

Tema 8 / 2025.**FUNDAMENTOS DE LA INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DE LA VOZ****Índice:**

1. Marco conceptual: programación de objetivos y metodología interprofesional de la intervención.
2. Planificación de la terapia vocal en el equipo interprofesional: según la etiopatogenia de la disfonía y según el mecanismo del cierre glótico.
3. Estrategias favorecedoras de la alianza terapéutica y errores que se deben evitar.
4. Obtención de resultados terapéuticos a corto y medio plazo.
5. Administración temporal de la terapia: pauta regular y pauta intensiva de tratamiento.

1. MARCO CONCEPTUAL DE LA INTERVENCIÓN VOCAL**1.1 PROGRAMACIÓN DE OBJETIVOS.**

- Desde una perspectiva fisiológica, el objetivo último de la intervención logopédica en la disfonía es equilibrar las fuerzas musculares y las presiones aerodinámicas que desencadenan la voz. Dicho en otras palabras, gestionar de forma más ecológica el tono muscular y el gasto de aire respiratorio que hacen vibrar la mucosa glótica y que amplifican sus armónicos en el tracto vocal.

Este objetivo global y final se obtiene a partir de la programación de unos objetivos parciales que involucran a todo el sistema fonatorio, no solo a la laringe. Lográndose así una mayor sinergia de movimientos músculoesqueléticos, respiratorios, glóticos y del tracto vocal.

La disminución progresiva de la disfonía será consecuencia de esta mejor interacción entre los subsistemas de la fonación, entrenando con una metodología basada en el aprendizaje motor. La evolución del aprendizaje irá pasando por sucesivas fases de adquisición y retención, hasta llegar a la automatización de nuevas habilidades fonorrespiratorias, tanto dentro de las sesiones clínicas, como en las actividades diarias externas.

- Desde una perspectiva basada en la calidad de vida, el objetivo último de la intervención logopédica en la disfonía es instruir y asesorar al individuo para adoptar nuevas medidas y actitudes de comunicación, de modo que pueda desarrollar habilidades vocales suficientes para satisfacer sus demandas en los contextos familiar, laboral y sociocultural en los que use su voz.

1.2 METODOLOGÍA INTERPROFESIONAL DE LA INTERVENCIÓN VOCAL**1.2.1 Proceso de evaluación y diagnóstico interprofesional.**

Como requisito previo a la intervención logopédica se debe realizar un diagnóstico completo de la disfonía. En base a unas pruebas de evaluación de todos los subsistemas fonatorios, se llegará a establecer el **diagnóstico diferencial de la disfonía** en cada caso particular. Éste se alcanza cuando se llega a distinguir entre: a) el origen o etiopatogenia de la disfonía; b) el patrón de ondulación mucosa o mecanismo de cierre glótico; c) los factores o enfermedades asociadas que estén empeorando la disfonía; y d) las consecuencias de dicha disfonía a nivel físico, emocional y social.

Esquemáticamente, para una exploración completa para llegar a un correcto diagnóstico diferencial se debe empezar realizando los siguientes procedimientos:

- Anamnesis. Información muy valiosa para planificar el programa terapéutico. Debe registrar el inicio y la evolución del problema, las actuales necesidades y demandas vocales del sujeto, las enfermedades sistémicas previas, y los tratamientos realizados hasta el presente, con sus correspondientes resultados. Igualmente, se estudiará el impacto de la disfonía sobre la calidad de vida. En realidad, el tratamiento comienza desde el momento de la anamnesis, informando al sujeto para que entienda mejor su problema y pueda empezar a colaborar en su recuperación.
- Exploración videoestroboscópica de laringe para visualizar el tipo de ondulación de la mucosa glótica, lo cual permite definir su patrón de cierre y sus lesiones microscópicas. Es imprescindible para hacer un diagnóstico diferencial de la disfonía. Será realizada por un médico especializado en voz: el/la foniatra, el/la otorrinolaringólogo/a o el/la rehabilitador/a.
- Evaluación acústica de la voz. Esta parte del diagnóstico se lleva a cabo utilizando escalas de evaluación perceptual (CAPE-V, GIBAS) y programas informáticos de análisis acústico (Praat®, por ejemplo) para analizar la vocal sostenida /a/. Igualmente, se debe estudiar el comportamiento postural y la coordinación fonorrespiratoria que realiza el paciente al producir la cadena hablada.
- Dependiendo de los datos recogidos en las pruebas anteriores, se valorará la necesidad de interconsultas con otras especialidades médicas tales como digestivo, endocrino, neurología, alergología, etc.

Los resultados de estas pruebas se recogerán en un “**informe de evaluación**” o de diagnóstico, que le será entregado al sujeto para iniciar su tratamiento. Cada periodo de intervención logopédica concluirá con una revisión, para valorar los cambios obtenidos en laringe y en el uso de la voz; los cuales serán presentados en “**informe de resultados**”.

Un error en el diagnóstico diferencial de la disfonía tendrá repercusiones adversas sobre el tratamiento, ya que es posible que éste se centre sobre los síntomas, o los factores asociados, o las consecuencias de la alteración vocal, malinterpretando su causa o su mecanismo fisiopatológico.

Por ejemplo, una persona con una enfermedad de Parkinson incipiente, que aún no haya sido diagnosticada por el neurólogo, podría presentar signos y síntomas blandos o inespecíficos de disfonía asociada a signos leves de disfagia, como tos leve al tragar, disminución progresiva del volumen de voz, fonastenia progresiva, dificultad para ser oída en reuniones sociales, e incluso depresión. En este caso, para hacer el diagnóstico diferencial del problema de voz sería preciso distinguir que los signos de disfonía se presentan asociados a la tos, y que el patrón de vibración glótica es hipokinético (la hipofonía típica del Parkinson). Si se detecta que el cierre glótico y el comportamiento fonatorio son propios de una hipofonía, el resto de las alteraciones también pueden interpretarse como signos tempranos de Parkinson, lo que indicaría la necesidad de una interconsulta con Neurología para confirmar la sospecha. Una vez confirmada, se podría concluir el diagnóstico diferencial, discriminando cuál es la causa del problema vocal (Parkinson), los signos vocales (hipofonía y debilidad progresiva de voz), los síntomas (fonastenia progresiva), los factores agravantes (ambiente ruidoso), las otras alteraciones asociadas a esta disfonía leve (disfagia leve) y las consecuencias de todo ello (depresión).

