las profesionales de APARVAL, por haberme enseñado tanto sobre el Párkinson y sobre esta maravillosa profesión.*

*A mis amigas y a mi familia, por apoyarme en todas y cada una de mis decisiones y mantenerse siempre a mi lado.*

*A mi padre, por dármelo todo y ayudarme a no rendirme nunca, siempre con fuerza y con alegría.*

*A mi madre, que, esté donde esté, sé que estaría super orgullosa de mí.*

*Y a mi misma, por haberlo conseguido.*

## **RESUMEN**

La enfermedad de Párkinson es un trastorno neurodegenerativo que afecta principalmente a personas mayores, aunque también puede presentarse en edades más tempranas. Se caracteriza por la pérdida de neuronas dopaminérgicas, lo que produce una serie de síntomas motores y no motores que afectan de manera significativa en la calidad de vida de quienes lo padecen.

No existe actualmente un tratamiento curativo para la enfermedad, aunque sí paliativo y es importante abordarlo de manera interdisciplinar. Las terapias de rehabilitación como la logopedia son un complemento fundamental e indispensable de tratamiento, ya que pueden mejorar la autonomía y favorecer la calidad de vida.

Este trabajo tiene como objetivo destacar la importancia de la logopedia en el tratamiento de la enfermedad de Párkinson. Para ello, he descrito los síntomas logopédicos más comunes prestando especial atención a aquellos relacionados con la voz y el habla. Además, he aportado técnicas y ejercicios terapéuticos para tratarlos, los cuales incluyen elementos lúdicos, como la música o el teatro, para hacer del tratamiento una actividad más llevadera y menos monótona.

Palabras clave: Párkinson, intervención logopédica, terapias complementarias, habla y voz en Párkinson.

## **ABSTRACT**

Parkinson's disease is a neurodegenerative disorder that mainly affects older patients, although it can also occur at younger ages. It is characterized by the loss of dopaminergic neurons, which produces a series of motor and non-motor symptoms that significantly affect the quality of life of those who suffer from it.

Currently, there is no curative treatment for the disease, although there is a palliative one and it is important to approach it in an interdisciplinary way. Rehabilitation treatments such as speech therapy are a fundamental and indispensable complement to treatment, as they can improve autonomy and enhance quality of life.

This study aims to highlight the importance of speech therapy in the treatment of Parkinson's disease. For this purpose, I have described the most common speech therapy symptoms

paying special attention to those related to voice and speech. In addition, I have designed therapeutic techniques and exercises to treat them, which include playful elements, such as music or theater, to make the treatment a more bearable and less monotonous activity.

Key words: Parkinson's disease, speech therapy, complementary therapies, speech and voice in Parkinson's disease.

## INDICE

<b>1. Introducción</b> .....	1
<b>2. Objetivos</b> .....	2
<b>3. Metodología</b> .....	3
<b>4. El Párkinson y sus síntomas</b> .....	3
4.1 ¿Qué es el Parkinson?.....	3
4.2 Signos y síntomas.....	5
4.2.1 Síntomas generales.....	5
4.2.2 Síntomas logopédicos.....	7
<b>5. Tratamiento</b> .....	10
5.1 Farmacológico.....	11
5.2 No farmacológico.....	13
<b>6. Intervención logopédica en la Enfermedad de Parkinson</b> .....	15
<b>7. Conclusiones</b> .....	28
<b>8. Referencias bibliográficas</b> .....	30

## 1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Párkinson (a partir de ahora EP) es una patología neurodegenerativa crónica que afecta a una gran parte de la población, especialmente en la tercera edad. Más allá de los síntomas motores clásicos como el temblor o la rigidez, esta enfermedad afecta a funciones esenciales como la comunicación y la deglución, aspectos que son abordados desde la logopedia.

Este trabajo recoge todos los síntomas importantes de la EP, haciendo hincapié en aquellos relacionados con la terapia logopédica, y las posteriores técnicas y actividades que se pueden llevar a cabo para tratarlos, tanto tradicionales como complementarias, estas últimas relacionadas con otros sectores que pueden servir de ayuda a nuestro tratamiento.

Considero que la multidisciplinariedad y la colaboración con otros profesionales es fundamental, ya que pueden aportar mejoras a nuestras intervenciones. En este documento trato de mostrar cómo, en ocasiones, el uso de técnicas de campos aparentemente muy distintos puede unirse para alcanzar un objetivo común.

Decidí abordar este tema en mi TFG tras mi experiencia en la Asociación de Párkinson de Valladolid (APARAL) y al contrastar el escaso conocimiento que existe sobre esta enfermedad en el ámbito de la logopedia si no trabajas con este tipo de pacientes en concreto. Esta situación despertó mi interés por profundizar en investigar sobre esta patología y otorgar la visibilidad que merece el tratamiento logopédico en este ámbito, el cual considero que no recibe la atención adecuada en el manejo de las dificultades que esta patología provoca.

En primer lugar, centré mi búsqueda en conocer qué era el Párkinson, en qué consistía esta patología y todo lo que conllevaba, describiendo los diferentes síntomas existentes, generales, tanto motores como no motores, y logopédicos, en los que hice más hincapié. Posteriormente abordé el tema del tratamiento, hablando sobre el farmacológico y mencionados los distintos medicamentos principales para tratar los síntomas anteriormente mencionados, y los no farmacológicos, donde se mencionan diferentes disciplinas que actúan como herramientas adicionales que enriquecen el proceso terapéutico y ayudan a que este sea más llevadero para los pacientes.

Finalmente me centro en la intervención logopédica. El objetivo principal de esta intervención en Párkinson es mejorar la calidad de vida del paciente mediante un enfoque paliativo y de

mantenimiento de las alteraciones en la comunicación. Así, se establecen una serie de objetivos específicos basados en los síntomas logopédicos mencionados anteriormente y su posterior tratamiento basado en información bibliográfica, pero sobre todo en mi propia experiencia. Mi objetivo principal con esta intervención es servir de ayuda a otros profesionales de nuestro sector en el tratamiento de los síntomas logopédicos más destacados del Párkinson, ya que la dificultad a la hora de encontrar artículos relacionados con este tratamiento no hace más que confirmarme la poca visibilidad que se le da a la logopedia en este campo y a la necesidad de un mayor reconocimiento.

Destacar que dentro de esta intervención se han propuesto técnicas complementarias que bajo mi criterio logopédico pueden ayudar a potenciar y a diversificar el tratamiento, debido a que es un proceso largo y para toda la vida por su condición de enfermedad crónica. Esto puede ayudar a que el proceso terapéutico sea más ameno y entretenido para los pacientes.

## **2. OBJETIVOS**

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer y reivindicar la terapia logopédica como parte esencial dentro del tratamiento de la Enfermedad de Párkinson. Se busca resaltar su importancia como una intervención eficaz para abordar los síntomas característicos de esta patología, siempre en combinación con el tratamiento farmacológico y con las técnicas complementarias, con el fin de contribuir a una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes.

Para ello se han planteado los siguientes objetivos:

- Informar sobre la enfermedad de Párkinson y su repercusión en la vida diaria de las personas que lo padecen.
- Describir los síntomas más comunes presentes en esta enfermedad.
- Destacar la relevancia de la logopedia como terapia esencial para abordar los síntomas relacionados con la voz y el habla.
- Desarrollar un plan de intervención específico para ellos, con la colaboración de técnicas complementarias para darle un toque más lúdico y humano al tratamiento.

### **3. METODOLOGÍA**

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica, en bases de datos como Dialnet o Google Académico sobre información general de la enfermedad y sobre sus síntomas más destacados, tanto motores como no motores, presentando especial atención a los síntomas logopédicos.

Se buscó información sobre los diferentes tipos de tratamiento, destacando el farmacológico y, sobre todo, el logopédico. También se buscó información sobre técnicas no farmacológicas que pueden servir como terapias complementarias al tratamiento logopédico. Esto se llevó a cabo con el objetivo de aportar un enfoque diferente al tratamiento, ya que, al tratarse de una enfermedad crónica, es decir, sin cura, el proceso puede volverse muy pesado y repetitivo para los pacientes, por lo que este enfoque busca ayudar a que el tratamiento resulte más lúdico y llevadero.

Una vez recopilada toda la información necesaria, se propuso una intervención logopédica para una serie de objetivos relacionados con los diferentes síntomas planteados anteriormente. Este apartado se fundamenta en artículos encontrados mediante la búsqueda bibliográfica y en mi experiencia propia durante mi periodo de prácticas con pacientes con enfermedad de Párkinson, además de darle un toque diferente y personal con las técnicas complementarias propuestas.

Destacar que durante la búsqueda bibliográfica se me dificultó encontrar artículos con actividades específicas enfocadas en tratar los diferentes síntomas logopédicos en Párkinson, sobre todo en lo relacionado con el masaje facial y la relajación de los músculos orales, ni desde una perspectiva logopédica, ni desde otras disciplinas.

