



FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISFONIA FUNCIONAL SOMETIDOS
A TERAPIA INDIVIDUAL Y TERAPIA GRUPAL DEL CENTRO VOZ -2020

**Línea de investigación:
Salud pública**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica
en la Especialidad de Terapia de Lenguaje

Autora

Naranjo Ordonio, Mariella Magaly

Asesora

Cordero Tito, Leydy Kelly

ORCID: 0000000340603191

Jurado

Parra Reyes, David Belkis

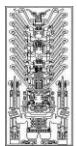
Flor de María Zuzunaga Infantes

Alvarado Santiago, Tania Ivette

Lima - Perú

2023





BIBLIOTECA CENTRAL

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Lima, 23 de noviembre del 2021

OFICIO N.º02986-2021-ORC-BC-VRIN-UNFV

Señora:

Dra. REGINA MEDINA ESPINOZA
Decana de la Facultad de Tecnología Médica
Presente.-

ASUNTO: 1A - NARANJO ORDONIO MARIELLA MAGALY – CONTROL ANTIPLAGIO
REF. : OFICIO N°01329 -2021-OGGE-FTM-FTM-UNFV
NT : 046514

Nos dirigimos a usted con un saludo cordial y a la vez, en atención al documento de la referencia, se remite a su despacho el resultado del primer análisis de similitud URKUND correspondiente al trabajo presentado por la autora **NARANJO ORDONIO MARIELLA MAGALY** titulado: “**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISFONIA FUNCIONAL SOMETIDOS A TERAPIA INDIVIDUAL Y TERAPIA GRUPAL DEL CENTRO VOZ -2020**”.

Al respecto, le manifestamos que el trabajo antes mencionado cumple con el porcentaje de similitud permitido (15%), por lo que la **graduanda puede continuar con el trámite correspondiente**.

Por otro lado, se recomienda comunicar a la autora que previo a remitir la tesis final para publicación, debe revisar la estructura del trabajo de investigación de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNFV aprobado con Resolución R. N° 2900-2018-CU-UNFV de fecha 25.06.18, y/o la Resolución N° 4211-2018-CU-UNFV de fecha 19.12.2018, según corresponda.

Sin otro particular, quedamos de usted, no sin antes expresarle la muestra de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,



VºBº Dra. Ing. LUZ CASTAÑEDA PÉREZ
Jefa de la Biblioteca Central

MGMM/joc

Adj: archivo digital con el correo electrónico



FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISFONIA FUNCIONAL SOMETIDOS
A TERAPIA INDIVIDUAL Y TERAPIA GRUPAL DEL CENTRO VOZ -2020**

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica en la Especialidad
de Terapia de Lenguaje

Autora:

Naranjo Ordonio, Mariella Magaly

Asesor:

Cordero Tito, Leydy Kelly

0000000340603191

Jurados:

Parra Reyes, David Belkis

Alvarado Santiago, Tania Ivette

Bravo Cucci, Sergio David

Lima- Perú

2023

Índice

	Pág.
I. Introducción	1
1.1. Descripción y formulación del problema.....	1
1.2. Antecedentes	4
1.3. Objetivos	11
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	11
1.4. Justificación	11
1.5. Hipótesis	12
II. Marco teórico	13
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	13
III. Método	28
3.1. Tipo de investigación	28
3.2. Ámbito temporal y espacial	28
3.3. Variables	28
3.4. Población y muestra.....	29
3.5. Instrumentos.....	30
3.6. Procedimientos.....	32
3.7. Análisis de datos	36
IV. Resultados	38
V. Discusión de resultados	46
VI. Conclusiones	52

VII.	Recomendaciones	53
VIII.	Referencias	54
IX.	Anexos.....	62

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Operacionalización de variables</i>	28
Tabla 2. <i>Descripción de las actividades realizadas en TI y TG, de acuerdo con la sesión</i>	34
Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra.....	38
Tabla 4. <i>Calidad de vida en voz de la muestra según edad</i>	39
Tabla 5. <i>Calidad de vida en voz de la muestra según género</i>	41
Tabla 6. Calidad de vida en voz de la muestra según el uso profesional de la voz	42
Tabla 7. Comparación en la calidad de vida en voz de los pacientes sometidos a terapia individual y grupal.....	44

Resumen

El objetivo fue determinar calidad de vida en relación a la voz de los pacientes con disfonía funcional sometidos a la terapia individual en el “Centro Voz”. El estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo-comparativo, prospectivo de corte transversal y diseño no experimental. Se evaluaron a 48 pacientes con problemas de voz que acuden el “Centro Voz”; 24 para terapia individual y 24 para terapia grupal. Para la recolección de datos se utilizó el protocolo de Calidad de Vida en Voz, cuestionario validado por Gasparini y Behlau (2007). La mayoría de individuos fueron del género femenino con un 70.8%, un 79.2% no son profesionales de la voz, la mayoría de los individuos presentan una edad de más de 30 de años con un 62.5%. Los individuos de terapia individual mayores de 30 años mostraron unos promedios más bajos en el momento previo a las actividades de terapia con una diferencia significativa posterior para las puntuaciones funcionales físicas; mientras individuos de terapia grupal mayores de 30 años mostraron un promedio más bajo de puntuaciones de CV en voz en el momento previo a la terapia con una mejora significativa posterior para el dominio socioemocional. Se concluye que ambas modalidades terapéuticas, mostraron beneficios para la calidad de vida de las personas con disfonía funcional. Además, la terapia individual es más efectiva para problemas físicos relacionados con la CV de la voz y la terapia de grupo para problemas socioemocionales.

Palabras clave: Terapia grupal; Terapia individual; Voz; Calidad de vida; disfonía funcional.

Abstract

The objective was to determine the quality of life in relation to the voice of patients with functional dysphonia who underwent individual therapy at the “Voice Center”. The study was quantitative, descriptive-comparative, prospective, cross-sectional and non-experimental design. 48 patients with voice problems who attended the “Voice Center” were evaluated; 24 for individual therapy and 24 for group therapy. For data collection, the Voice Quality of Life protocol was used, a questionnaire validated by Gasparini and Behlau (2007). The majority of individuals were of the female gender with 70.8%, 79.2% are not voice professionals, most of the individuals have an age of more than 30 years with 62.5%. Therapy individuals with a significant posterior difference for physical functional scores; while group therapy older than 30 years showed a lower average of voice QoL scores in the moment before therapy with a significant improvement later for the socio-emotional domain. It is concluded that both therapeutic modalities are obtained benefits for the quality of life of people with functional dysphonia. In addition, individual therapy is more effective for physical problems related to QoL of the voice and group therapy for socio-emotional problems.

Keywords: Group therapy; Individual therapy; Voice; Quality of life; functional dysph

I. INTRODUCCIÓN

Un tercio de la población mundial requieren de su voz para uso laboral por largos períodos de tiempo, el uso de la voz hablada y proyectada es una actividad que hoy en día es muy común. A la Disfonía Funcional se la define como la alteración de la voz sin lesión anatómica en los órganos fonatorios, representando dificultades en el proceso del funcionamiento vocal, a causa del uso excesivo y mal ejecutado del mismo. En el caso de la disfonía vinculada al trabajo se hace evidente la existencia de factores de riesgo que predisponen a la persona a perder parcial o totalmente su voz. y estas pueden ser: malos hábitos alimenticios, consumo de tabaco y alcohol, nivel de ruido, acústica del aula, niveles de enseñanza, carga horaria, intensidad de la voz sobre la normalidad, desconocimientos de la higiene vocal, entre otros. Los hábitos de los pacientes que trabajan con su voz no difieren de la población en general sin embargo entre estos pacientes las patologías tienen una incidencia mucho más alta debido a su profesión. En el personal docente existe un alto porcentaje del uso inadecuado de la voz y no toman conciencia del papel importante que desempeña la misma, hasta que ven disminuidas sus habilidades vocales, por lo tanto, es fundamental que se informen sobre los factores de riesgo asociados a la disfonía funcional y así evitar las consecuencias que ésta produce.

1.1. Descripción y formulación del problema

La voz es un importante medio de comunicación humana (Anhaia, 2013), además de tener su producción multidimensional, hecho que hace necesario analizarla bajo sus diferentes perspectivas (Ribeiro, 2012; Pifaia et al., 2013). Es necesario que todos los mecanismos interdependientes involucrados en la producción vocal se comporten de forma íntegra para que haya una emisión vocal agradable y confortable al locutor y al oyente (Behlau, 2009).

Una alteración en la armonía de la producción de la voz genera una disfonía, que puede ser clasificada en dos categorías: disfonías comportamentales y no comportamentales/orgánicas (Simberg, 2009), que pueden variar del grado de variabilidad normal de la calidad vocal a intenso y en el caso de las mujeres.

La disfonía puede comprometer la forma en que el individuo se comunica y provocar impactos diversos en la calidad de vida, de acuerdo con la importancia que la voz tiene para su vida personal y/o profesional (Ricarte et al., 2013).

Las evidencias clínicas en el mundo vienen mostrando que el individuo disfónico puede sufrir limitaciones en su bienestar y calidad de vida, incluso con posibilidad de impactar en lo emocional, social y/o profesional (Silva et al., 2014, p.187). De esta forma, un problema de voz considerado discreto, desde el punto de vista clínico, puede ser muy comprometedor para un profesor o cantante, pero no para un comerciante. Por lo tanto, es importante considerar la percepción del paciente sobre su disfonía, el impacto de ésta, y de su tratamiento, en el día a día y en la calidad de vida del paciente (Behlau et al., 2013; Paulinelli et al., 2012, p.87).

Por esta razón, se tiene gran interés en utilizar y desarrollar instrumentos confiables para medir y verificar la percepción del individuo sobre el impacto que la disfonía tiene en su calidad de vida. (Paulinelli et al., 2012, p.89; Ribas et al., 2014, p.555). Uno de esos instrumentos es el protocolo de Calidad de Vida en Voz (CVV), un cuestionario con 10 ítems, de aplicación simple, bastante sensible a la influencia de la disfonía en la calidad de vida del individuo, siendo un buen método para evaluación de resultado de los tratamientos (Gasparini y Behlau, 2007), así como un buen método para el seguimiento de la terapia.

A nivel nacional la terapia de voz es un tratamiento que implica cambios de comportamiento con la utilización de ejercicios diarios para mejorar la producción vocal y reducir el esfuerzo vocal, además de la eliminación de comportamientos vocales nocivos y, en algunos casos, la disminución del uso de la voz. Se trata de un enfoque directo, donde se

realizan ejercicios terapéuticos para adaptar el sistema involucrado en la producción de la voz, y enfoques indirectos, que ofrece orientaciones, consejos, y para ello hay la necesidad de una participación activa del paciente en la terapia. Existe además el abordaje ecléptico que es la combinación de las dos: directa e indirecta (Behlau et al., 2013; Silva et al., 2014; Van Stan et al., 2015).

Una de esas modalidades de tratamiento es la terapia de grupo, que surgió en la Fonoaudiología en la década de los 80, acompañando la inserción del área en la salud pública. En este período, la terapia de grupo involucra iniciativas aisladas en los servicios de salud pública, usadas con el objetivo de suplir la escasez de profesionales de salud. De esta forma, los profesionales eran capaces de atender una gran demanda de usuarios, acelerando la atención y reduciendo las colas de espera (Araújo y Freire, 2011; Ribeiro et al., 2013).

Los grupos y las terapias en nuestra capital, Lima; se guían por la cantidad de individuos implicados. Se caracterizaban por la homogeneidad entre los participantes, especialmente al tratarse del diagnóstico clínico de la enfermedad, condiciones individuales y por una postura activa del terapeuta, que actuaba como coordinador del grupo, ofreciendo consejo, sugerencias y apoyo, además del tratamiento. Así, se ve que el grupo es un espacio de terapia que ofrece y posibilita la actuación de factores que van más allá de la terapia individual tradicional (Souza et al., 2011).