1.2.2 Planificación de la intervención en la disfonía.

Tanto el proceso de diagnóstico como el tratamiento de la disfonía requiere la participación de profesionales procedentes de diferentes disciplinas, quienes se comunicarán mediante interconsultas, informes o sesiones clínicas. La unidad básica del equipo interprofesional estará formada por logopedas y médicos.

- *Funciones del médico especialista en voz.* Debe tener amplias competencias en Foniatría. La Foniatría es una especialización médica en trastornos de la comunicación y la deglución, sus profesionales se denominan foniatras. Otros especialistas que forman parte de estos equipos proceden de la Otorrinolaringología o de la Medicina Física y Rehabilitadora, quienes también pueden estar especializados en Foniatría. El médico especialista en Foniatría se responsabilizará del diagnóstico diferencial de la disfonía, mediante la anamnesis, la exploración videoestroboscópica de laringe, del estudio de la calidad de voz y del tratamiento farmacológico de la disfonía. La microcirugía de laringe será realizada por el otorrinolaringólogo.
- *Funciones del logopeda.* Entre sus funciones se incluyen la evaluación y el tratamiento, para lo cual realizará una parte de la anamnesis, de la evaluación de la calidad acústica de la voz y del comportamiento fonorrespiratorio. Antes de iniciar cada periodo de intervención, realizará informe de evaluación, y al finalizarlo emitirá el correspondiente informe de resultados. El/la logopeda programará su basándose en métodos directos e indirectos de rehabilitación vocal. Siempre que el /la logopeda detecte que su intervención se ve limitada por la existencia de alteraciones que no son de su competencia, deberá proponer interconsultas con otros especialistas para que éstas sean diagnosticadas y tratadas.

Las funciones de cada miembro del equipo son complementarias. Hay equipos que incluyen también a profesionales procedentes de otras áreas de conocimiento de la Medicina (Digestivo, Neurología, etc.) y de otras ciencias de la salud (Psicología, Fisioterapia, Enfermería). En otras ocasiones, los equipos requieren la colaboración de profesionales procedentes del campo de la pedagogía musical, especialmente si la persona disfónica es cantante.

Los equipos pueden estar formados de forma estable o permanente, es decir, por profesionales que siempre trabajan juntos; o bien pueden estar integrados temporalmente por profesionales que se reúnen y colaboran *ad hoc*, es decir, a propósito de un caso particular.

1.2.3 Enfoques metodológicos de la terapia logopédica: métodos directos e indirectos. Ambos son complementarios y serán individualizados según las necesidades que se observen en el paciente (Farias, 2020).

- **Métodos directos de intervención vocal.** Consiste en realizar ejercicios fonatorios que directamente actúan sobre el comportamiento postural y fonorrespiratorio, el modo vibratorio de laringe y la resonancia del tracto vocal. Con estos métodos se identificarán y se intervendrán los defectos motores que producen esfuerzo laríngeo, (a nivel postural, fonorrespiratorio, emisor y resonador). En general, se programarán ejercicios para que la voz vaya mejorando en cada sesión y para el sujeto automatice lo aprendido y lo generalice fuera de la sesión.
 - a) **Métodos que actúan a nivel musculoesquelético.** Son técnicas cuyo objetivo es Su objetivo es mejorar la verticalidad del eje vertebral y disminuir las tensiones musculares parásitas que perturban la emisión de voz.
 - b) **Métodos que actúan a nivel respiratorio.** Sirven para reeducar el mecanismo de apoyo costo-diafragmático, así como la coordinación entre la respiración y la voz.
 - c) **Métodos que actúan a nivel de laringe y tracto vocal.** Son ejercicios para modificar el tono de vibración glótica y aumentar su resonancia en el tracto vocal.
 - d) **Métodos que actúan reforzando el esquema corporal de la voz.** Incrementan la información sensoriomotora que recibe el paciente al usar la técnica vocal. Para ello, el/la terapeuta usará diversos tipos de refuerzos verbales.
- **Métodos indirectos de intervención vocal.** Su objetivo es aumentar el nivel de comprensión

de la fisiología fonatoria; así como la influencia que tiene el medioambiente sobre la voz. Los métodos indirectos de intervención son muy necesarios para favorecer la buena evolución fuera del ámbito clínico de la sesión logopédica, y desde el principio del tratamiento.

Hay tres tipos de actuaciones que el terapeuta debe incorporar como métodos indirectos:

- a. **Información sobre la fisiología de la voz.** De forma sencilla y científica, pero adaptándose al nivel cultural de cada paciente, poco a poco se irán explicando las funciones que cada componente fisiológico tiene en la producción del sonido de la voz. Asimismo, se le pondrán en evidencia los malos usos y los abusos vocales que realice habitualmente.
- b. **Programa de higiene vocal.** Es un tipo de intervención indirecta, dirigida a analizar y mejorar los hábitos que propician una mayor salud vocal. Para cada paciente se elaborará un plan individualizado de normas higiénicas. Básicamente, este plan debe contener recomendaciones para mejorar: 1) la hidratación; 2) la salud general; y 3) los hábitos irritantes de la voz.
- c. **Programa de prevención de riesgos vocales.** Es otro método de intervención indirecta, cuyo objetivo es detectar y prevenir los factores medioambientales que afectan a la voz de la persona con disfonía. Estos factores de riesgo vocal pueden ser de tipo físico (ruido, pureza del aire, grado de humedad y temperatura del ambiente) o de tipo psicosocial (circunstancias que le produzcan un estrés que el individuo no sea capaz de afrontar).

2. PLANIFICACIÓN DE LA TERAPIA VOCAL EN EL EQUIPO INTERPROFESIONAL

Un aspecto esencial sobre el que se fundamenta el tratamiento logopédico es el diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA CAUSA Y LA FUNCIÓN GLÓTICA.

Según su etiopatogenia, las disfonías se pueden clasificar en tres grandes grupos:

- **Disfonías de origen funcional:** aquellas que están primariamente originadas por el mal uso de voz, por una hiperfunción laríngea. Secundariamente, el impacto glótico hipertenso puede producir lesiones laríngeas de tipo inflamatorio, como: congestión, edemas, nódulos, pólipos, pseudoquistes serosos, quistes de retención, granulomas de contacto...