### **4. EL PÁRKINSON Y SUS SÍNTOMAS**

#### **4.1 ¿Qué es el Parkinson?:**

La Enfermedad de Párkinson fue descubierta por un médico británico en 1817 llamado James Parkinson. A principios del siglo XX, el patólogo Friedrich Lewy identificó estructuras anormales en el cerebro de pacientes con EP, conocidas como cuerpos de Lewy, consideradas una característica patológica distintiva de la enfermedad. Arvid Carlsson demostró que el déficit de dopamina en el cerebro es un factor clave en la fisiopatología de la EP, lo cual servirá

de base para los ensayos con levodopa de Birmakmayer y HornyKievicz (De la Casa, s/f; Martínez-Fernández et al., 2016).

La EP es un trastorno neurodegenerativo caracterizado por la pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra, región del cerebro involucrada en la regulación del movimiento. Estas neuronas se encargan de producir dopamina, la cual es un neurotransmisor esencial para la coordinación y ejecución de movimientos voluntarios. Cuando la producción de dopamina disminuye, los impulsos cerebrales se transmiten de manera inadecuada, lo que genera los síntomas motores característicos de la enfermedad.

Los síntomas de esta enfermedad empeoran con el tiempo. Esta progresión suele ser gradual, comenzando típicamente en un solo lado del cuerpo, sin embargo, cada paciente puede experimentar una combinación única de síntomas, tanto motores como no motores, y una evolución distinta de la enfermedad. Por todo ello, es una enfermedad en la que el tratamiento debe ser muy individualizado (De la Casa, s/f).

- **Etiología:**

A pesar de que la edad es el principal factor de riesgo, existen otras formas de EP causadas por mutaciones genéticas específicas, además de que, factores ambientales como la exposición a pesticidas o los traumatismos craneoencefálicos repetidos, han sido vinculados a un mayor riesgo de padecerlo, mientras que el consumo de cafeína, tabaco o alcohol podría tener efectos protectores. Aunque los avances terapéuticos han mejorado significativamente la calidad de vida y la esperanza de vida de los pacientes con EP, la mortalidad sigue siendo más alta que la de la población general (Martínez-Fernández et al., 2016).

- **Epidemiología:**

La prevalencia de la EP es del 0,3% de la población aumentando al 1-2% a partir de los 60 años, por lo que el envejecimiento será el principal factor de riesgo. A pesar de que el comienzo de la enfermedad está en torno a los 60 años, uno de cada cinco pacientes es diagnosticado antes de los 50 años. Además, es una enfermedad que suele afectar más a los hombres que a las mujeres (De la Casa, s/f; Martínez-Fernández et al., 2016).

## 4.2 Signos y síntomas:

### 4.2.1 Sintomatología general:

La EP se caracteriza por alteraciones motoras, principalmente por la presencia de la triada motora, que consta de: acinesia, presente tanto en movimientos espontáneos como voluntarios; temblor en reposo, presente en un 70% de los casos; y rigidez. Además, en las últimas décadas, ha aumentado el reconocimiento de las manifestaciones no motoras debido a su alta frecuencia e impacto en la calidad de vida de los pacientes; estos incluyen síntomas como la apatía, el deterioro cognitivo o las alteraciones del sueño (Martínez-Fernández et al., 2016).

- **Síntomas motores:**

Se reconocen cuatro síntomas principales o característicos de la EP y, de acuerdo a los criterios diagnósticos, para confirmar el diagnóstico de un paciente con esta enfermedad, es necesario que presente al menos tres de los siguientes síntomas (De la Casa, s/f):

- **Temblor:** el temblor es el síntoma más distintivo en la enfermedad de Párkinson; hasta un 70% de los pacientes lo experimentan como síntoma inicial. Este se presenta principalmente en reposo y suele comenzar en una extremidad, siendo lo más común en las manos; también puede afectar a otras áreas como la mandíbula, los labios o la cara, aunque rara vez afecta al cuello (Neri-Nani, 2017; De la Casa, s/f).
- **Rigidez:** se produce debido a un aumento del tono muscular, es decir, los músculos no pueden relajarse debido a que están constantemente tensos. Según Neri-Nani (2017, p. 47), “en la rigidez, el tono muscular se dice que tiene una calidad similar a doblar una vara de plomo, es decir, es constante a través de todo el rango de movimiento”.
  - La rigidez puede manifestarse como (Neri-Nani, 2017; De la Casa, s/f):
  - Disminución de la amplitud de los movimientos del codo y del hombro.
  - Dificultad para girarse en la cama o levantarse de una silla.
  - Dolor en las extremidades y tensión en el cuello.
  - Disminución de la expresividad facial
- **Bradicinesia:** se caracteriza por la lentitud a la hora de realizar un movimiento voluntario, afectando no solo a la velocidad, sino también a la amplitud (hipocinesia). Otra manifestación de esta es la falta de expresividad en el rostro (hipomimia), la cual se

debe a la lentitud de los músculos faciales y también a la rigidez, existiendo una reducción en la frecuencia del parpadeo (Neri-Nani, 2017; De la Casa, s/f).

- **Alteración de la marcha:** uno de los primeros signos evidentes en los pacientes con EP es la lentitud al caminar. La “marcha Parkinsoniana” es una manifestación de la bradicinesia y está caracterizada por ser una marcha lenta, con pasos cortos, arrastrando los pies y sin movimiento de los brazos. Uno de los síntomas más incapacitantes de la EP es el congelamiento de la marcha: suele afectar a las piernas y se presenta como la incapacidad súbita y transitoria para moverse, sobre todo a la hora de iniciar la marcha (Neri-Nani, 2017; De la Casa, s/f).

- **Síntomas no motores:**

Los síntomas no motores, aunque son menos conocidos que los motores, también son un factor importante de la enfermedad ya que tiene un gran impacto en el día a día de los pacientes, disminuyendo así su calidad de vida.

- **Trastornos del sueño:** son muy frecuentes ocurriendo en el 69%-98% de los pacientes. Destacan los sueños vividos y la somnolencia diurna, que afecta al 50% de los pacientes y es producida por el insomnio, la depresión, la ansiedad o el deterioro cognitivo; el síndrome de las piernas inquietas, caracterizado por el deseo imperioso de mover las piernas; y las alteraciones del ciclo sueño-vigilia (De la Casa, s/f; Merello, 2008).
- **Trastornos neuropsiquiátricos:** dentro de estos encontramos (Merello, 2008):
  - Alteraciones del estado de ánimo como la depresión, presente en hasta un 70% de los casos, muchas veces precediendo a los síntomas motores considerándose un factor de riesgo; la apatía, caracteriza por falta de interés y motivación; o la ansiedad, referida como una inhabilidad para relajarse o para mantenerse calmado.
  - Demencia: se caracteriza por ser progresiva con una alteración de las habilidades visuoespaciales y de la memoria.
  - Alucinaciones e ideas delirantes, como alucinaciones visuales y delirios.
- **Síntomas gastrointestinales:** siendo el más destacado la disfagia, que es la dificultad para tragar. También pueden presentar sialorrea, que es la imposibilidad de controlar la saliva; rinorrea, que es la disminución del tono de la mucosa nasal favoreciendo la secreción nasal; y estreñimiento o pérdida de peso (Merello, 2008).

#### 4.4.1 Sintomatología logopédica:

La EP, aunque se manifiesta principalmente a través de síntomas motores, también puede afectar a funciones como la comunicación y la deglución. Estas dificultades pueden provocar alteraciones en el habla y en la voz. En este sentido, la intervención logopédica cumple un papel crucial, ya que permite tratar de manera directa estos síntomas.

A continuación, se presentan los síntomas logopédicos más comunes en personas con EP:

- **Trastornos del lenguaje:** a pesar de que las alteraciones del lenguaje de los enfermos de Parkinson son consideradas uno de los ítems que evalúan los síntomas motores de esta enfermedad, han sido menos estudiadas a diferencia de las alteraciones del habla (de índole fonético), que son mucho más estudiadas y están presentes en un mayor número de estudios (Paredes & Espinosa, 2020).

Diversos estudios científicos han evidenciado alteraciones en el procesamiento léxico, semántico y sintáctico en individuos con EP. Aunque estos déficits lingüísticos son menos reconocidos que los síntomas motores, se ha observado que los pacientes presentan un rendimiento inferior en tareas de comprensión de oraciones con estructuras complejas y sin un orden canónico. La mayoría de los estudios sobre el lenguaje en la EP subrayan la estrecha relación entre las dificultades de comprensión del lenguaje con las limitaciones en las funciones ejecutivas, esenciales para el procesamiento lingüístico eficiente; por lo que, la alteración de cualquiera de estas funciones puede afectar significativamente a cualquier tarea que las requiera, como la comprensión de oraciones complejas, afectando al lenguaje en sí mismo (Szenkman, 2019; Lavanderos & Alonso-Sánchez, 2023).

