

CAPE-V

Introducción:

En Junio de 2002 tiene lugar la conferencia de consenso de la evaluación auditivo perceptual de la voz, organizada por la ASHA y la Universidad de Pittsburg.

El objetivo de esta reunión fue diseñar un protocolo estandarizado para documentar las calificaciones auditivo perceptuales de las patologías vocales, y que finalmente se materializó en el protocolo CAPE-V.

Los asistentes a esta conferencia, concluyen que no existe mejor forma de evaluación para la calificación vocal que la elaboración de un protocolo estandarizado, que tenga un conjunto de procedimientos específicos a seguir, siendo la característica principal de este protocolo, ya que ningún otro antes incorpora información sobre la recogida de muestras y este hecho parece relevante, ya que mejora la comunicación y coherencia entre profesionales.

Elementos Específicos del CAPE – V

El CAPE-V califica importantes atributos vocales que han sido identificados por ser comúnmente utilizados, de reconocida importancia y fácilmente entendidos.

Los atributos son:

- ❖ Severidad global
- ❖ Asperesa
- ❖ Voz aérea
- ❖ Tensión
- ❖ Tono
- ❖ Intensidad.

El CAPE-V exhibe cada atributo usando una línea de 100 mm para formar una escala analógico-visual, que a su vez se encuentra subdividida en 3 intervalos específicos correspondientes a las categorías: leve, medio y grave.

El observador indica el grado de desviación percibida respecto de la normalidad en esta escala marcando sobre la línea horizontal.

Las calificaciones se establecen por observación directa de la emisión vocal del paciente y no por lo que el paciente refiere. A la derecha de la escala aparecen dos letras: la C y la I para referirse a si la desviación de la normalidad del atributo a calificar es; continua o intermitente, respectivamente.

Descripción de los atributos

- ❖ **Severidad global:** Impresión global de desviación de la normalidad en la voz.
- ❖ **Aspereza:** Irregularidad percibida en la fuente vocal.
- ❖ **Voz aérea:** Escape audible de aire en la fonación.
- ❖ **Tensión:** Percepción de excesivo esfuerzo en la vocalización (hiperfunción).
- ❖ **Tono:** Correlato perceptual de la frecuencia fundamental de la voz. La escala documenta cuánto se desvía el paciente del tono apropiado para su edad, sexo y referentes culturales. La dirección de la desviación (alto o bajo) debe ser anotada.
- ❖ **Intensidad:** Correlato perceptual de la intensidad de la vibración vocal.

Escalas en blanco para atributos adicionales:

Los seis atributos que he descrito, han de ser considerados como los atributos mínimos que han de ser valorados en este método.

Adicionalmente, se incluyen dos escalas sin etiquetar para que se puedan registrar los atributos que sobresalgan en la escucha de la voz y que no estén incluidos en los anteriores.

Por ejemplo: si un individuo muestra una afonía, ésta debe ser registrada en una escala en blanco, dejando las demás sin anotar.

Grabación

El paciente tiene que estar sentado en un ambiente silencioso para proceder a la grabación de las tres tareas vocales que el paciente debe hacer.

Requerimientos de la grabación:

- ❖ Usar un micrófono de condensación situado en un azimuth de 45º frente a la boca y a 4 cm de distancia.
- ❖ Utilizar un ordenador con 16 bits de resolución y una frecuencia de muestreo no menor de 20 kHz.

Tareas vocales a realizar

❖ Tarea 1: Vocales sostenidas

Se utilizan dos vocales para esta tarea. Una laxa o abierta como la /a/ y una tensa como la /i/. Hay que recordar al paciente que produzca una vocalización cómoda, con su voz normal y prolongarla hasta que se le indique.

Se lleva a cabo en tres ocasiones y durante 3.5 segundos cada una de ellas. Posteriormente se repite la tarea con la vocal /i/. Esta tarea da la oportunidad de escuchar la voz del paciente sin influencia de la articulación. Estas vocales además pueden ser analizadas acústicamente.

❖ Tarea 2: Frases

Se han diseñado seis oraciones para provocar distintos comportamientos de la laringe y signos clínicos. Las oraciones adaptadas al español son:

✓ **“Nuria ojeó una pajarita y una blusa amarillas”**

Diseñada para estudiar la influencia coarticulatoria de las distintas vocales.

✓ **“Marta multa mi moto más mágica”**

Ofrece un contexto adecuado para valorar la producción de ataques glóticos suaves y transiciones de sorda a sonora.

✓ **“La llave brilla en la mano”**

Produce todos los fonemas sonoros y crea un contexto adecuado para juzgar la posible existencia de espasmos/detenciones y la habilidad del paciente para enlazar una palabra con la siguiente (manteniendo la vocalización).

✓ **“Irene adora hacer huevos al horno”**

Incluye muchas palabras que comienzan con una vocal y que pueden provocar ataques glóticos duros, dando la oportunidad para saber si éstos ocurren en el paciente.

✓ **“Mamá me mima una mano”**

Incluye numerosas consonantes nasales dando así la oportunidad para valorar la hiponasalidad y si es posible la estimulación por medio de la terapia vocal resonante.

✓ **“Ata tu zapato a tu pata”**

Presenta una ausencia total de consonantes nasales y crea un contexto útil para evaluar la presión intraoral y si existe una hipernasalidad y emisión aérea nasal.

Se debe entregar al paciente una tarjeta por cada oración para que la lea y la pronuncie. En caso de que tenga dificultades para la lectura ha de repetir la frase que se le diga

❖ Tarea 3: Habla espontánea

Se debe grabar al menos 20 segundos de conversación natural utilizando preguntas estándar de entrevista tales como “Hábleme sobre su problema vocal” o “Dígame cómo percibe su voz”.

Puntuación

Antes de comenzar el proceso de calificación debemos disponer de la grabación completa de las tres tareas descritas. Si se juzga que la calidad de todas las tareas es uniforme se procede a calificar solamente una escala. Sin embargo, si se perciben discrepancias entre las distintas tareas se debe calificar cada una por separado.

Se debe cubrir solamente un formulario por cada paciente, numerando las tareas si han de ser calificadas de forma distinta (1 para la vocal sostenida, 2 para las frases y 3 para la conversación natural).

Una vez calificadas las escalas han de ser medidas de forma física desde la izquierda hasta el punto marcado, indicando los milímetros resultantes referidos al total (por ejemplo 70/100 mm) y también haciendo mención a las etiquetas descriptivas que correspondan al grado de desviación general, como, por ejemplo; desviación media o desviación grave.

Conclusión

- ❖ El CAPE-V es un protocolo adaptado al español y validado para su uso como protocolo de evaluación auditivo perceptual de la voz normal y patológica. Es una herramienta completa, flexible y sensible a los cambios con capacidad para evaluar de forma precisa el resultado de acciones terapéuticas sobre las cuerdas vocales.
- ❖ La calificación perceptual de la voz mediante distintas tareas vocales enriquece la valoración, permitiendo describir la calidad vocal con una visión amplia, incorporando características y matices vocales que complementan a los parámetros objetivos y a otros test de evaluación vocal.
- ❖ La consistencia del protocolo CAPE-V es mayor que la detectada para el GRABS y tiene resultados más robustos. Por este motivo, la proponemos como escala fiable y precisa para realizar la evaluación perceptual de la voz.