Las disfonías funcionales también pueden presentarse sin lesión de masa en las cuerdas vocales (ccvv). En estos casos solo se encontrará una disfunción del cierre glótico: o bien un déficit de contacto (hiato), o bien un exceso de contacto (hiperadducción).

- **Disfonías de origen orgánico:** son aquellas donde aparece una lesión primaria en laringe y, secundariamente, o a consecuencia de ésta, se produce un mal funcionamiento de glotis. Las disfonías orgánicas pueden ser de diferente origen:
 - producidas por sustancias tóxicas (tabaco, químicos, jugo gástrico, etc.);
 - una malformación congénita de laringe (sulcus, microweb, etc.);
 - una enfermedad sistémica (hipo- o hipertiroidismo, por ejemplo);
 - una lesión neurológica periférica, de la inervación laríngea, como el nervio recurrente (con parálisis o hipotonía, por ejemplo);
 - una enfermedad neurológica central (accidente cerebro-vascular, tumor,

traumatismo, etc.);

- una enfermedad neurodegenerativa (Parkinson, ELA, etc.).

Cuando las disfonías de origen orgánico, el mal uso de la voz aparece de forma secundaria a la causa que primariamente esté afectando a la laringe. Por tanto, los resultados terapéuticos no solo van a depender de la terapia vocal, sino también de la evolución de dicha causa.

- Disfonías de origen psicógeno: se denominan así aquellas en las que la afonía es un síntoma de conversión de un trastorno psicológico previo. No existirá alteración anatómica ni funcional en laringe, pero el sujeto no podrá cerrar glotis ni emitir la voz de forma voluntaria. Este mecanismo aparece porque la afonía le proporciona importantes beneficios de índole psicológica, como, por ejemplo, una disminución de la ansiedad.

Por otro lado, hay disfonías que no son psicógenas, pero que tienen factores agravantes de tipo psicológico. Por ejemplo, el caso de una persona que tiene una disfonía por mal uso, y además, un nivel de estrés muy alto. En estos casos es muy importante el diagnóstico diferencial entre las causas de la disfonía (el mal uso de la voz) y los factores asociados o agravantes (estrés, mala gestión de emociones, rasgos de personalidad, etc.). Si la logopedia no puede conseguir la mejoría suficiente, se debe derivar a interconsulta con Psicología.

Conocer el origen o etiopatogenia de la disfonía tiene utilidad para :

- Programar los objetivos de la logopedia
- Determinar los tratamientos que se deben combinar con la logopedia.
- Conocer los beneficios y las limitaciones que va a tener la logopedia.

No obstante, el criterio etiopatogénico no es el único ni el principal a la hora de programar los objetivos de la terapia vocal a corto y medio plazo. La programación de objetivos logopédicos también debe hacerse en base al modo fonatorio o mecanismo de cierre glótico que tenga el sujeto al inicio del tratamiento; así como en base a las respuestas del individuo a lo largo de la terapia.

Según el patrón de cierre glótico, la disfonía puede tener tres tipos de función glótica:

- La hiperfunción es el mecanismo de cierre glótico resultante de ejercer una hiperadducción glótica, con hipertensión en ccvv, supraglotis y tracto vocal.
- La hipofunción es el mecanismo opuesto: un déficit de tono muscular en el cierre glótico, por parálisis o hipotonía de una o de ambas ccvv.
- Mecanismo mixto. A veces, en las enfermedades neurológicas centrales y en las neurodegenerativas se producen mecanismos de cierre glótico mixto, donde encontramos predominio de hipertensión, o de hipotensión, e incluso cierres con movimientos involuntarios (como los espasmos o el temblor).

Como hemos dicho, la planificación de la intervención debe tener en cuenta tanto la etiopatogenia como el mecanismo de cierre glótico de la disfonía.

PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

Cuando se conoce la causa de la disfonía y el mecanismo de cierre glótico, la planificación de la intervención logopédica puede resumirse en tres grandes tipos de opciones:

- Intervención vocal en casos de disfonía funcional con hiperfunción glótica.** Aquí se incluyen los casos en los que la hiperfunción es el origen primario de la disfonía (gritar, cantar con mala técnica, hablar fuerte mucho tiempo seguido, etc). De forma secundaria a este

esfuerzo, pueden existir lesiones inflamatorias en laringe (nódulos, pólipos, quistes de retención, edemas...) y diferentes tipos de hiatos.

En estos casos de disfonía funcional la intervención logopédica puede lograr la recuperación total de la voz si se cumplen dos condiciones: a) que el sujeto aprenda a corregir su modo fonatorio; y b) que la lesión laríngea no requiera microcirugía, esto es, que no sea tan antigua ni tan grande como para no poder desaparecer con terapia vocal y medicación.

Consecuentemente, dentro de este grupo se pueden distinguir dos tipos de casos:

A.1 Hiperfunción laríngea, con lesiones laríngeas que no requieren microcirugía. Cuando la hiperfunción esté asociada a lesiones laríngeas que pueden desaparecer con terapia vocal, la programación de objetivos se centrará en restablecer un buen mecanismo fonatorio (eufónico). Criterios generales para planificar el tratamiento vocal en estos casos de disfonía funcional:

- Diagnóstico diferencial del origen, factores asociados y consecuencias del problema. Pruebas de evaluación: anamnesis, video-laringo-estroboscopia; análisis acústico de la calidad vocal y del comportamiento fonatorio.
- Tratamiento farmacológico si se considera preciso, para reducir las lesiones laríngeas.
- Terapia vocal para disminuir la tensión del cierre glótico. Se emplearán:
 - Métodos directos. Se planificarán las sesiones logopédicas para reeducar y rehabilitar la voz.
 - Métodos indirectos. Paralelamente, se establecerá un plan de higiene vocal y de prevención de riesgos según el contexto sociocultural y las necesidades comunicativas del individuo. Con esto se identificarán y cambiarán los malos hábitos y los contextos agravantes, que favorecen y generan un esfuerzo fonatorio.
- Revisión de laringe y voz, para valorar los resultados terapéuticos. Según éstos, se puede planificar otro periodo de tratamiento logopédico, si se ve indicado.