- **Trastornos del habla y de la voz:** las características acústicas de los pacientes con EP se deben a que la pérdida de células dopaminérgicas produce déficits motores que afectan a los tres subsistemas relacionados con el control motor del habla: el respiratorio, el fonatorio y el articulatorio; su alteración afecta a la voz y a la adecuada coordinación del habla. A pesar de esto, todavía se desconoce cuál es el patrón específico de desarrollo de los síntomas del habla, ya que se cree que existen más mecanismos implicados que solamente los dopaminérgicos (Martínez-Sánchez, 2010; Jara et. al, 2025). Los trastornos de la voz y del habla afectan a entre un 40% y un 80% de las personas con EP. El trastorno del habla que se presenta en un 90% de los casos se conoce como disartria hipocinética,

la cual afecta a todos los procesos motores: respiración, fonación, articulación, resonancia, prosodia y fluidez. Esta puede aparecer en cualquier etapa y suele empeorar con el avance de la enfermedad (Picó & Yévenes, 2019). La rigidez muscular asociada a la EP afecta al sistema respiratorio, el cual es el encargado de regular el flujo y la presión del aire necesario para que se produzca la voz, lo que puede resultar en una voz de tono grave. Esta también afecta a la habilidad para modular la intensidad de la voz y al sistema fonatorio, el cual afecta al ritmo vibratorio de las cuerdas vocales (Martínez-Sánchez, 2010).

Según Picó & Yévenes (2019, p. 38), los trastornos del habla asociados a la EP se caracterizan por:

- Reducción del control muscular de las estructuras articulatorias.
- Articulación imprecisa de consonantes y vocales.
- Habla monótona (disprosodia).
- Trastornos de velocidad del habla (aceleración o desaceleración)
- Trastornos de fluidez, sobre todo palilalia (repetición de sílabas o palabras).
- Pausas involuntarias e inapropiadas.
- Reducción de la inteligibilidad del habla.

El habla de las personas con EP se caracteriza por una sonoridad e intensidad monótona y de bajo tono, con una prosodia empobrecida que tiende a desvanecerse al final de la fonación. La producción del habla se realiza en ataques lentos y con pausas significativas para respirar entre palabras y sílabas, lo que reduce la fluidez verbal y el ritmo. En ocasiones también se observan repeticiones de sílabas, palabras o frases (Martínez-Sánchez, 2010).

El 45% de los pacientes, presentan alteraciones de la articulación, la cual es el componente más estudiado de la disartria hipocinética y se caracteriza por ser vaga, débil, susurrante, imprecisa, lenta o acelerada y confusa. Aunque no existe un único patrón de alteraciones articulatorias, se observa una movilidad reducida de la lengua, labios y mandíbula, así como una movilidad retardada del paladar blando, lo que afecta a la producción de vocales y consonantes y sobre todo, a aquellos fonemas cuyo modo de articulación se produce en zonas más internas del aparato articulador (Torres et. al, 2001). La reducción de la velocidad articulatoria se debe a que los músculos antagonistas están contraídos de manera simultánea, los cuales normalmente están

inervados para mantener el tono muscular necesario para la producción del habla. En la EP, este tono se ve alterado, lo que provoca una rigidez muscular generalizada y una movilidad reducida en los órganos fonoarticuladores (Jara-Cabrera & Farías 2023).

Diversos estudios han identificado que la prosodia es una de las dimensiones más afectadas en las etapas tempranas de la EP. La disprosodia se caracteriza por un habla monótona y por dificultades tanto en la producción como en la identificación de la prosodia emocional de otros. Actualmente se debate si las alteraciones prosódicas de la EP son exclusivamente consecuencia de los factores que afectan al control motor o si es un déficit más amplio relacionado con el procesamiento de la información emocional. Otros autores afirman que una posible explicación fisiológica a este fenómeno es la rigidez del músculo critotiroideo (Jara-Cabrera & Farías, 2023; Martínez-Sánchez, 2010).

Se estima que el 90% de las personas con EP experimentan alteraciones vocales. Estas se caracterizan por una voz más suave, monótona, áspera, ronca, débil y con tendencia a la soplosidad. Además, pueden presentar temblor vocal lo que afecta a la claridad y a la fluidez del habla y se debe a la contracción involuntaria de la musculatura laríngea (Jara et. al, 2025; Jara-Cabrera & Farías, 2023). Otro parámetro alterado de la voz es la disminución progresiva del volumen conocida como hipofonía o fonostenia. Diversos autores proponen que esto se debe a la rigidez producida en la musculatura laríngea y respiratoria. En resumen, la hipofonía y el temblor vocal en la EP se deben a la rigidez muscular y a la descoordinación de la respiración y la fonación, lo que afecta a la calidad y a la intensidad de la voz.

Todas estas alteraciones pueden afectar de manera negativa a la interacción social, al bienestar psicológico y a su calidad de vida. La alteración de la prosodia y la falta de expresión facial pueden provocar que los demás malinterpreten el lenguaje de la persona con EP, incluso llegando a pensar de manera errónea que presentan depresión o que les es indiferente el oyente. A pesar de que estos trastornos son muy comunes en esta enfermedad, afectando significativamente a la capacidad de comunicación y a la calidad de vida de los pacientes, todavía se sabe muy poco acerca de cómo se producen (Picó & Yévenes, 2019).

- **Deterioro cognitivo:** aunque tradicionalmente se ha asociado el deterioro cognitivo en la EP con etapas avanzadas de la enfermedad, investigaciones recientes sugieren que en las primeras etapas de esta puede aparecer deterioro cognitivo leve, pudiéndose desarrollar demencia en las etapas más avanzadas. La demencia en EP presenta características de la demencia subcortical, como pérdida de memoria, alteración de las emociones o de la personalidad y enlentecimiento del pensamiento (Bocanegra et.al, 2014; Errea & Ara, 1999).
- **Disfagia:** la página web del Instituto de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello de Madrid define la disfagia como:

La condición médica que causa dificultad o imposibilidad absoluta al momento de tragar alimentos sólidos y líquidos. Cuando existe la disfagia, el proceso deglutorio se vuelve muy difícil y complicado, pudiendo inclusive obligar a pacientes graves a buscar vías alternativas para mantener una nutrición básica. Esta condición afecta a diversas fases del proceso de deglución y en ocasiones se debe a problemas motores asociados: la rigidez y la bradicinesia serían las culpables. Entre los signos más frecuentes se encuentran la pérdida de saliva por la comisura labial, la formación inadecuada del bolo o la lentitud en el tránsito faríngeo. En casos más graves puede ocurrir aspiración de líquidos y sólidos, lo que puede generar neumonía aspirativa siendo un determinante importante de la calidad de vida de estos pacientes. La disfagia puede manifestarse en cualquier etapa de la enfermedad por lo que es esencial adaptarse a la progresión de esta, adaptando las estrategias usadas y la alimentación del paciente a su situación particular, considerando que alimentos consumir y en qué momento, para así mitigar las consecuencias de los problemas asociados (Merello, 2008; González-Fernández et.al, 2010; Clemente & Aviñó, 2007).

## 5. TRATAMIENTO

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad compleja que presenta la necesidad de colaboración estrecha de un equipo interdisciplinario compuesto por distintos profesionales. La eficacia de este enfoque multidisciplinar es crucial para abordar de manera temprana los problemas que surgen durante el curso de la enfermedad. Se debe adoptar un enfoque terapéutico flexible, reconociendo que cada individuo es único con unas características particulares que deben ser respetadas (Zurita, 2009).

### 5.1 Farmacológico:

La intervención farmacológica es solo una de las herramientas disponibles para mejorar la calidad de vida de las personas con EP. Un avance crucial en el desarrollo del tratamiento de esta enfermedad fue el descubrimiento llevado a cabo por dos científicos, Ehringer y Hornykiwicz, de la existencia de una marcada deficiencia en el número de neuronas productoras de dopamina. Este hallazgo inspiró a Cotzias a usar levodopa para tratar los síntomas motores de la enfermedad (Vargas & Barrios, 2019). Al principio del tratamiento con levodopa, la mayoría de los pacientes con EP experimentan una mejora sostenida de los síntomas motores durante todo el día. Sin embargo, con el tiempo este beneficio inicial disminuye debido al desarrollo de complicaciones motoras y mentales, que reflejan el avance de la enfermedad (Chaná, 2009).

Como la mayoría de los síntomas de esta enfermedad están causados por la deficiencia de dopamina, los fármacos más usados buscan reemplazar esta sustancia o imitar sus efectos. La aparición de los síntomas nos indica que al menos el 80% de las células dopaminérgicas ya se han perdido. La dopamina por sí misma no puede llegar al cerebro, por lo que se usa la levodopa, un precursor de esta, que, al llegar al cerebro, se convierte en dopamina. El tratamiento usado debe ser personalizado, teniendo en cuenta las características de cada paciente. El propósito no es eliminar todos los síntomas, sino mejorar su calidad de vida, manteniendo una situación funcional (Lerma & Hernández, 2009; Vargas & Barrios, 2019).