En el ambiente de grupo el fonoaudiólogo/terapeuta tiene el papel de coordinar y mediar las discusiones y posibles conflictos que puedan surgir durante el proceso, a fin de favorecer la construcción del grupo, y facilitar la comunicación entre los integrantes del grupo (Souza, 2011, p.144).

Ante la necesidad de conocer más respecto a los síntomas vocales, se formulan las siguientes interrogantes.

1.1.1. *Formulación del Problema*

1.1.1.1. Pregunta General

¿Cómo es la calidad de vida en relación a la voz entre la terapia individual y la terapia grupal en pacientes con disfonía funcional sometidos a la terapia individual en el “Centro Voz”, durante el periodo Abril a agosto 2020?

1.1.1.2. Preguntas específicas

¿Cómo es la calidad de vida en relación a la voz de los pacientes con disfonía funcional sometidos a la terapia individual en el “Centro Voz”, durante el periodo Abril a agosto 2020?

¿Cómo es la calidad de vida en voz de los pacientes con disfonía funcional sometidos a la terapia grupal en el “Centro Voz”, durante el periodo Abril a agosto 2020?

1.2. Antecedentes

1.2.1. *Antecedentes Nacionales*

Heraud y Ugarte (2019), en su tesis de post grado realizada en la Pontificia Universidad Católica del Perú y titulada, Características vocales y de percepción vocal en docentes del nivel inicial y primaria de dos instituciones educativas privadas de los distritos de Miraflores y Santiago de Surco, tuvieron como objetivo determinar las características vocales y la percepción de su voz, que tienen los docentes del nivel inicial y primaria de dos instituciones educativas privadas de los distritos de Miraflores y Santiago de Surco. Para ello, se conformó una muestra de 50 docentes. Los participantes fueron separados en dos grupos, el primero conformado por profesores de nivel inicial y el segundo por 25 de nivel primaria. Para realizar la presente investigación se empleó el Análisis Perceptivo Auditivo de Mara Behlau 2009, el PRAAT VERSIÓN 6.0.33 y el Índice de Desventaja Vocal (VHI-30) creado por Barbara H. Jacobson y col. en 1997. La investigación corresponde al tipo descriptivo simple; debido a que, evalúa e identifica las voces de los profesores para determinar si existen o no diferencias entre la autopercepción y la calidad vocal. De las conclusiones halladas en el presente estudio se

desprende, que no existe relación entre la autopercepción de la voz que tienen los sujetos del estudio y el análisis perceptivo auditivo realizado. Asimismo, se determina que el 78% de los sujetos evaluados presentó una voz adecuada, siendo los tipos de voz alterada más frecuentes la voz ronca (12%), la voz soplada (6%) y la voz ronca y soplada (4%). Finalmente, se concluye, que el 18% de los docentes evaluados percibió algún tipo de problema con su voz siendo la sub escala funcional la de mayor incidencia, aunque no sea esta significativa.

Según Gomez y Shikiya (2018), en su tesis de post grado realizada en la Pontificia Universidad Católica del Perú y titulada, Análisis perceptivo auditivo de la voz en profesores de una institución educativa particular del distrito de la molina tuvieron como objetivo como propósito, definir si existe relación entre la calidad de voz y el índice de desventaja vocal percibida por los profesores. En el estudio participaron 35 profesores de Ed. básica regular de los tres niveles, el rango de edad de los participantes fue entre los 27 y 56 años. El registro fue realizado en la Institución Educativa Particular Santa Felicia de la Molina, se aplicaron las pruebas en dos sesiones, los instrumentos utilizados fueron GRABS de Hirano (1981) que permite realizar el análisis perceptivo auditivo del habla y la voz y; el test Índice de Desventaja Vocal (IDV). El tipo de investigación es descriptiva, porque evalúa las voces de los profesores y el diseño es correlacional porque estudia la relación que existe entre las variables: calidad de voz y la percepción de la desventaja vocal. En el hallazgo final del GRBAS encontramos que 83% de profesores presentan voz sin alteración mientras que el 17% de profesores presentan voz con alteración, predominando el dominio orgánico-funcional del IDV. Los resultados de la investigación nos permiten considerar la importancia que los profesores lleven dentro de su formación profesional información que les permita cuidar su voz, conocer su funcionamiento y el uso de técnicas vocales para que puedan utilizarla de manera óptima sin hacer esfuerzo, a fin de prevenir o detectar cualquier alteración en la voz de orden funcional u orgánico funcional. Esto coincide con estudios anteriores realizados por otros autores, quienes señalan

que los profesionales de la voz están propensos a desarrollar disfonías debido a que desconocen cómo cuidar su voz.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Según Souza et al. (2017), en su estudio titulado Análisis de la calidad de vida relacionada con la voz en la población infantil; tuvieron como objetivo analizar el impacto en la calidad de vida relacionado con la voz de niños disfónicos y sin alteración vocal, con una muestra poblacional de la gran Belo Horizonte - Minas Gerais. Método: participaron del estudio 420 individuos en el grupo de edad de seis a 10 años de edad, cursando la enseñanza fundamental en las escuelas públicas y privadas de la ciudad. El muestreo fue al azar, y los niños, divididos en dos grupos: disfónicos (GD) y sin alteración vocal (G0). La evaluación de las voces de los niños fue realizada por cuatro fonoaudiólogas especialistas en voz y con experiencia de más de 10 años en este análisis, utilizando el parámetro perceptivo-auditivo de grado general de disfonía, graduado en cuatro puntos. Se consideró, para el análisis de los resultados, la evaluación de las voces de los niños realizada por la fonoaudióloga que presentó mayor concordancia intra-evaluadora, analizada por la estadística Kappa. El protocolo Calidad de Vida en Voz Pediátrica (CVV-P) fue respondido por los responsables de los niños. Para el análisis inferencial, se realizó el análisis descriptivo de los datos y se utilizó el Test-T de Student. Resultados: de los niños evaluados, 98 eran disfónicos (GD) y 322 no tenían alteración vocal (G0). El análisis de los tres escores del QVV-P no presentó diferencia para los grupos probados (GD y G0). También no se observó diferencia en los valores del QVV-P, considerando el grado de desvío vocal. Conclusión: niños disfónicos no tienen impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la voz, considerando la respuesta del informante secundario (Oliveira y cols., 2017).

Para Oliveira (2013) en su investigación titulada Etapa de prontitud de pacientes con disfonía conductual pre y post-terapia de voz de grupo; refieren como objetivo el de verificar

la efectividad de la terapia de grupo en la etapa de prontitud de pacientes con disfonía comportamental, así como identificar qué ítems de la Escala URICA-Voz son más sensibles a cambios post-terapia de grupo en pacientes con disfonía comportamental. Método: Se trata de un estudio de intervención realizado con 49 pacientes con disfonía comportamental. La terapia de grupo ocurrió en ocho sesiones, siendo la primera y la última de evaluación y las otras seis terapéuticas, con abordaje ecléctico. La escala URICA-Voz fue utilizada para evaluar la etapa de prontitud en que el paciente se encuentra en los momentos pre y post-terapia de grupo para voz. Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial para el análisis de los resultados. Resultados: La mayoría de los pacientes que participaron en este estudio eran del género femenino, no hacían uso profesional de la voz y tenían lesión membranosa del pliegue vocal. La mayor parte estaba en la etapa de Contemplación tanto en el momento pre y post-terapia. Se observó un cambio significativo en la comparación del pre y post-terapia, la mayoría de los pacientes presentó reducción en la etapa de prontitud y pocos avanzaron hacia una etapa mayor. En la comparación de los ítems de la escala URICA-V, siete preguntas presentaron respuestas iguales o inferiores en el momento post-terapia. Conclusión: No hubo diferencia estadística al comparar las medias de la puntuación total URICA-V en el pre y post-terapia de grupo. Hubo cambios significativos en las etapas de prontitud de los pacientes en los momentos pre y post-terapia fonoaudiológica de grupo. Siete ítems de la URICA-V tuvieron número igual o menor en el momento post-intervención entre los pacientes evaluados.

Fernandes et al. (2016), en su artículo titulado, Desventaja vocal de pacientes disfónicos pre y post-terapia fonoaudiológica en grupo, refieren como objetivo de este trabajo el evaluar la desventaja vocal pre y post-terapia fonoaudiológica en grupo para pacientes disfónicos, así como asociar la desventaja vocal post-terapia a las variables: sexo, uso progresivo de la voz y diagnóstico laríngeo. Material y Métodos: Se trata de una investigación de intervención con 50 pacientes disfónicos, de ambos sexos, con una media de 45,43 años. El protocolo Índice de

Desventaja Vocal (IDV) fue aplicado en el primer y en el último encuentro de la intervención. La terapia se realizó en ocho encuentros semanales, teniendo como foco el enfoque ecléctico. Se realizó estadística descriptiva e inferencial a partir del test t de Student para comparar los momentos, y Qui-cuadrado para ver la asociación entre variables independientes con el IDV Total post-terapia. Resultados: La mayoría de los participantes era del sexo femenino y no hacía uso general de la voz. Hubo mayor predominio de pacientes con diagnóstico de lesión en la porción membranosa del pliegue vocal. Al comparar los dominios del IDV en el momento pre y post-terapia en grupo, se observa una disminución de los escores totales y de los dominios emocional y orgánico del instrumento, pero esta reducción no fue estadísticamente significativa. Cuando se realizó asociación entre la puntuación total IDV post-terapia con las variables: sexo, uso profesional de la voz y diagnóstico laríngeo, se observó significación en todas esas asociaciones. Conclusión: No hubo una reducción significativa de los valores de los dominios del IDV post-terapia en grupo. La disminución de estos valores se mostró inadecuada por el sexo, el uso de la voz y el diagnóstico laríngeo de los pacientes (Fernandes et al., 2016).

Vital et al. (2016), en su artículo síntomas vocales auditivos y propioceptivos pre y post-terapia de grupo de pacientes con disfonía; hacen referencia en su objetivo de comparar los síntomas auditivos, proprioceptivos y los totales pre y post-terapia de grupo de pacientes con disfonía, además de asociar el número de síntomas vocales a las variables sexo, grupo de edad, uso profesional de la voz y diagnóstico laríngeo. Métodos: participaron 27 pacientes insertados en grupos terapéuticos. Todos respondieron a los síntomas vocales auditivos, propioceptivos y totales del Protocolo de Clasificación Vocal (PTV) pre y post-terapia de grupo, que constó de ocho encuentros, siendo el primero y último para aplicación del PTV; del segundo al séptimo se realizaron sesiones terapéuticas fonoaudiológicas de abordaje ecléctico. Resultados: los participantes eran adultos, la mayoría del sexo femenino y el diagnóstico laríngeo predominante de lesión en la porción membranosa de los pliegues vocales. Se pudo percibir

que hubo reducción significante de los síntomas vocales propioceptivos y totales cuando se comparó pre y post-terapia. Minimizaron significantemente post-terapia los síntomas vocales: fatiga vocal, garganta seca, torta en la garganta, esfuerzo e incomodidad al hablar. Se asoció entre síntomas vocales (propioceptivos, auditivos y totales) post-terapia de grupo con las variables sexo femenino y diagnóstico laríngeo lesión de masa en la porción membranosa de los pliegues vocales. No hubo asociación de los síntomas vocales post-terapia con grupo de edad y ni uso profesional de la voz. Conclusión: hubo reducción de los síntomas vocales totales y proprioceptivos relatados por los pacientes al comparar el pre y el post-terapia. Se observó asociación entre sexo femenino y diagnóstico de lesión de masa en la porción membranosa de los pliegues vocales con síntomas totales, propioceptivos y auditivos post-terapia de voz. El grupo de edad y el uso profesional de la voz no se asociaron a la reducción de los síntomas vocales.