A.2 Hiperfunción laríngea, con lesiones laríngeas que requieren microcirugía. Si, junto a la hiperfunción, hay lesiones laríngeas que no pueden desaparecer con logopedia, se hará un mayor seguimiento evolutivo por parte del equipo interprofesional, para valorar el momento en el que se podría realizar la microcirugía de laringe. Entonces, después del diagnóstico inicial, se inicia la intervención logopédica, la cual estará dividida en dos fases:

- Terapia vocal inicial o preoperatoria. Antes de decidir la microcirugía, la terapia vocal tendrá el objetivo de cambiar los hábitos y mejorar los comportamientos fonatorios más básicos. Así se disminuirá el esfuerzo y el tamaño de la lesión laríngea, dentro de los límites que tenga cada caso. Al finalizar este periodo preoperatorio se hará una revisión laríngea y vocal. Si resulta que, tras la terapia vocal, el sujeto considera que la mejoría alcanzada no es suficiente, y el equipo interprofesional está de acuerdo en que se pueden conseguir mejores resultados, se programará una microcirugía de laringe.
- Terapia vocal postoperatoria. Tras la intervención quirúrgica, se revisará la laringe y calidad acústica para volver a programar otro periodo de terapia logopédica. El objetivo postoperatorio será restablecer un buen patrón fonatorio, según los resultados que haya tenido la microcirugía laríngea. Con ello también se favorecerá la cicatrización postquirúrgica. Al acabar este periodo rehabilitador postoperatorio, se volverá a revisar la laringe y calidad acústica, y se decidirán los siguientes pasos terapéuticos.

B. Intervención vocal en casos de disfonía de origen orgánico. En estos casos, la lesión laríngea es previa al mal uso de la voz, por lo que, para programar la terapia vocal habrá que

diagnosticar tanto la causa como el tipo de cierre glótico que se está produciendo. Todas las disfonías de origen orgánico se caracterizan porque la terapia vocal no puede lograr beneficios completos mientras no disminuya o desaparezca la causa de la disfonía. Es decir, la voz podrá mejorar con reeducación de voz, pues le ayudará a mejorar el cierre glótico. Pero esta mejoría estará limitada por la enfermedad concomitante.

Esquemáticamente, la planificación del tratamiento vocal seguirá las siguientes pautas:

B.1 Disfonía orgánica con lesión laríngea e hiperfunción glótica. Si la disfonía se debe a una lesión laríngea de tipo congénito (por ej., sulcus), o una lesión laríngea adquirida por tóxicos (por ej., laringitis crónica por tabaco, reflujo...), o una enfermedad sistémica (pulmonar, digestiva, autoinmune, hormonal, etc.).

En estos casos, la terapia vocal puede disminuir dicha hiperfunción glótica. Pero tendrá limitaciones. Se deberá informar al sujeto de que, si no se cura la causa de la disfonía, la terapia vocal tendrá resultados limitados.

En estos casos, el esquema de trabajo del equipo interprofesional seguirá estos pasos:

- i. Diagnóstico diferencial de la causa de la disfonía y del patrón de cierre glótico. Información al paciente de los límites y beneficios de la terapia vocal.
- ii. Se asociará la medicación que esté indicada, según la causa de la enfermedad.
- iii. Programación de un periodo inicial de terapia vocal para mejorar el rendimiento fonatorio (producir el sonido economizando el gasto muscular y respiratorio).
- iv. Revisión de laringe y voz para valorar los resultados. Programación de los pasos terapéuticos que se consideren indicados a continuación, como la microcirugía.
- v. Programación de un periodo de terapia vocal postoperatorio.

B.2 Disfonía orgánica causada por una lesión neurológica:

B.2.1 Lesión neurológica periférica, con hipofunción laríngea. Si la disfunción laríngea es debida a una lesión neurológica como la parálisis recurrencial, el mecanismo de cierre será de tipo hipofuncionante (con déficit de tono muscular en ccvv). La programación de los objetivos terapéuticos seguirá los mismos pasos antedichos para los casos de disfonía orgánica, pero con la diferencia de que la terapia vocal estará dirigida a realizar ejercicios que aumenten la tensión del cierre glótico y ayuden a regenerar o reinervar las fibras musculares paralizadas.

B.2.2 Disfonía orgánica debida a una enfermedad neurológica central (ACV, malformación congénita, neurocirugía, traumatismo, etc.). La terapia vocal será específica del tipo de cierre glótico que exista (flácido, hiperkinético, atáxico, espástico, espasmódico o mixto). Asimismo, se deberá tratar la posible afasia, disartria y/o disfagia que acompañen a la disfonía. En estos casos, los resultados de la terapia vocal no solo estarán limitados por las alteraciones neurológicas existentes, sino también por la pérdida del control voluntario de la fonación. La terapia vocal será programada dentro de un seguimiento evolutivo llevado a cabo dentro del equipo interprofesional, tal como se ha visto en los casos anteriores de disfonía orgánica.

B.2.3 Disfonía orgánica causada por una enfermedad neurológica central de tipo degenerativo. El mecanismo de cierre glótico puede ser muy diverso (hipokinético, flácido, hiperkinético, espástico o mixto). Adicionalmente, las disfonías por enfermedades neurodegenerativas se caracterizan por la pérdida del control voluntario y por producir un

deterioro progresivo, a pesar del tratamiento vocal y médico. Es por esto por lo que requieren un abordaje interprofesional, específico e individualizado. Respecto a la terapia vocal, en muchas disfonías neurodegenerativas la terapia vocal de elección es el método de Terapia Vocal Intensiva denominado Lee Silverman Voice Therapy.