Existen varios grupos de medicamentos útiles para el tratamiento de la EP (véase tabla 1):

**Tabla 1.**

*Distintos tipos de medicamentos para el tratamiento de la EP.*

Tipo de medicamento	Mecanismo de acción	Efectos secundarios
<u>Precusores de la dopamina (Levodopa)</u>	Es el medicamento más eficaz en el tratamiento de la lentitud y la rigidez. Se recomienda retrasar su uso para prevenir complicaciones motoras.	Intolerancia digestiva, anorexia, náuseas, vómitos y pérdida de reflejos.

<u>Agonistas dopaminérgicos</u>	Se unen a los receptores de dopamina aliviando los síntomas. Menos eficaces que la levodopa.			
	<b>No ergóticos:</b> eficaces en etapas leves y moderadas.	<b>Ergóticos:</b> para aquellos pacientes que no toleran los no ergóticos. Se usan como última opción terapéutica.	Sensación de desvanecimiento, náuseas, vómitos, somnolencia o alucinaciones.	Náuseas, vómitos, vértigos, mareos o hipotensión.
<u>Inhibidores del catabolismo de la levodopa y dopamina:</u>	Inhiben las enzimas encargadas de descomponer la levodopa y la dopamina durante su metabolización, lo que permite que se prolongue la dopamina en el cerebro.			
	<b>Inhibidores de la MAO-B:</b> aumentan la vida de la dopamina demorando el uso de la levodopa.	<b>Inhibidores de la COMT:</b> se une a la dopamina haciendo que aumente en cantidad en el cerebro.	Mareos y náuseas; cefalea intensa, rigidez de nuca o palpitaciones.	Aumento de movimientos anormales, náuseas, vómitos, coloración amarillenta de la piel y ojos o mareo.

<u>Anticolinérgicas</u>	Alivian el dolor y la rigidez, pero su efecto en la lentitud es menor.	Uso desaconsejado en pacientes mayores o con deterioro cognitivo.
-------------------------	--	---

## 5.2 No farmacológico:

La enfermedad de Parkinson, al ser una condición neurodegenerativa, puede generar una rutina terapéutica repetitiva que puede afectar a la motivación y al bienestar del paciente. Para contrarrestar esa monotonía, existen diversas técnicas complementarias como la musicoterapia, la danza o la actividad física, que no solo abordan varios síntomas motores y no motores, sino que también revitalizan las sesiones terapéuticas, manteniendo el interés y la participación activa del paciente. Es importante destacar que estas técnicas no sustituyen al tratamiento logopédico, ni mucho menos al farmacológico, sino que actúan como herramientas adicionales que enriquecen el proceso terapéutico y ayudan a que el proceso de tratamiento sea más llevadero para los pacientes. Su implementación debe ser supervisada por profesionales capacitados y adaptada a las necesidades individuales de cada paciente, garantizando así un enfoque integral y personalizado en el manejo de la enfermedad.

- **Musicoterapia:** la página web de la Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia (FEAMT) (2011), define la musicoterapia como:

El uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en entornos médicos, educacionales y cotidianos con individuos, grupos, familiares o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su salud y bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual.

Actualmente, la musicoterapia se presenta como una terapia complementaria para abordar las dificultades del habla y del estado de ánimo en personas con EP. Estudios respaldan la idea de que técnicas como el canto terapéutico, la terapia de entonación melódica y los ejercicios motores orales y respiratorios contribuyen a la calidad respiratoria, a la eficiencia glótica y al control laríngeo en personas con disartria hipocinética, presenta en la enfermedad de Parkinson (Rojas, 2018).

- **Actividad física:** los programas de ejercicio físico que incluyen entrenamiento de fuerza, resistencia, equilibrio y flexibilidad, en pacientes con EP generan efectos beneficiosos en el desarrollo de las capacidades físicas, la marcha, disminuyendo el riesgo de caídas, el

equilibrio, la coordinación, el estado de ánimo y sobre todo benefician la reducción de síntomas de rigidez muscular y bradicinesia (Mollinedo et.al, 2021).

Como se mencionó anteriormente, los trastornos del habla y la voz de la EP suelen estar relacionados con la rigidez muscular, lo que afecta tanto al aparato respiratorio como al fonador. La actividad física desempeña un papel crucial en la mejora de estos síntomas, ya que contribuye a reducir la rigidez muscular y a mejorar la movilidad de las estructuras implicadas en la producción del habla.

- **Danza:** según Valverde & Flórez (2012):

La danza contribuye enormemente a la configuración correcta del esquema corporal interno y aporta, de manera fundamental en los procesos de terapia, la globalización perceptiva del mismo como un todo coordinado. Incrementa la conciencia del cuerpo y la del movimiento a través de ritmos musicales y melodías (p. 217).

El enfoque psicomotor comparte muchos de los objetivos que cualquier tratamiento dirigido a pacientes con EP ha de tener. Su propósito es reducir los niveles de angustia y depresión, mejorar la comunicación, la funcionalidad y la movilidad y así contribuir a la mejora de la calidad de vida. Danzas como el tango han demostrado presentar beneficios a nivel físico, social y emocional. Su música y estructura de baile favorecen la salud física y mental; y en personas con EP, el baile mejora el equilibrio, la marcha, la resistencia y el tiempo de reacción (Echegoyen & López, 2022).

Aunque la danza no se centra directamente en la rehabilitación vocal, su práctica puede tener efectos indirectos positivos en la comunicación. El movimiento rítmico y la conciencia corporal fomentan una mejora de la postura y de la respiración, aspectos fundamentales para una producción vocal eficiente. Además de que puede fomentar el aumento de la confianza y la reducción de la ansiedad, factores que contribuyen a una expresión verbal más clara y fluida.

- **Teatro:** El teatro es una herramienta terapéutica para trabajar la prosodia y la entonación, ya que, a través de la interpretación de personajes y situaciones, se promueve el uso consciente de la voz, permitiendo variaciones en tono, volumen y ritmo. Esta práctica nos permite también trabajar la expresión emocional, lo que ayuda a comprender la relación entre la entonación y las diferentes emociones. Además del trabajo vocal, también se trabaja la conciencia corporal, esencial para una correcta

emisión de la voz. Al integrar la expresión vocal, corporal y emocional, el teatro no solo mejora la inteligibilidad del habla, sino que también contribuye al bienestar emocional y social.

## **6. INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA**

Simultáneamente al tratamiento farmacológico, es esencial iniciar la terapia logopédica. El objetivo principal de esta intervención en la EP es mejorar la calidad de vida del paciente mediante un enfoque paliativo y de mantenimiento de las alteraciones en la comunicación y la deglución. Al ser una enfermedad neurodegenerativa, a medida que esta avanza, van surgiendo nuevas necesidades terapéuticas a tratar, porque aspectos inicialmente preservados se verán afectados y otros empeorarán (Zurita, 2009).

Basándonos en los síntomas presentados anteriormente, podemos decir que la intervención logopédica se centra en mantener las funciones orales preservadas, mejorar la inteligibilidad del habla y paliar las alteraciones de la voz; se trabaja para intentar mejorar la prosodia, la articulación y el ritmo del habla. Además, también se trabaja en la relajación de la musculatura implicada en la fonación, favoreciendo la expresividad facial. Todo esto se implementa con el fin de retrasar la aparición de dependencia y de aislamiento social, problemas comunes en pacientes con EP, mejorando así su calidad de vida.

Según Zurita (2009), los objetivos generales en la intervención logopédica en Parkinson son:

Desarrollar y mantener los componentes del habla intactos y recuperar los deteriorados; aumentar la sensibilidad muscular; mejorar la inhibición voluntaria; atenuar las alteraciones de la voz y de la palabra; y potenciar las facultades de atención y control consciente para conseguir la generalización de los resultados terapéuticos (p. 94).

A continuación, se incluirán los objetivos con los que se trabaja en el centro APARVAL, y con los cuales yo misma trabajé durante mi estancia allí:

- A. Reducir la rigidez facial.
- B. Respiración:
  - a. Mejorar la coordinación fono-respiratoria.
  - b. Potenciar una respiración diafragmática y conseguir un correcto control respiratorio.

- c. Conseguir un control consciente de la respiración.
- C. Tonificación:
  - a. Potenciar el cierre glótico de las cuerdas vocales.
  - b. Reducir la rigidez y la tensión vocal.
- D. Articulación:
  - a. Incrementar la amplitud de los movimientos articulatorios.
  - b. Mejorar la posición articularia.
  - c. Mejorar la fluidez verbal.
- E. Ritmo:
  - a. Conseguir un ritmo adecuado de habla.
  - b. Reducir el ritmo acelerado de habla.
- F. Entonación:
  - a. Trabajar la prosodia y la musicalidad del habla.
  - b. Aumentar la variabilidad y la flexión tonal.
- G. Conseguir un volumen adecuado en el habla.
- H. Mejorar la resonancia y la sonoridad del habla.