Santos et al. (2015), realizaron un estudio, titulado; Efecto de entrenamiento vocal directo e indirecto en estudiantes de Fonoaudiología, teniendo como objetivo el de Verificar el efecto de dos enfoques de entrenamiento vocal en estudiantes de Fonoaudiología, una directa y otra indirecta. Métodos: Participaron 25 estudiantes de Fonoaudiología, del género femenino, divididos en dos grupos: entrenamiento directo con ejercicios vocales - GTD ($n = 13$), y entrenamiento indirecto con orientaciones vocales - GTI ($n = 12$). Los entrenamientos fueron conducidos por la misma fonoaudióloga en seis sesiones, con frecuencia de una sesión de 30 minutos por semana. Ambos grupos pasaron por evaluación multidimensional de la voz, pre y post-entrenamiento: autoevaluación vocal; Escala de Síntomas Vocales (ESV); el análisis perceptivo-auditivo de la vocal sostenida y del habla encadenada; análisis acústico de la voz a través del Perfil de Extensión Vocal (PEV) y Perfil de Extensión de Habla (PEF); y el cuestionario de Clima de Grupo, éste solamente al final del entrenamiento. Resultados: El GTD presentó modificaciones para: análisis perceptivo-auditivo de la vocal, que quedó menos

desviada después del entrenamiento; ampliación de la extensión de voz en el PEV y PEF, lo que demuestra mejor rendimiento vocal. Sin embargo, el GTI no mostró cambios en ningún parámetro evaluado. En el clima de grupo, el GTI obtuvo mayor escaso conflicto que el GTD, pues probablemente el abordaje indirecto no favoreció cambios en el grupo y no permitió una interacción de mejor calidad. Conclusión: El enfoque directo proporcionó mayores beneficios a los estudiantes que el abordaje indirecto, con una modificación significativa de la calidad vocal, y puede servir de inspiración a los cursos de Fonoaudiología a fin de prevenir las disfonías.

Para Adrián y Rodríguez-Parra. (2014), en su estudio titulado Evaluación del tratamiento logopédico en la rehabilitación de la disfonía en adultos: seguimiento de los efectos grupales y de las variaciones individuales; hacen referencia que su estudio analiza las diferencias grupales e individuales en los resultados obtenidos tras la reeducación vocal de un grupo de pacientes disfónicos con diferentes diagnósticos, utilizando un protocolo multidimensional breve de evaluación. Las voces de 21 participantes con disfonía, 21 controles se evalúan comparando el pretratamiento y postratamiento logopédico. El funcionamiento de la voz fue valorado antes y después del tratamiento mediante un con-junto de pruebas que incluían la videolaringostroboscopia, la valoración aerodinámica y test de autoevaluación mediante cuestionarios de autoinforme. El grupo de tratamiento logopédico (TL) recibió 2 sesiones de terapia de la voz a la semana durante 3 meses. Tres reevaluaciones de seguimiento se llevaron también a cabo después de terminado el tratamiento para valorar la eficacia y la latencia del mismo. Un ANOVA con la prueba de la traza de Pillai mostró un efecto significativo de grupo del tratamiento logopédico en todas las variables evaluadas. Un T-test pretratamiento vs. postratamiento de los cambios individuales resultó también significativo en la mayoría de los participantes con disfonía, a pesar del amplio rango de puntuaciones mostrado (alta varianza) por las diferentes medidas utilizadas para valorar el programa de tratamiento

logopédico aplicado. Los resultados corroboran la eficacia de la reeducación vocal con logopedia tanto en los análisis grupales como individuales en al menos algunos tipos de patologías de la voz. Sin embargo, ciertas características y antecedentes de los participantes se destacan como las más favorables para beneficiarse del tratamiento terapéutico de la voz.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar calidad de vida en relación a la voz de los pacientes con disfonía funcional sometidos a la terapia individual en el “Centro Voz”, durante el periodo abril a agosto 2020.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la calidad de vida en relación a la voz de los pacientes con disfonía funcional sometidos a la terapia individual en el “Centro Voz”, durante el periodo abril a agosto 2020.

- Determinar la calidad de vida en relación a la voz de los pacientes con disfonía funcional sometidos a la terapia grupal en el “Centro Voz”, durante el periodo Abril a Agosto 2020.

1.4. Justificación

Histórica y tradicionalmente la terapia de lenguaje está orientada a la atención individual. Sin embargo, debido a constantes cambios y desplazamientos hacia un modelo enfocado en la prevención de enfermedades, la salud pasó a ser vista como un proceso dinámico y una dimensión de la calidad de vida de las personas (Ribeiro et al., 2013). Cambios que estimularon la elaboración de nuevos métodos y modalidades de tratamiento.

Las motivaciones para la utilización de la terapia de grupo se han ido cambiando a lo largo de los años. En la actualidad de nuestra realidad, la terapia de Lenguaje para las disfonías funcionales en forma grupal, vista como terapéutica y educativa, se muestra una forma eficiente de intervención proporcionando la construcción de conocimientos entre los participantes, convirtiéndose en un importante lugar para intercambios de experiencias, culturas, anhelos y

compartir conocimientos. A través del compartir los integrantes son capaces de reflexionar sobre su enfermedad, además de auxiliar en la mejora de su percepción de salud y probablemente su calidad de vida, ya que una vez al percibir la enfermedad en el otro, y la forma en que éste se comporta durante el tratamiento, puede ser más eficaz que la interacción entre terapeuta-paciente.

El impacto en la terapia de lenguaje para la voz, en cuanto a la dinámica grupal viene mostrando una propuesta interesante en el tratamiento de pacientes con disfonía en los hospitales de referencia a nivel nacional. Los estudios científicos muestran su eficacia con niños (Penteado et al., 2007), adultos (Vilela y Ferreira, 2006) e individuos laringectomizados (Mourão et al., 2006) que se enfrentan al desafío de retomar sus relaciones interpersonales y personales, control de sus vidas (Ribeiro et al., 2012).

A partir de experiencias relatadas, se justifica esa investigación por la necesidad de conocer y verificar cada vez más la contribución que la terapia individual y de grupo pueden traer para el proceso terapéutico vocal, de modo que permita un beneficio económico y social para la institución terapéutica ya que permitirá disminuir tiempos de espera para la atención especializada en voz, haciéndola más dinámica y fluida, sin causar desesperación por la salud de los pacientes afectados ya que muchas veces, la voz, es su herramienta de trabajo maximizando de esa manera la calidad de vida en voz.

1.5. Hipótesis

El presente estudio de tesis no presenta sistema de hipótesis pues el método y tipo de investigación aplicado no lo permite.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 Voz y disfonía

La voz es un importante factor en el proceso de socialización humana (Bastilha et al., 2014). Su emisión confiere emoción y sentido al mensaje que se desea transmitir, a través de ella el individuo es capaz de expresar diferentes emociones, de acuerdo con el contexto social y el ambiente en que se encuentra insertado, por medio de aspectos relativos a la calidad vocal, como la intensidad, la resonancia, la articulación, las pausas, el ritmo, la duración y la velocidad de habla (Borrego y Behlau, 2012).

La producción vocal es un fenómeno complejo y multidimensional (Ruotsalainen, 2008), pues depende de factores anatomicofisiológicos, psicológicos, sociales y profesionales (Behlau et al., 2015). En la mayoría de los casos, el sistema nervioso central y periférico, en el que están involucrados una serie de mecanismos reguladores que organizan, planifican y ejecutan coordinadamente los movimientos de las estructuras involucradas en su producción (Pinho y Pontes, 2008; Martínez y Cassol 2015).

Mientras la armonía de este proceso multidimensional se mantiene, la producción vocal es cómoda y sin dificultades para el emisor, con una calidad vocal buena para el interlocutor. Cualquier desviación en esa armonía, que pueda perjudicar la producción de la voz y provocar impacto negativo de la calidad de vida, genera la disfonía (Behlau et al., 2015).

La disfonía es un trastorno de la comunicación oral, donde la voz es incapaz de cumplir su papel básico en la transmisión verbal y emocional de los mensajes (Pedrosa et al., 2015), y limita la efectividad de esa transmisión (Ruotsalainen, 2008). Es un disturbio que puede traer daño al individuo, y está representado por cualquier cambio, o dificultad de producción, en la emisión natural de la voz, haciéndola desagradable e inaceptable socialmente. Se caracteriza por síntomas como ronquera, fallas en la voz, dificultad de proyección, afonía (Pedrosa et al.,

2015), anormalidad de *pitch* (sensación auditiva de la frecuencia de la voz) y *loudness* (sensación auditiva de la intensidad de la voz) (Ruotsalainen, 2008).

De acuerdo con *The American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation* la disfonía se caracteriza como cualquier desviación en la calidad vocal, pitch, loudness, y esfuerzo vocal que afecte la comunicación o produzca impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la voz (Behlau et al., 2015). Es decir, se define disfonía como cualquier alteración en la voz, derivada de un disturbio de orden comportamental u orgánico.

De acuerdo con su etiología, la disfonía puede ser clasificada en dos grandes clases: funcional y orgánica (Simberg, 2009).

La disfonía funcional está relacionada al comportamiento y problemas de técnica vocal (Vieira, 2012). Son resultados de traumas vocales, comportamiento vocal abusivo, mal uso de la voz, descontrol de la musculatura intrínseca y extrínseca de la laringe, además de causas emocionales. Se puede manifestar a través de calidad vocal débil, ronca, tensa y soprosa, con quejas de fatiga y pérdida de eficiencia vocal, además de síntomas como esfuerzo al hablar. Aunque el comportamiento es la esencia de la disfonía comportamental, esta desviación genera una actividad inadecuada del sistema de producción vocal, y puede resultar en lesiones en la mucosa del pliegue vocal (Behlau et al., 2015).

La disfonía orgánica se caracteriza por alteraciones en los tejidos y estructuras involucradas en la producción de la voz, y en la instalación de una patología no relacionada directamente al uso o comportamiento vocal (Simberg, 2009). Un ejemplo de esta disfonía es la que acomete pacientes sometidos a la laringectomía total o parcial.

2.1.2. Evaluación vocal y calidad de vida

Por tratarse de un fenómeno de producción multidimensional, la evaluación de la voz no puede ser realizada a través de un único método (Dejonckere et al., 2001; Ruotsalainen, 2008). De esta forma, la evaluación vocal debe contener medios que analizan sus aspectos

anatomofisiológicos, auditivos, acústicos, visuales y la percepción que el individuo posee acerca de su voz. Así, la evaluación multidimensional está compuesta por el examen visual de la laringe; por la evaluación perceptivo-auditiva y la evaluación acústica; y la autoevaluación del paciente (Behlau et al., 2015).

Los aspectos anatomicofisiológicos son evaluados a través del examen visual de la laringe, realizado por el otorrinolaringólogo, por medio de exámenes como la videolaringoscopia o la estroboscopia, donde se obtiene información sobre la anatomía y la funcionalidad de los pliegues vocales (Speyer, 2008).

Otro aspecto a ser analizado es la calidad vocal. Su evaluación puede ser realizada a través del análisis perceptivo-auditivo y acústico (Speyer, 2008). Estos análisis permiten que el terapeuta evalúe el progreso y dirija la terapia, además de sensibilizar al individuo en cuanto a su voz (Ribeiro et al., 2013).