Planificación del tratamiento logopédico en casos de disfonía orgánica. En definitiva, el/la logopeda planificará su intervención en base a los siguientes criterios de planificación:

- Usará técnicas directas para mejorar el cierre glótico de forma progresiva y en cada sesión. También se planificarán medidas indirectas, para mejorar la higiene vocal y la prevención de riesgos, para ayudar al sujeto a adaptarse a las limitaciones vocales existentes en cada contexto de su vida particular.
- Hará consciente al paciente de los límites que imponga la causa orgánica y de cómo actuar frente a ellos:
 - Habrá objetivos que no se podrán alcanzar con logopedia; por ejemplo, es posible que no gane suficiente intensidad de voz. Para analizar estas limitaciones, el/la logopeda hará partícipe al individuo y las comentarán juntos. También consultará con otros especialistas para saber si estos déficits y síntomas pueden mejorar con otros tipos de tratamiento (como farmacológico, ayudas técnicas a la comunicación...).
 - El/la logopeda tendrá en cuenta los mecanismos de compensación que necesite su paciente. La persona con problemas neurológicos o neurodegenerativos no puede eliminar completamente sus mecanismos de esfuerzo (como la hipercontracción de laringe y cuello) pues, en parte, son reacciones compensatorias que se hacen necesarias para emitir la voz, debido a su enfermedad. Sin embargo, sí le podrá enseñar a usar estas compensaciones con moderación y a disminuir las tensiones musculares que son inútiles para mejorar la fonación. Por ejemplo, en una enfermedad con atrofia muscular sistémica, no se podrá eliminar la reacción de contracción supraglótica ni perilaríngea, la cual va a ser necesaria para producir un mínimo cierre glótico. Debido a la insuficiencia respiratoria causada por la distrofia muscular, tampoco se podrá aumentar mucho la intensidad de voz. No obstante, sí se podrá obtener una mayor comodidad al hablar y un mejor rendimiento del cierre glótico si se trabajan los otros subsistemas fonatorios: una mejor verticalidad, frases más cortas, mayor tiempo para hacer las pausas de coordinación fonorrespiratoria, cuidar más la vocalización, el ritmo de habla... Todos estos componentes ayudarán a la laringe y al diafragma a funcionar con mayor eficacia, y consecuentemente se ganará cierta intensidad.
 - Otro aspecto importante a planificar es la utilización de aplicaciones informáticas y medios de apoyo a la comunicación, sobre todo en determinados ambientes. Existen medios tecnológicos auxiliares de la voz que cada vez son más sofisticados e individualizados, que amplifican la voz o que la sustituyen, por ejemplo, para comunicarse por teléfono o en situaciones de mucho ruido.

C. Intervención vocal en casos de disfonía psicógena. En caso de que sospechemos que la ausencia de voz o afonía sea un síntoma de conversión de un trastorno psicológico más profundo, la primera opción es derivar a consulta con Psicología. La logopedia no será efectiva en la afonía psicógena o de conversión (ausencia de voz y de cierre glótico sin causa justificada).

En otros casos, existen trastornos psicológicos que pueden causar disfonía o actuar como agravantes. Por ejemplo, la disfonía causada por la depresión o la ansiedad, que a su vez pueden estar originadas por una mala gestión de las emociones en determinados momentos, o por algunos rasgos de conducta o de personalidad, o por un nivel de estrés que el sujeto no es capaz de afrontar... Si, durante la terapia vocal, el/ la logopeda observa que la calidad de voz no mejora lo suficiente, y sospecha que existen factores psicológicos subyacentes, la primera medida que deberá adoptar es comunicárselo a su paciente. A continuación, le enseñará estrategias para usar la voz de forma menos tensa en esas situaciones. Si, a pesar de esto, la disfonía no evoluciona, el/la logopeda le explicará al sujeto que la logopedia no está siendo suficiente para obtener la mejoría que necesita, y le propondrá la opción de consultar con Psicología.

5. ACTUACIONES QUE FAVORECEN LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA TERAPIA VOCAL

Durante la terapia vocal, la confianza y colaboración de la persona con disfonía se verán incrementadas siempre que facilitemos una mayor comprensión de su situación y le demostremos con realismo los avances que está obteniendo.

A continuación, analizaremos algunas estrategias.

3.1 ESTRATEGIAS PARA FAVORECER LA COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA.

Durante la terapia vocal, al sujeto se le debe ayudar a comprender los mecanismos que están actuando; a tener expectativas realistas respecto a los beneficios y los límites del tratamiento; y a reconocer con claridad qué debe hacer para contribuir personalmente a su recuperación.

Para fomentar la motivación y participación del sujeto en tratamiento, se pueden utilizar diferentes perspectivas en la interacción con él, las cuales no son excluyentes sino complementarias:

3.1.1 Desde una **perspectiva etiopatogénica**, la actuación logopédica consistirá en aclararle al sujeto cómo actúa la causa que da origen a la disfonía, así como la influencia de sus factores agravantes (reflujo faringo-laríngeo, mal uso de la voz, alergias, etc.). Le explicará cómo el tratamiento de estos factores puede contribuir a mejorar su disfonía.

3.1.2 Otro tipo de estrategia para mejorar la alianza terapéutica es el **enfoque fisiológico**. En cada ejercicio se le explicará cómo participan los componentes del acto fonatorio: la verticalidad, la coordinación fonorrespiratoria, la tensión de laringe, los movimientos orofaciales de vocalización, etc.

3.1.3 A veces el/la logopeda debe adoptar un **enfoque sintomático**. La actuación sobre los síntomas se lleva a cabo en momentos puntuales, para aliviar molestias como dolor por tensión muscular, necesidad de carraspear, disminuir los gallos, o ayudarle a recuperar una pérdida instantánea de voz... Un ejemplo puede ser darle un masaje en la región perilaríngea, para reducir la tensión muscular en esos momentos... Este enfoque se complementa con las medidas de higiene vocal y la medicación para reducir la sequedad, el picor y el resto de sintomatología.

3.1.4 En otras ocasiones, será oportuno adoptar una **perspectiva psicológica**, consistente en analizar si su uso vocal cambia frente a determinadas situaciones psicosociales. El/ la terapeuta le ayudará a reconocer las situaciones en las que su voz suene más tensa, forzada, apagada, estrangulada, relajada... También le ayudará a percibir si estas alteraciones vocales se acompañan de alteraciones emocionales como angustia, ira, miedo, timidez...

3.1.5 Según un **enfoque cognitivo**, el/ la terapeuta vocal le ayudará a distinguir conceptos básicos, que son necesarios para entender cómo está funcionando su voz. También ayuda a

crear un lenguaje común entre el/la logopeda y su paciente. Por ejemplo, el sujeto aprenderá a distinguir en sí mismo el volumen fuerte, medio o suave... Qué es la voz susurrada, o dura, o blanda... Diferenciar cuándo el tono se hace más agudo o grave... Si el timbre es sucio o limpio, si tiene ruidos aéreos, o ruidos rugosos... Entender la diferencia entre emitir una voz con resonancia y hablar el idioma con corrección...