Destacar que no todos los objetivos son iguales para todos los pacientes, pudiendo varían también en cada una de las sesiones, ya que estos deben estar basados en el propio paciente, considerando sus fortalezas, debilidades y en la evolución de su enfermedad.

Estos están establecidos para pacientes con enfermedad de Parkinson en estadios de leves a moderados y con una buena capacidad cognitiva, abarcando distintos aspectos afectados en esta enfermedad y sirviendo para paliar las alteraciones anteriormente presentadas.

**A. Reducir la rigidez facial:** como se ha explicado anteriormente, la hipomimia es la disminución de la expresión facial característica de la EP, causada por la rigidez y lentitud de los músculos faciales. Para mejorar esta condición, se pueden emplear técnicas diferentes, como las praxias (véase tabla 2), para activar y fortalecer los músculos faciales, o el masaje facial. Este último implica movimientos lentos y repetitivos para relajar la musculatura, aumentando la movilidad del rostro y así conseguir una mayor expresividad.

- Las praxias faciales (véase tabla 2) son ejercicios que consisten en movimientos controlados de los músculos faciales, con el objetivo de mejorar la motricidad

orofacial. Estas las podemos usar con distintos objetivos, como fortalecer los músculos faciales o mejorar la movilidad de los músculos orales, y para distintas patologías. En el caso de la EP, se utilizan mayoritariamente para estimular la musculatura facial consiguiendo una mayor movilidad, mejorar la inexpresividad facial, y ayudar en la mejora de la articulación del habla (disartria).

**Tabla 2.**

*Ejercicios de praxias.*

Praxias faciales	<p>Fruncir y desfruncir el ceño.</p> <p>Subir y bajar las cejas.</p> <p>Inflar los mofletes y mantener el aire.</p> <p>Inflar los mofletes, pasando el aire de un lado a otro.</p>
Praxias linguales	<p>Sacar y esconder la lengua.</p> <p>Mover la lengua de un lado a otro tanto dentro como fuera de la boca.</p> <p>Mover la lengua arriba y abajo.</p> <p>Empujar con la lengua un depresor que el terapeuta sostiene haciendo fuerza en sentido contrario.</p>
Praxias labiales	<p>Sonrisa sin/con dientes – beso.</p> <p>Llevar los labios de un lado a todo.</p> <p>Apretar los labios sujetando un objeto.</p> <p>Hacer fuerza con un depresor contra los labios en forma de beso.</p>
Praxias mandibulares	<p>Abrir y cerrar la boca todo lo que se pueda.</p>

- El masaje facial (véase tabla 3) en pacientes con Párkinson se realiza con el objetivo de relajar los músculos, caracterizados por una hipertonia que limita la movilidad facial. Para conseguir una relajación efectiva, los movimientos deben ser lentos y repetitivos, ejerciendo presión moderada, pero sin causar dolor; esta presión debe realizarse en la mayoría de los músculos desde la parte central (dentro) hacia afuera.

**Tabla 3.***Pasos del masaje facial.*

Paso	Técnica	Descripción
1	Frente	Músculo frontal: desde la inserción del músculo (dentro) hacia afuera. Cejas: desde el nacimiento (dentro) hacia afuera. Entrecejo: movimientos descendentes con dos dedos.
2	Ojos	Músculo orbicular superior: desde dentro hacia afuera. Músculo orbicular inferior: desde dentro hacia afuera. Podemos combinar ambos movimientos.
3	Nariz y labios	Músculo elevador del ala de la nariz: hacia abajo. Músculo orbicular superior de los labios: desde el surco nasolabial hacia las comisuras. Músculo orbicular inferior de los labios: desde el centro hacia las comisuras. Podemos combinar los movimientos de ambos músculos orbiculares.
4	Mandíbula	Mentón: movimientos circulares Mandíbula: desde la barbilla hacia el arriba siguiendo la mandíbula. Base de la lengua: desde el mentón hacia atrás.
5	Mejillas	ATM: desde el temporal hacia abajo. Maseteros: movimientos circulares.

A la hora de realizar los diferentes ejercicios, es esencial que los músculos involucrados en la respiración y la articulación estén relajados. Para lograrlo existen técnicas de relajación que ayudan a reducir la rigidez de estos músculos, facilitando así una ejecución más efectiva y cómoda. Estos ejercicios deben ser lentos y suaves y no deben provocar dolor. Pueden acompañarse de música suave para que el proceso de relajación sea mejor. Todos ellos se realizan inspirando el aire por la nariz y soltándolo por la boca (Bayés et.al, 2009):

- Flexión posterior y anterior: inclinar la cabeza hacia atrás lentamente inspirando y soltar el aire poco a poco llevando la cabeza hacia delante (barbilla a pecho). Repetir 3 veces.
- Rotación lateral: Girar la cabeza a la derecha mientras inspiramos e ir soltando el aire poco a poco girando la cabeza hacia la izquierda. Repetir 3 veces.
- Flexión lateral: inclinar la cabeza hacia la derecha (“oreja a hombro”) mientras inspiramos y espirar el aire volviendo la cabeza a la posición inicial. Repetir el ejercicio hacia el lado izquierdo.
- Movimiento circular: combinar todos los ejercicios anteriores realizando un círculo con la cabeza: primero hacia un lado, luego al frente, al otro lado y por último hacia atrás. Repetir 3 veces.
- Elevación de hombros: subir los hombros mientras se inspira y bajarlos espirando.
- Rotación de hombros: rotar los hombros lentamente hacia delante haciendo respiraciones lentas; repetir rotándolos hacia detrás.

**B. Respiración:** como se ha visto anteriormente, la respiración es uno de los procesos afectados por la disartria hipocinética; esta afecta a la movilidad de los músculos respiratorios, lo que supone que se vuelva superficial, aumentando la dificultad para iniciar la fonación, lo que afecta al habla y a la voz. Además, la rigidez muscular puede comprometer la coordinación entre la respiración y la articulación.

Los ejercicios que se llevan a cabo tienen como objetivo desarrollar conciencia sobre el patrón respiratorio y conseguir que la respiración sea diafragmática.

- Respiración por tiempos: primero inspiramos, siempre por la nariz durante 4 segundos, se mantiene el aire durante otros 4 segundos (apnea respiratoria) y finalmente se suelta durante otros 4 segundos. La complicación de este ejercicio reside en que el tiempo de espiración irá aumentando de manera progresiva, siguiendo la secuencia de 4-6-8-10, y los pacientes deberán ir ajustando la velocidad de la espiración para adaptarse a estos tiempos. La última espiración se realiza sin contar, hasta vaciar los pulmones sin llegar al aire residual del final.

Es importante señalar que la apnea respiratoria no es adecuada para todos los pacientes, ya que algunos pueden tener dificultades para comprenderlo o para ejecutar la técnica, debido a sus limitaciones cognitivas o pulmonares.

Estas actividades siempre deben realizarse con cuidado, respetando las capacidades individuales de cada paciente, incluso si no se completan todos los tiempos establecidos por el terapeuta.

Este tipo de actividades puede realizarse con material, como pelotas, picas o cintas elásticas, o con el propio cuerpo, acompañando cada inspiración y espiración de movimiento.

Para aquellos pacientes con sequedad, se emplean técnicas como el uso de gasas húmeda, que se colocan debajo de las fosas nasales durante la inspiración, o el uso del nebulizador, para hidratar tanto las vías respiratorias como el tracto vocal.

La coordinación fono-respiratoria es fundamental para optimizar la sincronización entre la respiración y la emisión de la voz. Esta coordinación permite una fonación más duradera y sin esfuerzo mejorando la claridad y el volumen de la voz.

Para trabajarla se emplean ejercicios que combinan la respiración con la emisión vocal.

- Respiración emitiendo sonido: esta actividad se realiza igual que la anterior, pero a la hora de soltar el aire vamos a emitir un sonido; se suelen utilizar los fonemas /s/, /f/ o /z/, o las vocales de manera sostenida. Una variante de este ejercicio es, en vez de emitir el sonido de un fonema, vamos a hacer series automáticas, como números, días de la semana o meses del año.

Otra actividad consistiría en realizar un circuito de aros en el suelo e ir diciendo una palabra mientras caminamos de un aro a otro, alargando las vocales e inspirando en cada uno de ellos. Existen numerosas variantes de este, como hacer dos palabras en vez de una de aro a aro o solo coger aire cada dos aros.

- Ejercicios de soplo: estos ejercicios son muy útiles para conseguir que la respiración sea diafragmática.

Con una vela encendida frente a nosotros, realizaremos una inspiración profunda por la nariz, e iremos soltando el aire poco a poco dirigiéndolo de manera controlada durante unos segundos hacia la llama sin apagarla; haremos el mismo ejercicio, pero esta vez apagándola con un fuerte soplo. Para aumentar la dificultad, colocaremos la vela a distintas distancias, ajustando así la intensidad del soplo.