La evaluación perceptiva-auditiva es una medida subjetiva, basada en la percepción del especialista, considerada el patrón oro en la detección de las disfonías (Ribeiro et al., 2013) y altamente utilizada en la clínica fonoaudiológica de voz. Aunque su realización puede ser influenciada por entrenamiento previo y experiencia del especialista, además de otros factores personales, su importancia no es rechazada, después de todo la voz es un fenómeno perceptivo y respuesta de un estímulo acústico (Ugulino et al., 2012).

El análisis acústico de la voz es una medida más objetiva y computarizada, capaz de proporcionar parámetros de normalidad o alteración que pueden ser comparados durante la terapia (Ribeiro et al., 2013), al cuantificar aspectos relacionados con la frecuencia fundamental.

Tradicionalmente, los test objetivos, la descripción de las desviaciones vocales y la caracterización acústica, son utilizados por profesionales para definir el programa terapéutico, y acompañar la evolución del paciente a lo largo de la terapia. Sin embargo, aunque son

informaciones importantes, no ofrecen datos sobre el punto de vista del paciente y sus perspectivas para el tratamiento (Putnoki et al., 2010). Los datos son importantes, pues auxilian al terapeuta a comprender cómo el individuo percibe su enfermedad (Tutya et al., 2011), ofreciéndoles informaciones, inclusive, de cómo el paciente va a adherirse al proceso terapéutico.

En esta perspectiva, el análisis perceptivo-auditivo y acústico de la voz se vuelve insuficiente para comprender las consecuencias de la disfonía en la vida del individuo, ya que su impacto en la calidad de vida, no depende directamente de su grado. Así, la evaluación de la salud y del tratamiento debe incluir, además de los indicadores de la gravedad de la enfermedad, una estimación de la calidad de vida del individuo.

En la clínica fonoaudiológica, esta evaluación se realiza a través de los protocolos de autoevaluación vocal, que miden el impacto de la disfonía en la calidad de vida del individuo (Tutya et al., 2011; Oliveira, 2013). Uno de los países de mucho auge en temas de voz, el Brasil, por ejemplo, se cuenta con diversos protocolos traducidos y validados para evaluar los aspectos relacionados con la calidad de vida y voz. Estos protocolos empezaron a ser validados a partir de 2005 y tienen sensibilidad, confiabilidad y amplio uso en la clínica (Leite et al., 2008).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017. El concepto de salud no se limita a la ausencia de enfermedad. En ella se incluye la calidad de vida, un concepto amplio y complejo que engloba características subjetivas y multidimensionales. Considera la percepción del individuo acerca de su posición en la vida, en cuanto al contexto cultural y sistemas de valores en los que vive, en relación a sus objetivos, expectativas, patrones e intereses. De esta forma, se observa que la calidad de vida está relacionada a factores multidimensionales, basándose en parámetros físicos y psicosociales.

La disfonía puede generar diversos daños e impactos a la calidad de vida del individuo, dependiendo de la importancia de la voz en su vida. Puede acarrear impactos más graves para

el individuo que necesita la voz en su profesión, y perjudicar el desempeño en su trabajo al ocasionar alejamiento y abandono de la actividad (Souza, 2011). Los problemas vocales en cantantes, por ejemplo, pueden llegar a ser graves y provocar un gran impacto vocal y emocional e incluso comprometimiento de su carrera (Silva et al., 2014).

Por lo tanto, es necesario que, además de los datos laringoscópicos, acústicos y auditivos, se tengan datos de cómo la alteración interfiere en la calidad de vida del paciente (Bastilha et al., 2014), a fin de verificar el compromiso del paciente con la terapia. Una vez que la terapia vocal es un tratamiento que exige la participación activa del paciente y se necesita cambios y/o eliminación de comportamientos nocivos y abusivos para la voz, la falta de participación activa del paciente puede comprometer la eficacia de la terapia (Teixeira, 2013). De esta forma, esta autoevaluación es única y puede no tener relación directa con la evaluación del clínico, y ha sido muy valorada en la clínica y en la literatura fonoaudiológica (Leite et al., 2008).

Por lo tanto, las informaciones obtenidas en estas evaluaciones son esenciales para cuantificar y calificar los efectos e impactos de la disfonía en la vida del individuo, y auxiliar el desarrollo y efectividad de la terapia fonoaudiológica para voz (Silva et al., 2014).

Con el propósito de evaluar el impacto que la disfonía puede generar en la calidad en la calidad de vida, diversos protocolos fueron creados y validados. Entre ellos se encuentra la calidad relacionada con el *Voice-Related Quality of Life - VRQQL* (Hogikyan y Sethuraman, 1999), que fue traducida y validada para el portugués como Calidad de Vida en Voz (Gasparini y Behlau, 2007). Se trata de un protocolo de fácil aplicación, con confiabilidad y sensibilidad comprobada, relacionando el problema y los impactos que puede generar en el día a día del individuo (Spina et al., 2009 y Tutyta et al., 2011).

2.1.3. Terapia de voz

A lo largo de los años la terapia fonoaudiológica para voz se ha mostrado un tratamiento efectivo contra la disfonía (Behlau et al., 2013), con foco principal en la mejora de la producción vocal y comunicación, reducción del esfuerzo fonatorio y adecuación a la calidad vocal a las necesidades personales, profesionales y sociales (Silva et al., 2014), además de promover la disminución del impacto negativo que la enfermedad puede generar en la vida del paciente (Behlau et al., 2013).

Los estudios muestran los efectos positivos de la terapia vocal (Bos-Clark y Carding, 2011) al generar mejoras en los aspectos acústicos y perceptivo-auditivos, además de la mejora en la calidad vocal (Anhaia, 2013).

La terapia de voz es un tratamiento que requiere cambios conductuales, eliminación de hábitos nocivos a la voz, y necesita la adhesión y participación activa del paciente para el logro de los objetivos (Santos, 2013). Se observa, en la práctica clínica, que la mejora de los síntomas y/o alteraciones diagnosticadas, y la estabilización del cuadro del paciente, lleva al alta terapéutica. Después de esta, el paciente recibe instrucciones para que el patrón vocal obtenido en la terapia no sufra alteraciones (Gama, 2012), y consecuentemente la disfonía reaparezca.

El tratamiento de la disfonía involucra orientaciones y entrenamiento vocal por medio de técnicas y ejercicios vocales (Cielo et al., 2013), con el objetivo de prevención, tratamiento y recuperación de la voz (Anhaia, 2013).

En la terapia de voz existen diferentes tipos de abordajes: directa, indirecta y la ecléctica (Santos et al., 2015), donde se combinan aspectos del abordaje directo e indirecto. Según Anhaia (2013), esta última presenta mejoras significativas en parámetros como calidad y autopercepción de la voz, incluso después de poco tiempo de terapia.

El abordaje directo se basa en el supuesto de que los individuos con disfonías conductuales realizan ajustes inadecuados y perjudiciales a la voz. De esta manera, objetiva

modificar aspectos de la producción vocal, coordinar los sistemas involucrados en la producción de la voz, y permitir que el paciente internalice un patrón correcto de fonación (Silva et al., 2014). Este enfoque proporciona el cambio del comportamiento vocal a una producción eficaz y adecuada (Anhaia, 2013).

La terapia directa está compuesta por ejercicios y técnicas vocales específicas (Santos et al., 2015), con foco en la respiración, fonación, resonancia y articulación (Gartner-Schmidt, 2013). Algunos ejemplos de este abordaje son: la manipulación laríngea y la técnica del bostezo y suspiro. En general, la terapia directa se dirige a las alteraciones fisiológicas de la producción de la voz (Ruotsalainen, 2008).

El abordaje indirecto destaca el aprendizaje y el cuidado de la voz. Se trata de consejos y orientaciones sobre higiene vocal (Santos et al., 2015), además de auxiliar al paciente a mejorar y mantener la salud vocal. Se trata de un enfoque educativo que beneficia al individuo a identificar factores que pueden contribuir a la instalación de la disfonía y, de esta forma, alterar estos factores y el comportamiento vocal antes de que el problema aparezca. Algunos de los ejemplos son: entrenamiento auditivo, consejos y orientaciones sobre aspectos de la anatomofisiología de la voz, en las causas y factores de riesgo para alteraciones en la voz (Ruotsalainen, 2008) como estrés, reflujo laringo-faríngeo, entre otros (Gartner-Schmidt, 2013).

De esta forma, la terapia indirecta no trabaja específicamente con ejercicios y técnicas vocales, sino con orientaciones que auxilian al paciente a comprender la producción, el uso y funcionamiento de la voz. Así, el paciente será capaz de identificar y eliminar factores ambientales, psicológicos y sociales, que pueden alterar su voz, y consecuentemente, propiciar una mejora en su calidad vocal.

Los abordajes directos e indirectos no son excluyentes, y pueden ser asociados en una sesión o más de terapia, en un abordaje ecléctico (Carding et al., 1999). Este enfoque es muy

utilizado por fonoaudiólogos y consiste en asesoramiento, sensibilización y orientaciones con ejercicios y técnicas vocales, y debe ser considerada la mejor forma de abordaje terapéutico, especialmente en los casos de disfonías comportamentales (Gartner-Schmidt, 2013).

De acuerdo con Van Stan (2015), al proponer una nueva filosofía para clasificar los enfoques de la terapia vocal en siete programas, el método de la terapia directa incluye la modificación del comportamiento a través de la función vocal, musculo esquelético, respiratorio, monitoreo somatosensorial y el *feedback* auditivo. Mientras la indirecta, al involucrar intervención pedagógica y asesoramiento, modifican los aspectos cognitivos, conductuales, psicológicos y ambientales en la producción vocal.

Además de diferentes tipos de abordajes, la terapia de voz también posee diferentes tipos de modalidades: individual y de grupo.

2.1.4. *Terapia de grupo*

Así como la terapia fonoaudiológica, la terapia de voz es tradicionalmente individual. Su surgimiento se dio alrededor de la década de los 80, y se basaba en el modelo médico-asistencialista, y se enfocaba únicamente en la enfermedad o alteración que el paciente exhibía. Este modelo de terapia es tradicional, siendo el más estudiado y con eficiencia comprobada científicamente, en el área de salud en general y en la rehabilitación de pacientes con quejas vocales (Almeida et al., 2015).

La intervención en grupo en el área de salud comenzó a ser teorizada e investigada en la psicología en 1983, hecho que le garantizó una mayor dimensión como práctica de salud, por la alta demanda de pacientes y grupos de riesgo en los centros de atención psicosocial, así como en las unidades básicas de salud (Santos et al., 2015).

En la terapia de grupo la clínica deja de ser un espacio de prescripciones y pasa a ser un ambiente de intercambios, que permite al individuo conocer y apoyarse en las experiencias de los compañeros, y así genera cambios en la forma como ve su problema. En este contexto

el terapeuta tendrá la función, no sólo de promover y colaborar con el proceso de curación del paciente, sino de facilitar su participación e interacción con los otros participantes, además de apoyarlos y mediar posibles conflictos (Souza, 2011).

Una de las funciones del grupo es administrar la ansiedad de los participantes, especialmente a la que es común a todos. Cuando bien gestionada esa ansiedad pasa a ser un factor positivo. En este intercambio de experiencias hay una mitigación de la heterogeneidad del grupo, haciéndolo más homogéneo (Ribeiro, 2012).

En Brasil, por ejemplo, principalmente en el Sistema Único de Salud (SUS), el trabajo en grupo es altamente utilizado y se muestra como una estructura básica de trabajo en la promoción y educación en salud, que genera espacios para la adopción de hábitos que mejoren la calidad de vida de la salud población. En la salud pública, se pueden encontrar grupos con niños, gestantes, ancianos, padres, autistas, con sujetos sometidos a laringectomías. además de trabajos con grupos de riesgo como diabéticos e hipertensos (Souza, 2011).