En cada momento evolutivo, el/la logopeda verá la conveniencia de utilizar una u otra de las perspectivas antedichas, y las irá utilizando todas de forma ecléctica, combinándolas según observe las respuestas de su paciente.

Al final de la intervención vocal, se podrán haber alcanzado dos niveles de efectividad en los resultados. Lo más frecuente es alcanzar el nivel de “**reeducación vocal**”, que es cuando el sujeto logra una mejoría, en cada sesión, pero fuera de la sesión no usa un mejor comportamiento fonatorio. Lo ideal es llegar al nivel de “**rehabilitación vocal**”, lo que indica que el individuo consigue usar automáticamente las nuevas habilidades fonatorias fuera de la sesión.

3.2 ERRORES QUE SE DEBEN EVITAR DURANTE LA INTERVENCIÓN VOCAL

3.2.1 Evitar que el programa terapéutico sea estático o rígido. En líneas generales, el /la terapeuta deberá priorizar unos objetivos terapéuticos sobre otros, pero deberá ir cambiando esta jerarquización de forma dinámica, según las respuestas del sujeto a cada tarea según sus necesidades vocales fuera de la sesión.

Los mecanismos etiopatogénicos son las alteraciones funcionales u orgánicas que ocasionan un mal sonido vocal. Los síntomas de la disfonía son molestias subjetivas como: el dolor que produce la tensión muscular, las parestesias faringolaríngeas (picor, sequedad, sensación de cuerpo extraño, etc.)... Los signos de disfonía, que acompañan a los síntomas, son manifestaciones objetivas, como las alteraciones del tono de voz (muy grave o agudo), la pérdida de intensidad, el cansancio vocal, etc.

Siempre que sea posible, se priorizará la atención terapéutica de los mecanismos etiopatogénicos. No obstante, no se deben olvidar los signos y síntomas que más le preocupen al sujeto en algunos momentos.

3.2.2. Evitar que la persona afectada acabe la sesión terapéutica sin haber logrado cambio alguno en su voz. Es importante que, en cada sesión, el paciente logre una mejoría, tanto acústica como propioceptiva, una sensación de mayor comodidad vocal. El/la terapeuta le hará consciente de los aspectos en los que su voz haya mejorado respecto al inicio.

Para conseguir mejoras en cada sesión, el/la logopeda debe saber elegir los ejercicios que le proporcionen un aumento de la resonancia, aunque sea con emisiones muy breves de voz. Mientras mayor sea el tiempo de la sesión que se dedique a emitir sonidos con resonancia, mayor será la mejoría de voz al final de ésta, ya que dicha resonancia actuará a modo de un “antiinflamatorio natural”.

Con el fin de mantener estos avances fuera del ámbito clínico, el terapeuta también deberá revisar periódicamente la higiene vocal y asesorarle sobre la manera de modificar el medioambiente.

3.2.3 Evitar que los ejercicios terapéuticos sean áfonos, esto es, evitar que haya muchas tareas en las que el individuo no use su voz. Para que sea terapéutico, cada ejercicio debe producir un equilibrio de tensiones durante el acto fonatorio, ya que la voz sólo mejora usándose bien, el uso de la voz no puede mejorar en silencio. Los ejercicios áfonos sirven para crear conciencia de una región anatómica o de un movimiento, pero solo como preparación

para realizar el subsiguiente ejercicio, en el que se producirá un mejor sonido glótico.

Las técnicas de relajación global del cuerpo, o los masajes regionales de la zona perilaríngea sirven para mejorar el contexto y la actitud, pero por sí solos no generan aprendizaje motor. Son instrumentos para el tratamiento sintomático, en un momento dado, pero no modifican la técnica de emisión de la voz.

3.2.4 Evitar que nos pase inadvertida la opinión del paciente acerca de su evolución. Cada cierto número de sesiones, dedicaremos unos minutos para conocer su opinión acerca de su evolución y del nuevo modo de usar su voz. Se podrá analizar:

- Si tiene un reconocimiento cualitativo de la nueva calidad de voz, y en qué aspectos lo nota. Si está diferenciando entre “la buena voz” y “la forzada”.
- Si tiene atención contextual. Esto es, si es capaz de reconocer cómo usa su voz en los distintos contextos externos a la clínica.
- Si puede identificarse con este nuevo uso: si su estilo comunicativo puede combinarse bien con el nuevo modo fonatorio que está aprendiendo. Al principio puede sentir que es antinatural. Debemos empatizar con esta idea, pues tiene razón. Pero también debemos informarle de que, con la práctica repetida en diferentes contextos, irá encontrando mayor naturalidad. A veces, también puede ser conveniente que el/la logopeda busque algunas estrategias que se adapten más al estilo de comunicación del sujeto.
- Cuáles son sus creencias de futuro. Si cree que puede mejorar; o por el contrario, ve difícil una mejoría suficiente... . Trabajaremos para que estas expectativas sean realistas.
- La opinión de su entorno: los comentarios que reciba sobre sus cambios de voz son muy relevantes para la persona disfónica.

Toda esta información contextual ayudará al logopeda a valorar la efectividad del trabajo logopédico, a re-programar objetivos si es necesario y a tener en cuenta la subjetividad de la persona afectada, no solamente los criterios clínicos sobre la evolución de la disfonía.

4. OBTENCIÓN DE RESULTADOS TERAPÉUTICOS A CORTO PLAZO

Es raro que con pocas sesiones se consiga una mejoría que sea estable. En la mayoría de los casos, la RHV requiere meses y bastante constancia; también un buen apoyo por parte del entorno social que le rodee.

Es importante que el terapeuta seleccione cuáles van a ser los objetivos a corto plazo y se los explique al sujeto, ya que estos son los que van a mejorar la voz del paciente en una primera instancia y los que van a propiciar los cambios posteriores. Mostrarle estos objetivos es muy clarificador y refuerza la colaboración de la persona con disfonía.

A partir de los logros a corto plazo se irán obteniendo el resto de los avances, a medio y largo plazo, llegando así a la automatización de un mejor uso vocal fuera de la sesión terapéutica.