Además de estos ejercicios específicos, la danza tiene beneficios para la salud respiratoria. Durante el baile, al hacerse un uso consciente de la respiración, ayudamos

a fortalecer los músculos respiratorios, a aumentar la capacidad pulmonar y a mejorar la oxigenación del cuerpo. En danzas como el tango, a través de movimientos rítmicos y controlados, se promueve una respiración más eficiente mejorando la función respiratoria (Echegoyen & López, 2022). El canto terapéutico también es otra buena opción para complementar los ejercicios respiratorios; este proporciona una respiración diafragmática profunda y controlada que fortalece los músculos respiratorios y mejora la capacidad pulmonar, además de integrar la coordinación fono-respiratoria, al sincronizar el flujo de aire con la emisión vocal y fomenta una mejor eficiencia glótica y un mejor control laríngeo (Rojas, 2018).

Por lo que, incorporar este tipo de actividades en los tratamientos terapéuticos no solo mejora la respiración, sino que también aporta un enfoque más dinámico y menos monótono al proceso.

- C. Tonificación:** los enfermos de Párkinson presentan síntomas como hipofonía, reducción del volumen o habla monótona; esto se debe a que la vibración y el cierre de las cuerdas vocales se ve comprometido, lo que conlleva a un escape de aire.

Nuestro objetivo es fortalecer el ataque glótico mediante el uso de sonidos oclusivos, como los fonemas /k/, /p/ y /t/, con el fin de favorecer el cierre adecuado de las cuerdas vocales y así reducir el escape de aire. Esto se logrará a través de actividades que impliquen esfuerzo vocal; estas pueden hacerse con diferentes materiales o con el cuerpo mismo.

- Ejercicios de cierre glótico: utilizando una pelota no muy dura, vamos a ir apretándola cada vez que digamos una sílaba con fuerza; utilizaremos combinaciones de sílabas que incluyan fonemas oclusivos seguidos de todas las vocales, como, por ejemplo, “pa-pe-pi-po-pu” o “kak-kek-kik-kok-kuk”, o en combinaciones como, “pa-ta-ka, pe-te-ke”, etc. Además, trabajaremos con sílabas en las que se alargue la vocal, manteniendo la presión sobre la pelota durante lo que esta dure.

Una variante de este ejercicio consiste en botar la pelota mientras decimos cada sílaba de una palabra con fuerza; también podemos pedir que cada sílaba sea pronunciada con mayor intensidad que la anterior.

Los aspectos mencionados hasta ahora son esenciales para poder abordar los siguientes, ya que constituyen la base sobre la cual se pueden llegar a observar mejoras en el habla y la voz.

En la rehabilitación del habla en pacientes con EP es fundamental trabajar la movilidad y precisión de los músculos orales, para ello se realizan ejercicios que impliquen distintos patrones de movimiento de los músculos orofaciales, fortaleciéndolo a su vez los músculos implicados en la articulación.

**D. Articulación:** como se ha mencionado anteriormente, la articulación es uno de los aspectos más afectados en la EP, siendo poco clara y precisa. El objetivo de las técnicas de articulación es conseguir una pronunciación clara y precisa, aumentando la inteligibilidad del habla.

- Las praxias orofaciales (véase tabla 2), se utilizan para estimular y fortalecer la musculatura facial, consiguiendo una mayor movilidad, y así ayudar a la mejora de la articulación del habla. Estas pueden ir acompañadas de música suave y rítmica para marcar los tiempos y así estimular de forma lúdica los movimientos faciales mejorando su coordinación y su tono muscular.
- Vocalizaciones: estos ejercicios consisten en articular las vocales de forma exagerada, abriendo y moviendo la boca exageradamente. Esto ayuda a mejorar la movilidad y la coordinación de los músculos orales, facilitando una pronunciación más precisa y clara.

Una vez trabajadas las vocales de manera individual, se pasará a trabajar con palabras con diferentes combinaciones de vocales, de nuevo exagerando la posición y los movimientos articulatorios, alargando ligeramente la duración de cada vocal. Se priorizarán aquellas palabras que contengan las vocales /a/ u /o/, ya que son las que requieren una mayor amplitud de movimiento.

Estos ejercicios se realizan frente a un espejo para que sea el propio paciente el que corrija su posición articularia, y así tome conciencia de esta.

El uso de las vocales /a/ y /o/ permite movilizar de forma más amplia los músculos orales. Al trabajar con ellas y requerir una mayor amplitud de movimiento, se facilita la mejora de la coordinación y se fortalece la musculatura implicada en la articulación.

- Frases: los siguientes ejercicios están diseñados para fortalecer y flexibilizar la musculatura bucofacial, contribuyendo a una articulación más eficiente y una mejor resonancia vocal:

- Lectura con dientes juntos: este ejercicio consiste en leer frases con los dientes juntos mientras se exageran los movimientos de los labios. Si el paciente presenta problemas dentales, se puede usar una pajita de plástico entre los dientes durante la articulación para facilitar la correcta posición y así mantener la boca abierta.
- Lectura con la boca abierta (bostezo): este ejercicio consiste en leer frases abriendo mucho la boca como si se estuviera a punto de bostezar, intentado que los labios no se toquen al articular. Al reducir el contacto de los labios y aumentar la apertura bucal, se favorece la movilidad de la mandíbula y de los músculos faciales, contribuyendo a una articulación más precisa.
- Lectura de textos: existen textos diseñados específicamente para trabajar la articulación, priorizando el uso de una o dos vocales en concreto. Como se ha mencionado anteriormente, se buscarán aquellos que presenten la /a/ o la /o/ para un mayor trabajo de la articulación.

La teatralización puede ayudar en estos tipos de ejercicios, ya que, al dramatizar los movimientos de la boca, junto con entonaciones expresivas y gestos controlados, se intensifica la conciencia de la articulación.

**E. Ritmo:** trabajar el ritmo del habla influye directamente en la articulación; este puede ser muy variable, pudiendo ser muy lento (bradilalia) o muy acelerado (taquilalia). Para conseguir una velocidad de habla más equilibrada se proponen los siguientes ejercicios:

- Silabear: una forma de entrenar el ritmo de habla es practicar la pronunciación de palabras o frases de manera silábica, marcando cada una con palmadas o golpes en, por ejemplo, una mesa. Podemos utilizar un metrónomo que marque un ritmo constante, haciendo que el paciente sincronice su habla con el ritmo establecido, e ir reduciendo este ritmo poco a poco sin que llegue a ser fatigoso para él.

Para aquellos pacientes que no tengan muchas dificultades físicas, se pueden hacer ejercicios similares de silabeo, pero de pie, utilizando aros en el suelo: cada vez que se diga una sílaba, el paciente debe dar un paso al siguiente aro; usando aros de diferentes colores podemos trabajar también variaciones de volumen o entonación.

Ejercicios similares pueden hacerse con diferentes materiales, como pelotas, por ejemplo, botándola cada vez que se diga una sílaba o lanzándola al aire mientras se da una palmada por cada una.

Con este tipo de ejercicios también estamos contribuyendo al trabajo de la articulación y de la coordinación fono-respiratoria.

- Lectura de textos: igual que el ejercicio anterior, pero con textos, donde cada palabra será un golpe de metrónomo. Se le pedirá al paciente que enfatice de manera exagerada las pausas entre palabras, con el fin de que tome conciencia de ellas.
- Contrarritmo: una variante de los ejercicios anteriores es la lectura de frases o textos pero a contrarritmo, es decir, en lugar de marcar cada sílaba o palabra con una palmada o un golpe, lo haremos después de haberla pronunciado. Otra opción consiste en contar hasta dos en silencio antes de decir la siguiente palabra.

Podemos enriquecer estos ejercicios rítmicos incorporando música y canciones; usar melodías conocidas por los usuarios para marcar patrones rítmicos o emplear instrumentos musicales sencillos, como panderetas, para acompañar el silabeo de palabras o frases, puede resultar de gran ayuda. También pueden realizarse pasos al compás mientras se pronuncian las sílabas, lo que favorece la sincronización motora y vocal, mejorando la fluidez del habla. Estos recursos musicales facilitan la coordinación y promueven una práctica más dinámica y atractiva.

- F. Entonación y prosodia:** la prosodia es la melodía del lenguaje y como se ha comentado anteriormente, es una de las dimensiones más afectadas de la EP, denominándose disprosodia. Esta se caracteriza por un habla monótona carente de inflexiones con alteración en la acentuación, y por dificultades en la producción e identificación de la prosodia emocional; esto, junto a la falta de expresión facial pueden provocar que los oyentes malinterpreten a la persona con EP, pudiendo llegar a generar un conflicto.