Históricamente la actuación fonoaudiológica se basaba en el modelo médico-curativo y posee, así, un carácter individual. En los últimos años, junto a los cambios en el campo de la salud, surgió la necesidad de iniciar trabajos colectivos.

La práctica de la terapia de grupo comenzó a surgir en la Fonoaudiología hacia la década de los 80, motivada por la inserción del fonoaudiólogo en la Salud Pública (Araújo y Freire, 2011), y por el aumento de la demanda por atención (Ribeiro et al., 2013).

En este período eran iniciativas aisladas realizadas en los servicios públicos para suplir la gran demanda por atención, acelerar las atenciones y reducir la cola de espera (Araújo y Freire, 2011; Souza, 2011). Los profesionales de la salud se encontraban con la gran lista de espera y con la imposibilidad de atender a cada paciente individualmente, y vieron en la atención en grupo una manera de lograr atender la demanda.

Desde su inicio la atención de grupo sufrió cambios motivados por las alteraciones en el escenario de salud pública (Araújo y Freire, 2011) y con el surgimiento de un nuevo paradigma que desplaza el eje patología / tratamiento/control/prevención de enfermedades para el eje de la salud salud/promoción de la salud (Penteado y Servilha, 2004). Esto es, la promoción de la salud y no la enfermedad y su tratamiento se convierte en foco de las prácticas de salud, y altera los conceptos de salud y enfermedad. De esta forma, la salud pasa a ser vista como un proceso dinámico, extensión de la calidad de vida y un derecho fundamental humano y en ese contexto, el lenguaje y la comunicación pasan a ser parte de los factores que pueden impactar negativamente en la salud (Ribeiro et al., 2013).

Con el tiempo, la terapia de grupo pasó a ser considerada valiosa entre los fonoaudiólogos que la adopta como método de intervención. En este medio se hace posible discutir creencias, rabia, proporcionando intercambios de experiencias y anhelos, lo que genera reflexiones, cambios de actitudes y visión del individuo, además de proporcionar la resignificación de su enfermedad (Souza et al., 2011; Ribeiro et al., 2012) y mejorar su salud y calidad de vida (Ribeiro et al., 2013).

Además de ser un gran desafío pensar en la atención de grupo en la Terapia de Lenguaje, una vez que la visión de “patología” de la comunicación es vinculada a la medicina, (Panhoca y Bagarollo, 2007) actualmente el trabajo en grupo está siendo mejor investigado y valorizado en la Fonoaudiología, con una eficiencia comprobada (Araújo y Freire, 2011) Este modelo de trabajo, no sólo atiende a necesidades económicas u organizativas, pero es un enfoque capaz de contribuir al desarrollo del lenguaje, a través de las nuevas posibilidades de relaciones e intercambio de conocimientos (Penteado et al., 2007).

La terapia de Lenguaje en grupo es vista como educativa y terapéutica (Ribeiro et al., 2013), y mucho más allá de atender las demandas, permite intercambios que no son posibles en la terapia individual, una vez que el paciente entrar en contacto con individuos con

problemas y/o enfermedades parecidas. En este ambiente, el papel del Terapeuta de Lenguaje o fonoaudiólogo es el de interlocutor, mediando la construcción del grupo, con la finalidad de maximizar la comunicación de los participantes (Machado et al., 2007).

Araújo y Freire (2011) por medio de una revisión de literatura con el tema "terapia de grupo en la Fonoaudiología" mostraron algunos de los criterios que deben componer el grupo terapéutico, y diversos trabajos que apuntan el papel del fonoaudiólogo en la atención de grupo. La mayoría de los trabajos de la revisión, destacaron al fonoaudiólogo como responsable, no sólo por proporcionar alternativas para la producción de una voz sana y mostrar nuevas posibilidades de lenguaje, con el foco de eliminar o disminuir la enfermedad, sino como interlocutor activo, coordinador y mediador. En la terapia de grupo, él tiene el papel de actuar, tanto en el individuo, como en el conjunto.

Leite et al. (2008), apuntan al grupo como un lugar de construcciones creativas. En este ambiente el paciente y el terapeuta quedaban en una posición dialógica donde los saberes se cruzan y producen otros sentidos. Hay la posibilidad de crear vínculos intersubjetivos de donde se afloran fenómenos de identificación con el prójimo, pertenencia y continencia. Los autores todavía concordaron que las relaciones entre individuos tienden a producir formaciones y procesos psíquicos específicos que se organizan a partir de lo que el individuo proyecta en el grupo.

En los últimos años, la mayoría de las personas que sufren de la enfermedad de Chagas, en el momento de la muerte y los futuros profesionales de la voz (Chun et al., 2007), además de trabajos dirigidos a la clínica de voz con disfonías funcionales.

Con el objetivo de comprender la razón de la elección de la terapia de grupo como modelo terapéutico, Vilela y Ferreira (2006) entrevistaron fonoaudiólogos involucrados en procesos de terapia de grupo con pacientes disfónicos, y observaron que el inicio del proceso y atención en grupo se dio por la necesidad de atender la gran demanda del sector público.

La terapia de grupo no estaba estructurada, y no había número de participantes predefinidos, estos fueron agrupados por edad, grado de alteración y sexo.

Por medio de un estudio longitudinal realizado por Simberg (2009) verificó la efectividad de la terapia de grupo en un grupo de futuros profesores. Con este propósito, dividieron a 20 individuos en tres pequeños grupos, de seis a ocho estudiantes cada uno, y compararon con un grupo control formado por otros 20 individuos, con disfonías similares, que no recibieron tratamiento vocal. Las sesiones de terapia, con enfoque directo e indirecto, ocurrieron de la siguiente forma: siete sesiones en un período de siete semanas, con cada sesión durando aproximadamente 90 minutos. Para alcanzar el objetivo utilizaron un cuestionario de síntomas vocales, examen otorrinolaringológico y análisis perceptivo-auditivo de la voz. Y observaron que la terapia de grupo para ese público muestra eficacia inmediata después de la intervención, y este resultado positivo se mantuvo durante un año después del estudio.

Leite et al. (2008) investigaron la posibilidad de intervención fonoaudiológica en grupo junto a niños con alteraciones vocales, y las posibles modificaciones en la dinámica vocal de los niños en el post-terapia. Para ello se utilizaron nueve sesiones de terapia de grupo, y concluyeron que el grupo terapéutico fue importante en la atención y mejora de ese público.

Con el fin de promover la salud vocal en profesionales sin alteraciones vocales, y modificar hábitos potencialmente dañinos para prevenir problemas relacionados con el abuso vocal, Goulart et al. (2012), sometieron a un grupo de cantantes a terapia vocal. Los participantes fueron divididos en dos grupos: uno de intervención y otro de control. El grupo de intervención participó de siete encuentros con, aproximadamente, 60 minutos cada uno, con aspectos directos e indirectos de la terapia vocal, con orientaciones sobre fundamentos del aparato fonador, higiene vocal y ejercicios de calentamiento y desaceleración, y concluyeron que la actuación en grupo fue positiva en lo que se refiere a la percepción del individuo sobre

su producción vocal, y que el trabajo terapéutico de grupo sería más ventajoso ya que cantores tienen quejas y objetivos semejantes.

Law (2012), reunió a 12 profesores en un programa de ocho sesiones de terapia vocal de grupo con enfoque ecléctico. Para verificar los beneficios de la modalidad en ese público, utilizaron instrumentos de autoevaluación como el protocolo CVV, el cuestionario de Síntomas Vocales y el cuestionario Reducido de Clima Grupo, además de realizar análisis perceptivo auditivo de la voz. Inmediatamente después de estas ocho sesiones, se verificó que hubo una mejora significativa en la calidad de vida y reducción de los síntomas vocales en pacientes que relataron una interacción positiva y consideraron comprometidos en el grupo. Así, la terapia de grupo ofrece oportunidades para facilitar la terapia una vez que observar el modo en que otro aprende es tan o más efectivo que observar al terapeuta.

Ribeiro et al. (2013), sometieron a seis niños, con edad entre siete y diez años, la terapia de grupo con 12 sesiones semanales, con una duración de 40 minutos cada una. Sus objetivos eran evaluar la efectividad de la terapia a partir del análisis perceptivo-auditivo y acústico de la voz, en el momento pre y post-terapia. Y concluyeron que la terapia vocal en grupo promueve modificaciones en la dinámica de la voz de los niños disfónicos, en lo que se refiere a los parámetros perceptivo-auditivos y acústicos.

Con el objetivo de verificar el efecto de dos abordajes terapéuticos, Santos et al. (2015), reunieron a 25 estudiantes del sexo femenino estudiantes de Fonoaudiología. Los individuos fueron divididos en dos grupos: entrenamiento con enfoque directo y abordaje indirecto, y los acompañaron durante seis sesiones semanales, con 30 minutos de duración. Al final, hubo alteración en la autopercepción de la voz, aunque no suficiente para producir diferencias entre los enfoques. Concluyeron que, aunque había alteración en la autopercepción de la voz, ésta no fue suficiente para producir diferencias entre los enfoques.

En una reciente revisión sistemática Almeida (2016), buscó los efectos de la terapia de grupo en pacientes con disfonía. Para ello, utilizaron como descriptores: "procesos grupales", "voz" y "disfonía" y sus respectivos descriptores en inglés. Después de filtrar los artículos utilizando los criterios de elegibilidad, los autores seleccionaron un total de 11 artículos, llegaron a la conclusión que todavía hay pocos estudios sobre intervención en grupo, lo que hace importante la continuidad de investigaciones sobre el tema, con metodologías mejor descritas, para así, proporcionar mayores evidencias de la efectividad de la terapia de grupo.

El mismo grupo publicó encuestas con foco en la efectividad de la terapia de grupo en población de disfónicos (Vital et al., 2016).

Vital et al. (2016), compararon los síntomas auditivos, propioceptivos y totales del Protocolo de Clasificación Vocal (PTV), en el pre y post terapia de grupo, de 27 pacientes. Los encuentros se realizaron semanalmente, completando un total de ocho sesiones de abordaje ecléctico y al final, se percibió reducción de los síntomas vocales totales y propioceptivos de los pacientes.

Con el propósito de verificar la adhesión al tratamiento fonoaudiológico en el pre y post terapia de grupo en individuos con disfonía funcional, Fahning (2015) realizó una encuesta con una población de 60 disfónicos, divididos en dos grupos (terapia individual y terapia de grupo) y concluyó que el tipo de terapia no influye en la adhesión.

Silva et al. (2014), verificaron la efectividad de la terapia de grupo en la reducción de los factores de riesgo en 26 individuos con disfonía comportamental. Pudieron comprobar que esa modalidad de terapia fue efectiva en reducir los factores de riesgo de esta población.

Gomes et al. (2016), utilizaron el protocolo Índice de Desventaja Vocal (IDV) para verificar la efectividad de la terapia de grupo en 50 individuos de ambos sexos. Aplicaron el protocolo en esa población en el momento pre y post-terapia y concluyeron que, aunque había

una disminución en los escores del dominio del protocolo utilizado, esa disminución no fue capaz de generar una diferencia estadísticamente significativa.

En una encuesta de maestría Almeida (2016) utilizó el protocolo PEED para verificar las estrategias de enfrentamiento de individuos con disfonía. Para ello utilizó 70 individuos, divididos en un grupo sometido a terapia de grupo y otro sometido a terapia individual, que fueron sometidos a ocho encuentros de terapia semanales. Y observaron que la terapia de grupo se mostró un método efectivo para auxiliar al paciente a mejorar sus estrategias de enfrentamiento.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio fue de tipo descriptivo-comparativo, prospectivo de corte transversal y diseño no experimental. Descriptivo-comparativo porque se describieron los hechos y fenómenos tal cual se presentaron y se compararon las características de las variables; prospectivo porque la investigación se realizó con los datos que representan a la toma de muestras; de corte transversal porque estudió las variables en un determinado espacio de tiempo; de diseño no experimental porque es un estudio observacional que describió lo que existe en la realidad. (Ñaupas et al., 2014).