Para establecer los objetivos a corto plazo, al paciente se le deben explicar tres elementos: A) cuál es el comportamiento esperado; B) cuál es el contexto en el que puede realizarlo; y C) cuáles son los criterios que indican que lo ha realizado con éxito. Por ejemplo:

- A) Respecto al comportamiento esperado: el paciente debe entender con claridad qué debe hacer para mejorar cada componente que estemos trabajando (postura, respiración, emisión, etc.). Por ejemplo, debe entender que es mejor dejar que entre el aire inspirado, en vez de hacer una inspiración profunda; debe entender que es conveniente hacer contacto visual con el oyente; que es mejor hacer frases cortas; etc.

- B) Respecto al contexto en el que puede realizar este comportamiento, el paciente debe tener claro que, si quiere mejorar su voz en los momentos iniciales del tratamiento, siempre la debe usar en un medioambiente facilitador y no contaminado: con silencio ambiental, hablando durante poco rato, en las distancias cortas, bebiendo mucha agua, respetando su turno de palabra, etc. No puede plantearse usar de entrada su voz en cualquier sitio, como lo hacía antes....
- C) Respecto a los criterios de éxito, el paciente debe entender, con exactitud, cuándo está ejecutando correctamente el comportamiento fonatorio que estamos trabajando. Por ejemplo: entender cuándo su voz suena más limpia; cuándo tiene sensaciones de comodidad, de ausencia de tensión o de hueco; cuando disminuye la necesidad de carraspear...

Los objetivos a corto plazo se caracterizan porque deben ser: concretos, medibles y realistas (asequibles para el sujeto y oportunos para su momento evolutivo). Si la terapia lleva una buena evolución, los siguientes objetivos se deben conseguir en las primeras 4-5 semanas:

- Al cabo de las 2 primeras semanas, el paciente debe ser *capaz de comprender e identificar los cambios inmediatos que debe hacer en su higiene vocal*. Es decir, qué cambios debe hacer para poder usar su voz con más comodidad en los contextos donde la necesita usar (trabajo, hogar y social). Este es un objetivo a corto plazo, que es necesario para llegar a los objetivos a largo plazo (como la disminución de las lesiones laríngeas).
- Al cabo de 2-3 semanas, el paciente deberá haber *reducido o eliminado las conductas fonotraumáticas* como, por ejemplo, hablar fuerte, gritar, llamar en la distancia, hablar por encima de otras voces o ruido ambiental, hacer onomatopeyas con la voz, la risa estridente, la carraspera, hablar cargando pesos, usar la voz fuerte cuando está haciendo la digestión o practicando deportes... Todo estos cambios se traducirán en un mejor uso de la intensidad, el tono y la tensión fonatoria.
- Al cabo de 2-3 semanas, el paciente también demostrará que *ha incrementado los hábitos que le proporcionan una mayor hidratación* a lo largo del día, tanto por la ingesta como por la inhalación de vapores. Este es un importante objetivo a corto plazo, muy necesario para lograr los objetivos a largo plazo. Existe evidencia científica de los efectos de la hidratación sobre las lesiones laríngeas.
- Al cabo de 3 semanas, el paciente demostrará que tiene *menor tensión en cuello y hombros (cintura escapular) durante la conversación*. Todo lo cual se reflejará en que tiene menos síntomas como dolor, sequedad, picor, carraspera, opresión... El terapeuta le observará una menor tensión muscular supraclavicular al hablar (y lo corroborará durante 3 sesiones consecutivas).
- Al cabo de 4 semanas, el paciente demostrará que tiene una *mejor coordinación fonorrespiratoria (CFR) durante las tareas que se le piden dentro de la sesión*. Por ejemplo: en un 80% de las ocasiones respira antes de hablar, hace frases más cortas, tiene un menor componente torácico superior...
- Al cabo de 4-5 semanas, el paciente demostrará que *la fatiga vocal tarda más en aparecer, pues habrá mejorado la coordinación entre los diversos subsistemas* (postura, respiración, vocalización...). Ello redundará en una mejor calidad de voz, que será percibida por su entorno y por el terapeuta. La lesión de ccvv puede haber disminuido algo, pero seguirá presente (edemas, pólipo, paresia...).

5. PLANIFICACIÓN TEMPORAL DE LA TERAPIA VOCAL

En general, existen dos tipos de pautas para administrar el tiempo terapéutico: una regular y otra intensiva.

La terapia vocal intensiva consiste en administrar varias horas de tratamiento diario, en días consecutivos y durante un corto periodo de tiempo, entre 1-4 semanas. Se puede utilizar para casos seleccionados. Por ejemplo, aquellos en los que, por distintos motivos, no se recomienda intercalar periodos de descanso entre las sesiones de tratamiento: como cuando el paciente ha fracasado con distintos tipos de tratamiento a lo largo de meses; cuando el paciente tiene dificultades para asistir a las sesiones de logopedia, por falta de medios o de autonomía personal; cuando se trata de profesionales de la voz que necesitan resultados inmediatos...

La pauta regular de tratamiento suele consistir en la programación unas 2-3 sesiones individuales a la semana, a lo largo de una serie de 3-9 meses. El tiempo estimado de tratamiento variará según el grado y la antigüedad de la disfonía, la colaboración del paciente y la eficiencia del equipo interprofesional. Considerando que se cumplan unas buenas condiciones y que se administren unas 2 sesiones de 45 minutos por semana, el tiempo de tratamiento necesario para adquirir los objetivos programados suele variar según la severidad de la disfonía:

- Cuando la disfonía sea leve, se estima que el tiempo para alcanzar los objetivos está alrededor de 2-4 meses; con un total aproximado de unas 15-30 sesiones.
- Cuando la disfonía sea moderada-severa el tiempo terapéutico girará alrededor de 5-8 meses. En total, aproximadamente entre 40-60 sesiones.

Se considera que, si los patrones fonatorios no se llegan a modificar en 8 meses, ello indica que no se van a obtener más cambios evolutivos, aunque se alargue el periodo de tratamiento.

Al finalizar el tiempo terapéutico estimado, la persona será reevaluada. Según los resultados de este seguimiento evolutivo, se podrá replanificar un segundo programa, incluyendo objetivos nuevos, como, por ejemplo, cirugía u otros métodos de terapia vocal.

La terapia vocal también podrá ser interrumpida para realizar una revisión, cuando el/ la logopeda observe que no se producen más cambios significativos, o bien cuando observe que se han alcanzado los objetivos programados y se le puede dar de alta.