La entonación, por su parte, es la variación del tono de voz que usamos para expresar emociones, hacer preguntas o distinguir entre diferentes tipos de oraciones. Trabajar con diversas entonaciones contribuye a la tonificación vocal, ya que, al variarlas, se ejercitan y movilizan diferentes fibras de las cuerdas vocales.

- Escalas: para mejorar la variabilidad tonal de la voz, se utilizan ejercicios de escalas. Se comienza con escalas de vocales ascendentes y descendentes utilizando tres tonos (*do-re-mi*); sin embargo, si esto es difícil para el paciente, se puede reducir a dos tonos (*do-re*). Una vez el paciente ha comprendido la diferencia tonal, se pasa a realizar palabras, bisílabas o trisílabas, asignando un tono específico a cada sílaba. Para este tipo de actividades se utiliza el piano y así facilitar que el paciente identifique con

mayor facilidad el tono adecuado. También es útil incorporar canciones sencillas que incluyan las notas que se quieran trabajar, o incluso alguna más, con el fin de ejercitar la variabilidad tonal de la voz.

- Entonaciones: vamos a realizar ejercicios jugando con la variabilidad de entonaciones que caracterizan a cada tipo de oración (enunciativa, exclamativa, interrogativa), junto a otro tipo de entonaciones como, monocorde o imitando la voz característica del sorteo de la lotería. Además, podemos incluir frases divididas por sílabas o combinar distintos tipos de entonaciones dentro de una misma oración.
- Emociones: para trabajar la prosodia se realizan ejercicios de repetición de palabras y oraciones representando las diferentes emociones, tanto con la voz como con la expresión facial. Esto permite abordar la rigidez facial y ayudar al paciente a recordar en el futuro como debe expresarse.

Utilizar refranes, poemas o textos teatrales es una buena herramienta para trabajar tanto las emociones como las entonaciones. La dramatización permite expresar matices, modular la voz y liberar tensiones, además de ser “un descanso” para el paciente, es decir, esta variedad de actividades más lúdicas permite al paciente sentirse más motivado y hace que el proceso terapéutico sea más ameno.

**G. Volumen:** la hipofonía es una de las alteraciones frecuentes de la EP, caracterizada por una disminución progresiva del volumen de la voz. Aunque en etapas iniciales puede no ser la prioridad en el tratamiento, su impacto en la comunicación y calidad de vida de los pacientes justifica su tratamiento.

Hay que tener en cuenta que, a pesar de existir ejercicios específicos para abordar el volumen, este aspecto se trata también de manera secundaria al abordar otros componentes de la voz previamente mencionados.

El objetivo principal es aumentar la intensidad vocal y la inteligibilidad del habla, contribuyendo a una comunicación más efectiva, y a una mejor proyección de la voz.

- Aumentar volumen: se empieza con ejercicios de vocales sostenidas, en los cuales se va a ir aumentando la intensidad de forma progresiva; también se puede hacer al contrario, comenzando en un volumen alto e ir disminuyéndolo poco a poco. También puede hacerse combinando ambas en el mismo ejercicio:

ir subiendo la intensidad, mantenerla durante unos segundos y bajarla de nuevo.

Con palabras, se puede realizar igual que la actividad anterior, aumentando o disminuyendo de manera progresiva la intensidad, o se puede seleccionar una sílaba concreta y acentuarla más; también con palabras en frases cortas.

Se pueden combinar ambos ejercicios utilizando elementos como aros de diferentes tamaños: cada sílaba o palabra se realiza con una intensidad u otra dependiendo del tamaño del aro correspondiente. A este tipo de ejercicios se le puede sumar el uso de movimientos corporales que induzcan a adaptar su volumen para ajustarse al aro, por ejemplo, en un aro grande, dónde tiene que subir el volumen, llevar los brazos hacia delante con fuerza como si estuviéramos empujando a alguien.

Una de las técnicas más utilizadas para intervención logopédica es el Tratamiento de voz de Lee Silverman (LSVT). Según Luis (2017, p.4), el LSVT: “es un programa de tratamiento muy específico e intensivo que enfatiza la conversación en voz alta”.

El LSVT se distingue de las terapias tradicionales al centrarse en aumentar el volumen de la voz, mientras que las terapias tradicionales se centran en la articulación, la velocidad y la prosodia del habla. El logopeda desempeña un papel esencial, siendo su función principal guiar y motivar al paciente para que produzca una voz más fuerte mediante el esfuerzo vocal, además, se le enseña a reconocer el volumen de su voz y el esfuerzo necesario para producirla. Dado que las personas con EP suelen presentar una respiración superficial e inadecuada, este enfoque terapéutico también contribuye a mejorar la respiración, y se les enseña a reducir la velocidad del habla, lo que mejora la pronunciación. Es el logopeda el encargado de enseñarle al paciente a alcanzar y a mantener un nivel adecuado en cuanto al tono y a la intensidad de la fonación (Luis, 2017).

**H. Resonancia:** el objetivo principal de trabajar la resonancia es mejorar la claridad y la proyección de la voz, reduciendo la fatiga vocal y mejorando la comunicación. Esto se logra mediante ejercicios que se enfocan en la posición del tracto vocal. Se utiliza principalmente el sonido /m/, ya que estimula la resonancia natural de la voz, permitiendo notar las vibraciones en la cavidad bucal y en la cabeza.

- /m/ sostenida: se empieza trabajando con /m/ mantenida, inspirando aire por la nariz y al soltarlo se emite el sonido /m/ todo el tiempo que se pueda, uniendo los labios para percibir la resonancia dentro de la boca.
- Vocales: una vez trabajada la /m/ de manera aislada, se añaden vocales al final de esta. Se realiza la /m/ como en el ejercicio anterior pero más corta, y se la añade al final una vocal alargada: ej.: /mmmmmaaaaa/, /mmmmeeeeee/, etc. Tras practicar cada vocal por separado, se intenta encadenarlas todas después de una sola /m/: /mmmaaeeeeiiiiioouuu/. Si se observa que el paciente no tiene aire suficiente para completar toda la secuencia, se puede dividir en tramos.
- Palabras: se trabaja con palabras que empiecen por /m/. Se prioriza prolongar la /m/ más que las vocales, por ejemplo: “mmmmmmeeessaaa”. Se le recuerda que mantenga la extensión en la /m/, ya que muchas veces tiende a acortarse durante este ejercicio.

Al finalizar todas las sesiones en las que se trabaje la voz, se va a realizar una vocal sostenida para que así, tanto los logopedas como los propios pacientes puedan comprobar las mejoras conseguidas durante la sesión.

Además de las actividades propuestas, existen una serie de ejercicios llamados ejercicios de tracto vocal semiocluido (ETVSO).

Los ETVSO son métodos usados en la rehabilitación de la voz, que consisten en una semioclusión del tracto vocal a través de una serie de posturas o herramientas. Estos ejercicios tienen como finalidad alargar y/o ocluir parcialmente el tracto vocal, modifican el patrón vibratorio de los pliegues vocales y el patrón respiratorio (Manzano & Guzmán, 2021; Romero et.al, 2023).

Dentro de estos ejercicios se encuentran las técnicas de fonación con tubos junto a la terapia de resistencia en el agua, que consisten en la fonación en un tubo con uno de sus extremos sumergido en una botella de agua. El paciente debe mantener una fonación estable, una postura corporal óptima y seguir un patrón respiratorio normal. El objetivo de estos ejercicios es alargar de manera artificial el tracto vocal y modificar la presión subglótica, generando una

mayor o menor resistencia dependiendo de la profundidad de inmersión del tubo (Manzano, 2018; Romero et.al, 2023).

El burbujeo del agua proporciona retroalimentación visual y auditiva del aire utilizado durante la fonación. Este burbujeo, causa un “masaje” en la musculatura laríngea y en el tracto vocal, produciendo la relajación e hidratación de este, mejorando la vibración de los pliegues vocales y promoviendo una mejor respiración (Manzano, 2018).

Este método conocido comúnmente como *LaxVox* puede integrarse de forma complementaria a los ejercicios ya mencionados y abordar diversos objetivos, como, por ejemplo, la entonación: en lugar de realizar escalas vocales al aire, se pueden realizar del mismo modo utilizando el tubo, lo que permite trabajar la precisión tonal con el beneficio añadido de la resistencia acuática.

## **7. CONCLUSIÓN**

A pesar de que la logopedia cumple una función esencial en el abordaje de los síntomas del habla y la voz de la enfermedad de Parkinson, su importancia sigue siendo poco reconocida, tanto por el entorno sanitario como por los propios pacientes y sus familias. Con frecuencia se subestima su utilidad, pero, sin un tratamiento adecuado, trastornos como la hipofonía o la disartria pueden impactar muy negativamente en la calidad de vida de los pacientes, generando aislamiento social, malestar emocional e incluso complicaciones físicas.