3.2. Ámbito temporal y espacial

La presente investigación se realizó en el “Centro Voz”, durante el periodo abril a agosto 2020, para la obtención del título de licenciado en tecnólogo médico en la especialidad de Terapia de Lenguaje.

3.3. Variables

Tabla 1. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO/ESCALA
		compuestos por los	- Cualitativa, ordinal
Puntuación Total		items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10	- Escala de Likert de cinco puntos
Puntuación Funcional Físico	compuestos por los		1 = nunca sucede y no es un problema
Calidad de vida en Voz	items 1, 2, 3, 6, 7 y 9		2 = sucede poco y raramente es un problema
	Puntuación - contemplado en los		
	Socioemocional	items 4, 5, 8 y 10	

3 = sucede a veces y

es un problema

moderado

4 = sucede mucho y

casi siempre es un

problema

5 = sucede siempre y

realmente es un

problema malo.

Género	Apariencia física del sujeto	Categoría binaria	Cualitativa, dicotómica	nominal,
Edad	Edad en años expresada por el sujeto	Mayores de edad	1 = hombre 2 = Mujer	Cuantitativa Continua

3.4 Población y muestra

3.4.1 *Población*

La población estuvo constituida por 48 pacientes con problemas de voz que acuden el “Centro Voz”, durante el periodo Abril a Agosto 2020.

3.4.2 *Muestra*

Debido a que la población de estudio es muy pequeña, la muestra fue constituida por conveniencia tomando pacientes con disfonías funcionales que acuden el “Centro Voz”, siendo esta de 24 individuos para terapia individual y otros 24 individuos para terapia grupal con características específicas que cumplan con los criterios de inclusión de la muestra.

3.4.3 *Unidad de análisis*

La unidad de análisis fue un paciente con disfonía funcional que acude al “Centro Voz”, durante el periodo abril a agosto 2020.

3.4.4 *Criterios de selección*

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio se realizó un muestreo no probabilístico según evaluación.

A. Criterios de Inclusión

- Individuos adultos con disfonía funcional;
- Tener diagnóstico otorrinolaringológico;
- No tener antecedentes previos de tratamiento fonoaudiológico para disfonía;
- No tener diagnóstico médico de enfermedad neurológica, genética o cualquier otra comorbilidad que afecte la cognición, la comunicación y la voz.

b. Criterios de Exclusión

- Individuos con otro tipo de disfonía.
- Individuos con disfonía funcional menores de edad.
- Individuos con alteración cognitiva y/o neurológica asociada.

3.5 Instrumentos

Se recogieron datos personales y profesionales de cada voluntario para la caracterización de la muestra, además de datos sobre el impacto de la disfonía en la calidad de vida del individuo, a través de un protocolo de autoevaluación de la voz.

El instrumento de autoevaluación utilizado fue el protocolo de Calidad de Vida en Voz (CVV) (ANEXO 2). Un cuestionario validado internacional por Gasparini y Behlau (2007) a partir do *Voice-Related Quality of Life* (VRQOL) (Sethuram, 1999), cuyo objetivo es medir el impacto de la disfonía en la calidad de vida del individuo.

Se trata de un protocolo breve, compuesto por diez preguntas, que engloban aspectos del uso de la voz y sus impactos en la calidad de vida, y ofrece tres dimensiones: Funcional físico (compuestos por los ítems 1, 2, 3, 6, 7 y 9), socioemocional (contemplado en los ítems 4, 5, 8 y 10) y total (engloba todos los ítems).

Los diez ítems se responden en una escala Likert de cinco puntos, teniendo en cuenta la gravedad del problema, donde:

- 1 se refiere a "nunca sucede y no es un problema",
- 2 "sucede poco y raramente es un problema",
- 3 "sucede a veces y es un problema moderado ",
- 4" sucede mucho y casi siempre es un problema "y
- 5" sucede siempre y realmente es un problema mal ".

Se utilizan los siguientes algoritmos estándar para el cálculo de las puntuaciones (Gasparini y Behlau, 2005 y Hogikyan, Sethuraman, 1999):

$$\text{Puntaje total} = \frac{100 - [(Puntaje bruto total - 10) \times 100]}{(50 - 10)}$$

$$\text{Puntaje Socioemocional} = \frac{100 - [(Puntaje bruto Socioemocional - 4) \times 100]}{(20 - 4)}$$

$$\text{Puntaje Físico} = \frac{100 - [(Puntaje bruto Físico - 6) \times 100]}{(30 - 6)}$$

Este cálculo genera escores que pueden variar de 0 a 100, donde valores más cercanos a 0 sugieren una peor calidad de vida, y valores más cercanos a 100 sugieren una mejor calidad de vida.

El punto de corte de este instrumento fue definido como: 91,25 para la puntuación total; 89,60 para la puntuación funcional física y 90,65 para el score emocional.

Es decir, los individuos que presentan puntajes por debajo de estos valores pueden ser considerados con problema de voz.

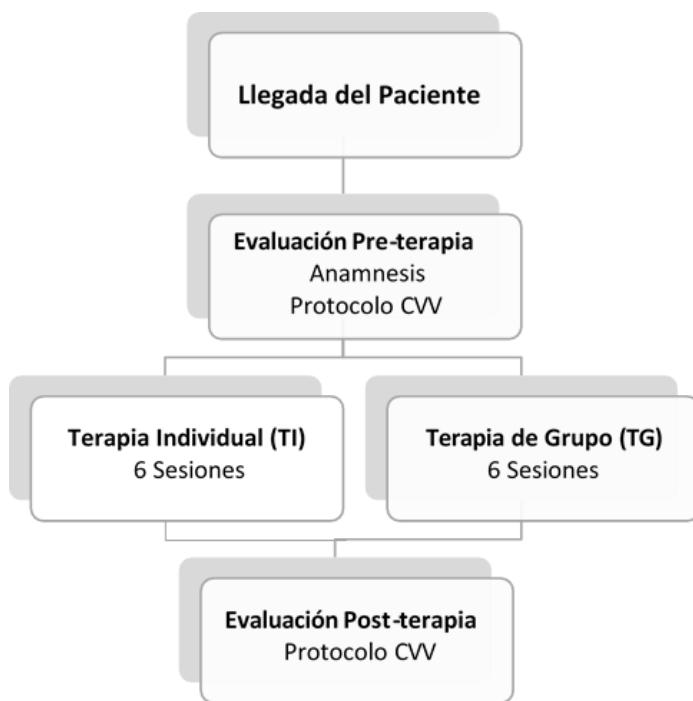
3.6 Procedimientos

Inicialmente cada participante recibió las informaciones necesarias y se solucionarán sus dudas en relación a la investigación. Después del consentimiento informado, cada voluntario firmó el mismo (Anexo A), y fue sometido a evaluación por medio de una anamnesis y la aplicación del protocolo CVV, antes de ser derivado al azar para la terapia de grupo (TG) o la terapia individual (TI) tradicional.

Ambas modalidades terapéuticas involucraron un total de 8 (ocho) encuentros de periodicidad semanal. El primer y último encuentro (1^a y 8^a semana) fueron destinados para evaluación y reevaluación a través de la aplicación del protocolo CVV. Y el segundo al séptimo encuentro (2^a a 7^a semana) fueron destinados a la terapia propiamente dicha (Figura 1). La terapia de grupo contó con seis encuentros terapéuticos en una sala de atención en grupo, con una duración media de 90 minutos. La intervención fue administrada por un terapeuta de lenguaje.

Figura 1.

Diagrama de flujo de los procedimientos para la recopilación de datos.



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la figura 1, ambas terapias tenían enfoque ecléctico que incluía evaluaciones pre y post terapia, con aspectos indirectos (60 minutos iniciales) y directos (30 minutos finales) de la terapia vocal. El programa trabaja con orientaciones sobre hábitos vocales, mecanismos de producción vocal, alteraciones y enfermedades laríngeas, psicodinámica vocal y expresividad, combinado con ejercicios vocales que fueron aplicados al final de cada encuentro.

La terapia individual también contó con seis sesiones terapéuticas, con una duración media de 30 minutos. Esta fue personalizada de acuerdo con las necesidades del paciente, pero siguiendo el mismo itinerario de direccionamiento terapéutico.

Tabla 2.

Descripción de las actividades realizadas en TI y TG, de acuerdo con la sesión

Sesión	Intervención	Instrumento
1	Evaluación	Anamnesis. Aplicación del CVV. Interacción Terapéutica: Dinámica de presentación
	Indirecta	Aumento de Conocimiento: Anatomofisiología de la producción vocal, voz en el ciclo vital
2		Intervención Respiratoria: Adecuación del tipo respiratorio
	Directa	Soporte Respiratorio y Función Vocal: Tiempo Máximo de Fonación (TMF)
	Indirecta	Intervención pedagógica; Interacción Terapéutica: Mitos y verdades sobre la Voz
3		Intervención Respiratoria: Adecuación del tipo respiratorio
		Soporte Respiratorio y Función Vocal: TMF
	Directa	Intervención - Auditivo; Función vocal; Músculo esquelético; somatosensorial; Respiratorio: Estiramiento / relajación de la región cervical y cintura escapular; Técnica de fricativos con lateralización de cabeza
	Indirecta	Intervención de asesoramiento; Aumento de Conocimiento: Psicodinámica vocal, Voz y emoción
4		Intervención Respiratoria: Adecuación del tipo respiratorio
		Soporte Respiratorio y Función Vocal: TMF
	Directa	Intervención - Auditivo; Función vocal; Músculo esquelético; somatosensorial; Respiratorio: Estiramiento / relajación de la región cervical y cintura escapular; Técnica de fricativos con

		lateralización de cabeza; Técnica de tratamiento vocal semiocluido con tubo de alta resistencia
	Indirecta	<p>Intervención Pedagógica: OFA y Coordinación</p> <p>Pneufonoarticulatoria</p>
		<p>Intervención Respiratoria: Adecuación del tipo respiratorio</p> <p>Soporte Respiratorio y Función Vocal: TMF</p>
		<p>Intervención - Auditivo; Función vocal; Músculo esquelético; somatosensorial; Respiratorio: Estiramiento / relajación de la región cervical y cintura escapular; Técnica de fricativos con lateralización de cabeza; Técnica de conducto vocal sin ocluido con tubo de alta resistencia</p>
5	Directa	<p>Musculoesquelético - Manipulación orofacial, somatosensorial: Ejercicios miofuncionales para estructuras del sistema estomatognático</p>
	Indirecta	<p>Interacción Terapéutica; Aumento del Conocimiento:</p> <p>Enfermedades Laríngeas</p>
		<p>Intervención Respiratoria: Adecuación del tipo respiratorio</p> <p>Soporte Respiratorio y Función Vocal: TMF</p>
		<p>Intervención - Auditivo; Función vocal; Músculo esquelético; somatosensorial; Respiratorio: Estiramiento / relajación de la región cervical y cintura escapular; Técnica de fricativos con lateralización de cabeza; Técnica de tracto vocal semiocluido con tubo de alta resistencia; Técnica de rotación de lengua asociada a sonido nasal</p> <p>Musculoesquelético - Manipulación orofacial,</p>
6	Directa	

		Somatosensorial: Ejercicios miofuncionales para estructuras del sistema estomatognártico
	Indirecta	Intervención de asesoramiento; enseñanza; Interacción terapéutica: Comunicación no verbal y expresividad
		Intervención Respiratoria: Adecuación del tipo respiratorio
		Soporte Respiratorio y Función Vocal: TMF
		Intervención - Auditivo; Función vocal; Músculo esquelético; somatosensorial; Respiratorio: Estiramiento / relajación de la región cervical y cintura escapular; Técnica de fricativos con lateralización de cabeza; Técnica de tracto vocal semiocluido con tubo de alta resistencia; Técnica de rotación de lengua asociada a sonido nasal
7	Directa	Musculoesquelético - Manipulación orofacial, Somatosensorial: Ejercicios miofuncionales para estructuras del sistema estomatognártico. Técnica de sobrecarga.
8	Reevaluación	Aplicación del CVV.