No todas las altas son exitosas. El alta no va ligada al restablecimiento de una voz completamente sana, sino al cumplimiento del plan de tratamiento pre-establecido. Las posibles razones de no haber alcanzado los objetivos planificados podrían ser:

- Errores en la actuación del equipo interprofesional:
 - Diagnóstico inadecuado de la lesión. Eso puede ocurrir, por ejemplo, cuando no se detecta que la lesión es de origen orgánico (como, por ejemplo, una microsinequia congénita que pasa inadvertida), por lo que solo se planifica la terapia vocal y se ignora que, en estos casos, el sujeto siempre va a usar un tono más agudo de lo esperable, y que, por tanto, la disfonía va a recaer.
 - Evaluación inadecuada del patrón fonatorio. Por ejemplo, la existencia de un hiato glótico grande, con fatiga vocal crónica y pérdida de intensidad, es confundida con un cuadro de hipofunción laríngea, cuando en realidad es una hiperfunción de muy larga evolución, o el uso prolongado del susurro... Si en este caso se trabaja solo sobre el hiato, creyendo que es una hipofunción, y por ello programan tareas de hiperadducción, empeorará drásticamente la disfonía. Este error en el diagnóstico diferencial, consistió en creer que el hiato, la fonastenia y la pérdida de intensidad eran la causa de la disfonía, y no su

consecuencia.

- Selección inadecuada de ejercicios en cada etapa, por no saber interpretar la etapa del aprendizaje motor en la que se encuentra el sujeto. Por ejemplo, cuando a un/a paciente que todavía está adquiriendo un objetivo y, por tanto, aún comete bastantes errores y no sabe hacerlo sin el modelo, se le proponen tareas en las que se le piden varios objetivos junto al que está aprendiendo.
 - Valoración inadecuada de la evolución de la disfonía. Sería el caso, por ejemplo, de una persona con una disfonía de larga evolución, cuyos síntomas están arraigados y las lesiones son irreversibles globalmente. Si se comete el error de no informar correctamente al paciente al inicio del tratamiento, sobre las posibles limitaciones de la terapia vocal, y luego no se hace un buen seguimiento evolutivo, se seguirá insistiendo en obtener beneficios de la terapia vocal, sin plantearle otras alternativas terapéuticas.
 - Falta de compromiso profesional. Esto ocurre, por ejemplo, cuando se instaure el mismo programa de ejercicios a todos los pacientes e un grupo, independientemente de sus características personales. O bien se hace una improvisación errática, no planificada, de los ejercicios de una sesión. O bien, se hace una intervención grupal a pacientes mal seleccionados, por no haberse tomado en consideración los factores que son importantes para el diagnóstico diferencial y la programación del tratamiento, como pueden ser su edad, su capacidad de atención, sus patrones fonatorios... Sería el error de agrupar a personas con parálisis recurrencial y personas con Parkinson, o personas con fatiga vocal por la edad avanzada...
- Deficiencias debidas a la persona disfónica:
- Falta de comprensión de la naturaleza de su problema. Falta de interés y colaboración con el plan de trabajo. Falta de confianza y de alianza terapéutica con el/la logopeda.
 - Falta de control sobre el medioambiente o sobre sus rasgos de personalidad, por lo que el sujeto persiste en cometer los mismos abusos y malos usos de voz.
 - Resistencia a eliminar el síntoma “disfonía” porque le está aportando beneficios secundarios, como puede ser la disminución de la ansiedad, la atención de su entorno, la baja laboral, etc.
 - Falta de constancia en la asistencia a las sesiones de tratamiento.... (etc.)

Bibliografía

- Aronson, A.E., y Bless, D.M. (2009). Treatment of voice disorders. En: Aronson, A.E., & Bless, D.M., (Ed.) *Clinical Voice Disorders*. New York, USA: Thieme. pp. 231-270.
- Awan, C.R. & Awan, S.N. (2019). Voice treatment: Orientations, Framework, and Interventions. En: Awan, C.R. & Awan, S.N., ed. *Laryngeal function and voice disorders*. New York, USA: Thieme. pp. 225-259.
- Bermúdez de Alvear, R.M., Martínez-Arquero, A.G. (2012). Revisión del concepto de eficacia en el tratamiento vocal de las enfermedades neurodegenerativas. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 32, 190-202.
- Bermúdez de Alvear, R.M., Martínez-Arquero, A.G. (2013). Estrategias para potenciar el aprendizaje motor en el tratamiento vocal de las enfermedades neurodegenerativas. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 33, 13-24.
- Bermúdez-de-Alvear, R.M., Gálvez-Ruiz, P., Martínez-Arquero, A.G., Rando-Márquez, S.,

- Fernández-Contreras, E. (2019). Evaluation of Psychometric Properties of Voice Activity and Participation Profile (VAPP): A Spanish Version. *J Voice*, Jul;33(4): 582.e15-582.e22. doi: 10.1016/j.jvoice.2018.01.005.
- Farias, P.G. (2020). *Ejercicios que restauran la función vocal. Observaciones clínicas* (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: AKADIA.
 - Fox, C. M., Morrison, C. E., Ramig, L. O., & Sapis, S. (2002). Current perspectives on the Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) for individuals with Idiopathic Parkinson Disease. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 11, 111-123.
 - Gassull, C., Godall, P., Polini, E., Amador, M., Casanova, C. (2019). Effects of a Voice Training Program on Acoustics, Vocal Use, and Perceptual Voice Parameters in Catalan Teachers. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 72, 6, 1-8.
 - Hirano, M. (1981). *Clinical examination of voice*. Viena: Springer-Verlag.
 - Kotby, M.N., Shiromoto, O., Hirano, M. (1993). *J Voice*, Dec; 7(4):319-25. doi: 10.1016/s0892-1997(05)80120-1.
 - Ramig L.O., Fox C., Sapis S. (2008). Speech treatment for Parkinson's disease. *Expert Rev Neurother*; 8: 297-309. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.2.297> 10.1586/14737175.8.2.297 - DOI -PubMed
 - Verdolini-Abbot, K., Min, Y., Titze, I.R., Lemke, J., et al. (2002). Biological mechanisms underlying voice changes due to dehydration. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 2, 268.
 - Verdolini-Abbot K. (2008). *Lessac-Madsen Resonant Voice Therapy*. Plural Publishing Inc.