Este trabajo busca darle la importancia que se merece aportando técnicas y ejercicios logopédicos que puedan servir de ayuda a todos aquellos profesionales que trabajan con este rango de población y que se les dificulta encontrar información de cómo tratar los diferentes síntomas. Junto a estas actividades, se proponen técnicas complementarias para darle ese punto lúdico y llevadero al tratamiento debido a su larga duración. Integrar estos recursos en la intervención logopédica permite abordar de manera eficaz los síntomas más comunes en la enfermedad de Parkinson, enriqueciendo la práctica profesional y aumentando su efectividad terapéutica.

Destacar que todas las técnicas y ejercicios mencionados a lo largo de este trabajo son accesibles para cualquier logopeda, sin la necesidad de contar con formación específica en cada una de ellas. A pesar de ello

Es importante tener en cuenta que no todos estos ejercicios son aplicables a todos los pacientes. Cada persona presenta características y limitaciones individuales que deben ser valoradas cuidadosamente. En algunos casos determinadas funciones estarán más comprometidas que otras, por lo que será necesario priorizar aquellas que faciliten una comunicación más funcional, adaptando así el plan de intervención a las necesidades específicas de cada uno.

En definitiva, la combinación de los conocimientos logopédicos con disciplinas como la música, la danza o el teatro, da lugar a un modelo de intervención más holístico, personalizado y creativo, un enfoque que no solo favorece el desarrollo de habilidades comunicativas, sino que convierte el proceso terapéutico en una experiencia significativa y gratificante para el paciente alejándose de una visión puramente clínica y aportando un componente motivacional clave para su bienestar.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bayés Rusiñol, Á., Alcaine, S., Casanovas, M., Holthoefler, A., & Petit, C. (2009). *Ejercicios físicos, de habla y voz para afectados de Parkinson*. Farmalia Comunicación. S.L.
- Bocanegra, Y., Trujillo-Orrego, N., & Pineda, D. (2014). Demencia y deterioro cognitivo leve en enfermedad de Párkinson: una revisión. *Revista de Neurología*, 59(12), 555-569.
- Chaná, P. (2009). Avances en tratamiento médico de la enfermedad de Párkinson (Advances in the medical treatment of Parkinson's disease). *Parkinsonism and Related Disorders*, 15(Suppl. 3), S22-S25.
- Clemente Benaiges, I., & Aviñó Farret, C. (2007). Papel de la logopedia en el tratamiento de la disartria y la disfagia en la enfermedad de Párkinson. *Neurología Suplemento*, 3(7), 30-33.
- De la Casa Fages, B., & Federación Española de Párkinson. (s.f). *Guía informativa de la enfermedad de Párkinson*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Echegoyen, L., & López Gómez, A. (2022). La danza del tango como medidor terapéutico en el abordaje psicomotriz en adultos con síndrome parkinsoniano. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, (47), 79-95.
- Errea Abad, L. M<sup>a</sup>, & Ara Callizo, J. R. (1999). Deterioro cognoscitivo en la enfermedad de Párkinson: Factores de riesgo asociados. *Revista de Neurología*, 28(5), 439-443.
- Federación española de Asociaciones de Musicoterapia (FEAMT). (s.f). *¿Qué es la musicoterapia?* <https://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/>
- González-Fernández, J., Prieto-Tedejo, R., Velasco-Palacios, L., Jorge-Roldán, D., & Cubodelgado, E. (2010). Trastornos digestivos en la enfermedad de Párkinson: Disfagia y Sialorrea. *Revista de Neurología*, 50(Supl. 2), S51-S54.
- Instituto ORL-IOM. (2018, 5 de febrero). *Disfagia: causas, tipos y tratamientos*. <https://www.institutoorl-iom.com/disfagia/>
- Jara, G., Peralta, C., Gallegos, D., Sepúlveda, C., Carrasco, P., Higuera, C., & Gálvez, C. (2025). Análisis multidimensional de la voz en usuarios con enfermedad de Párkinson: Un

- estudio de casos. *Revista de Investigación en Logopedia*, 15(1), e95699.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/RLOG/article/view/95699>
- Jara-Cabrera, G., & Farías, P.-G- (2023). Alteraciones de la voz y habla en la enfermedad de Párkinson: Una revisión de la literatura. *Revista Científica Signos Fónicos*, 9(2), 1-12.
- Lavanderos, D., & Alonso-Sánchez, M.F. (2023). Procesamiento sintáctico en personas con enfermedad de Párkinson. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 43, 100286.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021446032200064X?via%3Dihub>
- Lerma Gaude, V., & Hernández Sansalvador, M. (2009). *Guía de información sobre medicamentos para enfermos de Parkinson* (1º ed.). Servicio de Farmacia del Área Funcional de Gestión de Albacete. ISBN: 978-84-613-3290-8.
- Luis Parrón, S. (2017). Tratamiento de voz Lee Silverman en la disartria hipocinética: Revisión de la efectividad del tratamiento en los enfermos de Parkinson. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 37(3), 130-144.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0214460317300207?via%3Dihub>
- Manzano Aquihauatl, C., & Guzmán, M. (2021). Rehabilitación vocal fisiológica con ejercicios de tracto vocal semiocluido. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 3(1), 61-86. <https://riics.info/index.php/RCMC/article/view/68>
- Manzano Aquihauatl, C. (2018). Rehabilitación fisiológica de la voz: Terapia de resistencia en el agua (Artículo de revisión). *Areté: revista de fonoaudiología*, 18(2), 75-82.  
<https://arete.iberro.edu.co/article/view/art.18207/pdf>
- Martínez-Fernández, R., Gasca-Salas, C., Sánchez-Ferro, Á., & Obeso, J.Á. (2016) Actualización en la enfermedad de Párkinson. *Revista Médica Clínica las Condes*, 27(3) 363-379.
- Martínez-Sánchez, F. (2010). Trastornos del habla y la voz en la enfermedad de Párkinson. *Revista de Neurología*, 51(9), 542-550.
- Merello, M. (2008). Trastornos no motores en la enfermedad de Parkinson. *Revista de Neurología*, 47(5), 261-170.

- Mollinedo Cadalda, I., Pitombeira Pereira Pedro, K., López Rodríguez, A., & Cancela Carral, J.M. (2021). Aplicación de un programa de ejercicio físico coordinativo a través del sistema de MOTomed en personas mayores diagnosticadas de enfermedad de Parkinson moderado-severo. Estudio de casos. *Restos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 39, 13-17.
- Neri-Nani, G.A. (2017). Síntomas motores de la enfermedad de Párkinson. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 45(2), 45-50. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/publicaciones.cgi?IDREVISTA=96>
- Paredes Duarte, M.L., & Espinosa Rosso, R. (2020). Alteraciones lingüísticas en la enfermedad de Párkinson: Aproximación estadística a un estudio con variantes. *Pragmalingüística, (monográfico2)*, 272-286. <https://revistas.uca.es/index.php/pragma/article/view/4993/6601>
- Picó Berenguer, M., & Yévenes Briones, H. A. (2019). Trastornos del habla en la enfermedad de Párkinson: Revisión. *Revista Científica de Ciencias Médicas*, 22(1), 36-42.
- Rojas Romero, C.J. (2018), Musicoterapia, habla y estado de ánimo: efecto en personas con enfermedad de Parkinson. *Revista Areté. Fonoaudiología*, 18(1), 13-21.
- Romero Arias, T., Betancort Montesinos, M., Hernández Kaulffman, C., & Pérez del Olmo, A. (2023). Eficacia de los ejercicios de tracto vocal semiocluido en el temblor esencial: un estudio de caso. *Revista de Investigación en Logopedia*, 13(1), e80480. <https://revistas.ucm.es/index.php/RLOG/article/view/80480>
- Sánchez, C., Bacigalupe, M. de los Á., Puol, S., Dillon, J. L., & Oleastro, R. (2014). Ritmo, danza y música como estrategia de mejoramiento de la movilidad de las personas con enfermedad de Parkinson. *vPEG*, 5(1), 2-2.
- Szenkman, D. (2019). Alteraciones del lenguaje asociadas a la enfermedad de Párkinson. En *IV Congreso Internacional de Letras* (pp. 503-507). Instituto de Lingüística, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Torres Carro, O., León, M., Álvarez, E., Álvarez, L., Maragoto, C., & Rivera, O. (2001). Particularidades articulares de la disartria parkinsoniana. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2(4), 235-239.

- Valverde Guijarro, E., & Flórez García, M.T. (2012). Efecto de la danza en los enfermos de Parkinson. *Fisioterapia*, 34(5), 216-224.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021156381200051X?via%3Dihub>
- Vargas Jaramillo, J.D., & Barrios Vincos, G. (2019). Tratamiento de la enfermedad de Párkinson temprana. *Acta Neurológica Colombiana*, 35(3 Supl.1), 11-18.  
<https://www.actaneurologica.com/index.php/anc/article/view/966/235>
- Zurita, A. (2009). *Guía técnica de intervención logopédica en la enfermedad de Párkinson*. Editorial Síntesis. ISBN: 978-84-9756-343-7.