Nota: Almeida, 2016; Vital et al., 2016

De acuerdo a la tabla 2, los procesos terapéuticos siguieron la misma secuencia para todos los grupos de terapia de grupo (TG) y para terapia individual (TI).

3.7 Análisis de datos

La información recopilada se escribió en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, versión 2016, para constituir la base de datos que atendió a la demanda de esta investigación. A partir de este se extrajeron los resultados, a través del software estadístico R, versión 3.2.2, que permite una variedad de análisis estadísticos y uso de extensiones.

Inicialmente se realizó análisis estadístico descriptivo, a fin de verificar la frecuencia, media y desviación estándar de las variables estudiadas. A continuación, se realizaron pruebas de hipótesis para comparar la calidad de vida en voz de los sujetos sometidos a las dos modalidades terapéuticas (TI y TG), y los momentos pre y post-terapia.

Al final, como los escores del protocolo utilizado varían de 0 a 100, se utilizó el modelo de Regresión Beta, transfiriendo los resultados al intervalo (0,1), para definir qué variables interfirieron y / o influenciaron en los escores de los dominios del dominio protocolo CVV. Las diferencias se consideraron significativas cuando presentaron $p \leq 0,10$.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados referentes a las características sociodemográficas, de género, uso profesional de la voz, edad y diagnóstico de la muestra de estudio según el tipo de terapia individual y grupal.

Tabla 3.

Características sociodemográficas de la muestra

Características sociodemográficas	Tipo de terapias			
	Individual		Grupo	
	N	%	N	%
Género				
Femenino	17	70.8	17	70.8
Masculino	7	29.2	7	29.2
Uso Profesional de la Voz				
No	19	79.2	16	66.7
Sí	5	20.8	8	33.3
Edad				
18 a 30 años	9	37.5	9	37.5
Más de 30 años	15	62.5	15	62.5
Diagnóstico				
Lesión en la porción membranosa	13	54.2	10	41.7
Surco glótico	6	25	7	29.2
No definido	1	4.2	5	20.8
Ausencia de lesión	4	16.7	2	8.3

Interpretación: De la tabla 03, se puede observar que la mayor parte de los individuos evaluados fueron del género femenino con un 70.8%, mientras que sólo un 29.2% del género masculino, tanto para el tipo de terapia individual como grupal. En cuanto al uso profesional de la voz se observa que un 79.2% de los que llevan terapia individual no son profesionales de la voz. Se puede observar que la mayor parte de los individuos evaluados presentan una edad de más de 30 de años con un 62.5% tanto los que llevan terapia individual como grupal. Con respecto al diagnóstico otorrinolaringológico, el más observado fue el de lesión en la porción membranosa con un 54.2% y 42.7%, tanto para los que llevan terapia individual y grupal respectivamente.

4.2. Resultados referentes a la calidad de vida en voz, en relación a la edad de los pacientes sometidos a terapia individual y grupal (promedio, desviación estándar).

Tabla 4.

Calidad de vida en voz de la muestra según edad

Terapia	18 - 30 años				> de 30 años				p-	
	Individual		grupal		Individual		grupal			
	Pre -t	Post-t	Pre -t	Post-t	Pre -t	Post-t	Pre -t	Post-t		
Individuo										
SE	65.5	30.8	70.5	27.9	0.45	67.0	26.9	68.1	33.3	0.73
FF	61.2	29.1	64.6	27.3	0.76	59.6	26.1	66.2	24.9	0.05*
T	62.9	28.8	66.9	26.9	0.50	62.4	25.6	67.0	25.9	0.06*

Terapia Grupal	18 - 30 años				> de 30 años					
	Pre -t		Pos-t		p-	Pre -t		Pos-t		p-
	Prom	DS	Prom	DS	valor	Prom	DS	Prom	DS	valor
SE	76.4	22.0	83.3	20.5	0.18	66.4	31.2	72.9	25.9	0.05*
FF	61.1	26.1	72.7	29.8	0.33	62.9	25.9	61.0	26.8	0.51
T	67.2	23.8	76.9	24.8	0.24	64.8	26.5	64.9	25.9	0.90

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De la tabla 04, se puede observar que las puntuaciones promedio del protocolo de calidad de vida en voz, en relación con el rango de edad variable de los individuos sometidos a terapia individual. Los individuos mayores de 30 años mostraron unos promedios más bajos en el momento previo a las actividades de terapia. Además, se observa que existe un aumento en las puntuaciones promedio de los individuos mayores de 30 años después del proceso terapéutico, con una diferencia significativa para las puntuaciones funcionales físicas (valor $p = 0.05$) y totales (valor $p = 0.06$) del protocolo de evaluación. En relación con el grupo de edad de los individuos sometidos a terapia grupal; los individuos mayores de 30 años mostraron un promedio más bajo de puntuaciones de calidad de vida en voz en el momento previo a la terapia, además existe un aumento en las puntuaciones promedio de los individuos de entre 18 y 30 años tras el proceso terapéutico; sin embargo, solo hubo una mejora significativa para los sujetos mayores de 30 años en el dominio socioemocional (valor de $p = 0.05$).

4.3. Resultados referentes a la calidad de vida en voz, en relación al género de los pacientes sometidos a terapia individual y grupal (promedio, desviación estándar).

Tabla 5.

Calidad de vida en voz de la muestra según género

Terapia Individual	Femenino				Masculino					
	Pre -t		Pos-t		p- valor	Pre -t		Pos-t		
	Prom	DS	Prom	DS	Prom	DS	Prom	DS	p- valor	
SE	67.3	27.9	68.9	31.6	0.56	64.0	29.8	69.2	30.8	0.72
FF	59.9	26.4	66.3	26.1	0.10	61.0	29.4	63.7	24.9	0.48
T	62.9	26.0	67.4	26.4	0.11	61.9	29.1	66.0	25.9	0.34

Terapia Grupal	Femenino				Masculino					
	Pre -t		Pos-t		p- valor	Pre -t		Pos-t		
	Prom	DS	Prom	DS	Prom	DS	Prom	DS	p- valor	
SE	67.5	29.0	73.1	27.6	0.14	70.2	33.0	79.8	27.3	0.04*
FF	61.3	25.8	62.2	25.9	0.74	66.0	26.2	66.2	29.7	0.84
T	64.4	26.0	65.5	26.3	0.79	67.7	26.3	71.5	28.0	0.41

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De la tabla 05, se muestra el promedio de las puntuaciones de la calidad de vida en voz en relación con el género, de los individuos sometidos a terapia individual, hubo una puntuación funcional físico promedio más bajo en el género femenino, mientras que las puntuaciones totales y socioemocionales de los del género masculino en el

momento previo a la terapia obtuvieron un promedio más bajo. Sin embargo, hubo un aumento en las puntuaciones promedio para los dos grupos después de someterse a la terapia individual, aunque no se observaron diferencias entre los momentos de inicio de terapia. Por otro lado, en esta tabla también se muestran los promedios de las puntuaciones de los individuos que se someten a terapia de grupo, observándose una puntuación promedio más bajo en el género femenino en el momento previo a la terapia; además hubo un aumento en las puntuaciones de ambos grupos después de la terapia grupal, sin embargo, solo hubo una diferencia en el dominio socioemocional (valor de $p = 0.04$) de los sujetos del género masculino.

4.4. Resultados referentes a la calidad de vida en voz, en relación al uso profesional de la voz de los pacientes sometidos a terapia individual y grupal (promedio, desviación estándar).

Tabla 6.

Calidad de vida en voz de la muestra según el uso profesional de la voz

Terapia Individual	Profesional de la Voz				No Profesional de la Voz				p- valor	
	Pre -t		Post-t		p- valor	Pre -t		Post-t		
	Prom	DS	Prom	DS		Prom	DS	Prom	DS	
SE	54.7	28.1	61.7	40.4	0.44	68.8	27.9	70.5	29.3	0.70
FF	59.4	33.1	50.5	36.6	0.54	60.3	26.5	68.6	22.2	0.02*
T	57.5	29.2	55.0	37.4	0.76	63.6	26.3	69.4	23.0	0.05*

Terapia	Profesional de la Voz				No Profesional de la Voz					
	Pre -t		Pos-t		p-	Pre -t		Pos-t		p-
	Grupal				valor					valor
	Prom	DS	Prom	DS		Prom	DS	Prom	DS	
SE	66.2	20.6	84.0	18.1	0.08	64.4	33.0	70.5	30.2	0.12
	*									
FF	58.3	26.4	63.0	23.9	0.38	64.6	25.5	63.3	28.4	0.63
T	65.5	23.1	71.4	19.7	0.20	65.2	27.4	65.0	29.4	0.99

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De la tabla 06, se muestra el promedio de las puntuaciones de la calidad de vida en voz en relación al uso profesional de la voz, en los individuos en terapia individual, donde se observó que hubo una puntuación promedio más bajo para los profesionales de la voz en el momento previo a la terapia, además hubo una mejora significativa en las puntuaciones del dominio funcional físico (valor de $p = 0.02$) y totales (valor de $p = 0.05$) de las personas que no necesitaban su voz en su profesión después de someterse a terapia individual. A su vez, de la tabla 6 se muestra que los individuos sometidos a terapia grupal, que después de la terapia de grupo, hubo una mejora en las puntuaciones promedio de los profesionales de la voz, con una diferencia entre las puntuaciones en el dominio socioemocional del protocolo de calidad de vida de voz (valor de $p = 0.08$).

4.5. Resultados referentes a la comparación en la calidad de vida en voz de los pacientes sometidos a terapia individual y grupal (promedio, desviación estándar).

Tabla 7.

Comparación en la calidad de vida en voz de los pacientes sometidos a terapia individual y grupal.

Terapia	Pre terapia de voz				Pos terapia de voz					
	Pre -t	Post-t	p-valor	Pre -t	Post-t	p-valor				
Individual										
SE	54.7	28.1	61.7	40.4	0.44	68.8	27.9	70.5	29.3	0.70
FF	59.4	33.1	50.5	36.6	0.54	60.3	26.5	68.7	22.2	0.02*
T	57.5	29.2	55.0	37.4	0.74	63.6	26.3	69.4	23.0	0.05*
Grupal										
SE	66.2	20.6	84.0	18.1	0.08*	64.4	33.0	70.5	30.2	0.12
FF	58.3	26.4	63.0	23.9	0.38	64.6	25.5	63.3	28.4	0.63
T	65.5	23.1	71.4	19.7	0.20	65.2	27.4	65.0	29.4	0.99

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De la tabla 06, se muestra la comparación entre los dos momentos de intervención de los individuos sometidos a terapia individual, donde se muestra que hubo un aumento en el promedio de todas las puntuaciones del protocolo de calidad de vida de voz aplicado, con una diferencia significativa para los dominios físico funcional (valor $p = 0,07$) y total (valor $p = 0,05$). Mientras la comparación entre los momentos pre y post terapia en los individuos sometidos a la terapia de grupo, se notó que también hubo un aumento en la media de todas las puntuaciones del protocolo, sin embargo, se obtuvo una diferencia significativa para los dominios socioemocionales (valor $p = 0,01$) y total (valor $p = 0,02$).

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Después de la obtención de los resultados podemos discutir que el terapeuta de lenguaje en su actuación en la terapia de voz, no solo le corresponde realizar una evaluación multidimensional de la voz, sino, posteriormente, decidir qué acciones se deben tomar para mejorar el estado del paciente. Un estudio previo (Almeida, 2016) basó esta toma de decisiones en las estrategias de afrontamiento adoptadas por el paciente con respecto a su disfonía. Por lo que en la presente investigación, estas estrategias se basaron en la calidad de vida relacionada con la voz del paciente.

La disfonía puede tener diferentes impactos en la calidad de vida del individuo según la importancia que tiene la voz en su vida personal y profesional (Souza, 2011). Es importante conocer este impacto, porque además de ayudar en el desarrollo y efectividad de la terapia de la voz, nos proporciona datos sobre el compromiso del paciente con el proceso terapéutico (Teixeira et al., 2013; Silva et al., 2014). En los resultados obtenidos se determinó que el momento de pre terapia, el promedio de las puntuaciones totales de la muestra de estudio fue menor a la definida en la literatura, caracterizando a individuos con disfonía y calidad de vida de voz limitada (Behlau et al., 2015).

Además, se pudo observar que, el género femenino constituye la mayoría de los pacientes que buscan terapia de lenguaje para la voz, coincidiendo con Bastilha et al., (2014).

Los diagnósticos más frecuentes fueron la presencia de lesión en la porción membranosa de las cuerdas vocales y hendidura glótica. Ambos diagnósticos pertenecen a la clasificación de disfonía funcional, cuyo origen está en el uso incorrecto de la voz que favorece la instalación de una lesión o alteración laríngea (Vieira, 2012; Cielo et al., 2012; Behlau et al., 2015). El nódulo vocal, además de ser una de las lesiones benignas más comunes, se encuentra entre las alteraciones más frecuentes en las mujeres (Cielo et al., 2012).

La efectividad de la terapia individual tradicional ya está observada y probada en estudios, en el tratamiento de alteraciones vocales, reducción de discapacidad vocal y síntomas, además de mejorar la calidad de vida (Cielo et al., 2012; Behlau et al., 2013; Pifaia et al., 2013).

En los últimos años, la terapia de grupo también ha demostrado su eficacia, no solo en la prevención de trastornos vocales, sino con una mejor calidad de vida, una reducción de la discapacidad y los síntomas vocales, factores de riesgo de disfonía, reducción de la ansiedad y mayores estrategias de afrontamiento de la disfonía (Almeida et al., 2015; Silva et al., 2014; Vital et al., 2015).

En el presente estudio, se observó una mejora en la calidad de vida de la voz después de la terapia para ambas modalidades, con una mejora significativa en los dominios físico y total para los pacientes involucrados en la terapia individual, y en los dominios socioemocionales y totales de los pacientes en la terapia grupal, coincidiendo con Gómez y Shikiya (2017).

Por lo tanto, se pudo determinar que la terapia individual ayudó más al individuo en los problemas físicos relacionados con la voz, como dificultad para hablar en voz alta y ser escuchado en ambientes ruidosos, dificultad para respirar al hablar, dificultades para hablar por teléfono, problemas para desarrollar su trabajo y necesidad de repetir para ser entendido. Estudios previos muestran la efectividad de la terapia tradicional e individual para mejorar la calidad de vida y reducir el esfuerzo vocal.

Además de mejorar la calidad de vida del individuo, la terapia individual también es efectiva para mejorar la calidad vocal, con miras a reducir los síntomas vocales que presenta el paciente, además de proporcionar una mejora en los aspectos físicos abordados en el protocolo de calidad de vida en voz.

La terapia de grupo apoyó los aspectos socioemocionales de la voz, como estar ansioso, frustrado y deprimido, y el aislamiento social debido al problema vocal. Al verse a sí mismo

en un entorno grupal, el paciente disfónico puede haber llegado a comprender mejor su problema de voz, comenzando a tener una nueva visión al respecto.

A su vez, el desarrollo de la terapia de grupo crea un ambiente favorable para los problemas biopsicosociales de los participantes (Souza, 2011; Law, 2012), factor que provoca mejoras significativas en los aspectos socioemocionales del protocolo calidad de vida en voz. Se denota también que, en la terapia de grupo, los participantes pueden compartir experiencias, conocimientos, ansiedades, y así el paciente comienza a tener una nueva visión sobre su enfermedad (Araújo y Freire, 2011). Además, al observar a otras personas, el individuo tiende a aprender técnicas vocales tan o más eficazmente que cuando observa solo al terapeuta, facilitando el aprendizaje de los ejercicios (Law et al., 2012).

Almeida (2016), al realizar un estudio comparando los beneficios de las dos modalidades terapéuticas, demostró que la terapia grupal es una intervención más efectiva que la individual, ya que ayuda al paciente a superar su disfonía.

En un estudio que comparó los síntomas vocales y la ansiedad en los momentos previos y posteriores a la terapia grupal, se observó que el enfoque específico de la terapia grupal reduciendo efectivamente la ansiedad del paciente, siguiendo con la disminución de los síntomas vocales experimentados por los pacientes. Estos hallazgos corroboran lo observado en este estudio, al mostrar un cambio en el comportamiento del individuo con trastornos de la voz y una reducción de la ansiedad, y por ende, un cambio en su percepción del problema.

Sin embargo, la diferencia en los beneficios que presenta cada modalidad terapéutica puede justificarse por el hecho de que cada modalidad tuvo un mayor enfoque en uno de los enfoques, incluso siguiendo una metodología terapéutica igualitaria. Por lo tanto, como se señaló, ambas modalidades son eficaces para mejorar la calidad de vida de la voz.

Un factor que pudo haber ayudado en los resultados encontrados fue el enfoque específico de las modalidades terapéuticas. El enfoque indirecto ayuda a comprender la

producción vocal, además de eliminar los hábitos nocivos para la voz. Mientras que el enfoque directo se centra en cambiar los ajustes vocales a través de técnicas y ejercicios vocales (Gartner-Schmidt, 2013).

En terapia individual, el abordaje indirecto puede no ser tan efectivo como en terapia grupal, ya que esta modalidad solo cuenta con la presencia del paciente y del terapeuta / especialista. Esta dinámica puede haber dirigido la intervención más hacia los aspectos directos de la terapia de la voz, es decir, el terapeuta puede haber personalizado los ejercicios y técnicas vocales enseñados a la demanda, aprendizaje y evolución clínica del paciente, coincidiendo con Behlau et al. (2016).

El enfoque en los aspectos directos puede justificar la mejora significativa en los aspectos físicos relacionados con la voz, observada en sujetos sometidos a terapia individual durante este estudio. Además, en este entorno clínico, puede impedir que el terapeuta pueda observar cómo se comporta socialmente el individuo en relación a su voz (Almeida, 2016), justificando así el hecho de que no existe diferencia entre las puntuaciones socioemocionales del protocolo de calidad de vida en voz, en el antes y después de la terapia.

En la terapia de grupo, el contexto puede no haber ayudado a la personalización de los ejercicios y técnicas vocales, ya que el terapeuta está presente en este entorno más como un mediador, y por la necesidad de satisfacer las demandas de todos los participantes. Si bien se observa que el individuo aprende técnicas vocales con la misma eficacia o más cuando está en grupo (Law et al., 2012).

Cabe mencionar que hubo una mejora significativa en el pre y post de cada modalidad terapéutica, no hubo diferencias significativas entre el post terapia individual y el post terapia grupal. Este hallazgo puede deberse al hecho de que ambas modalidades aportan beneficios similares a la calidad de vida relacionada con la voz del individuo.

Al buscar el modelo que explicaba el puntaje de calidad de vida de la voz, se observó que las variables significativas para la muestra general fueron el diagnóstico laríngeo y el sexo, mientras que en terapia individual el puntaje calidad de vida se explicó solo por diagnóstico, y en terapia para el grupo, la puntuación se explica por las variables diagnóstico, género y uso profesional de la voz.

Así, al pensar en la muestra total, se observaron puntuaciones de calidad de vida de voz más altas en individuos con diagnóstico laríngeo de hendidura gótica, lesión en la porción membranosa de las cuerdas vocales y diagnóstico indefinido, que en individuos sin alteraciones laríngeas. Y los hombres tenían una mejor calidad de vida en comparación con las mujeres.

La variable más significativa para la muestra de terapia individual fue el tipo de diagnóstico laríngeo de los individuos sometidos a ella. Se observó una puntuación más alta para los individuos con diagnóstico laríngeo de hendidura gótica, lesión en la porción membranosa de las cuerdas vocales y diagnóstico indefinido, que para los individuos sin alteraciones laríngeas. En la terapia de grupo, se observaron puntuaciones de protocolo más altas en sujetos diagnosticados con la presencia de trastornos laríngeos, sujetos masculinos y profesionales de la voz en comparación con los pacientes que no usaron su voz profesionalmente (Medeiros et al., 2016).

Con estos datos, se concluyó que los individuos con afecciones laríngeas se benefician más de ambos tipos de modalidades terapéuticas. Como los individuos masculinos y pacientes que usan su voz de manera profesional, obtienen una mejor calidad de vida en la voz cuando se someten a terapia de grupo. Esta mejora en relación a la presencia de alteraciones laríngeas puede explicarse por el hecho de que estos individuos se adhirieron más a la terapia de lenguaje, con el objetivo de mejorar su condición disfónica y eliminar posibles síntomas vocales existentes.

Se ve que las mujeres buscan más servicios de salud (Gomes et al., 2016), incluso cuando se refieren a la terapia de lenguaje para la voz. Además de los factores anatómicos y fisiológicos que contribuyen a la aparición de lesiones, las mujeres tienden a hablar con mayor intensidad y frecuencia, y tienen una alta demanda vocal. Debido a que sintieron más este impacto, fue posible observar puntuaciones más bajas que los hombres en el protocolo de calidad de vida en voz, además de una posición más activa en relación al tratamiento.

Se sabe que las personas que necesitan una voz en su profesión sienten un mayor impacto de la disfonía en relación a la población en general. Los estudios muestran que los profesionales de la voz demuestran una mayor discapacidad vocal y puntuaciones más bajas en los dominios del protocolo de calidad de vida de voz en comparación con los no profesionales de la voz (Tuttya et al., 2011).

En este estudio, cuando se asignaron a terapia de grupo, los profesionales de la voz mostraron mejores medias de puntuaciones socioemocionales y totales, en comparación con los profesionales que no dependen de la voz. Estos resultados pueden deberse a que, dado que la mayoría de los individuos de la muestra eran profesores, cuando se les asignaba a un grupo, se sentían más motivados y se apegaban más a las pautas proporcionadas por el terapeuta de lenguaje. En general, las personas con disfonía funcional tienen su calidad de vida en la voz beneficiada por la terapia de lenguaje para la voz, ya sea individual o grupal.

Los pacientes masculinos y los profesionales de la voz obtienen más ventajas en relación con la calidad de vida de su voz cuando se dirigen a la terapia de grupo.

VI. CONCLUSIONES

6.1 Ambas modalidades terapéuticas, la individual como grupal, mostraron beneficios para la calidad de vida de las personas con disfonía funcional.

6.2 La terapia individual es más efectiva para problemas físicos relacionados con la calidad de vida de la voz y la terapia de grupo para problemas socioemocionales.

6.3 Además, el diagnóstico laríngeo influye en la mejora de la calidad de vida de la voz, y las personas con trastornos laríngeos se benefician más de la terapia de lenguaje, ya sea individual o grupal.

6.4 Los participantes del género masculino y los profesionales de la voz se benefician más en términos de calidad de vida cuando se someten a terapia de grupo.

VII. RECOMENDACIONES

7.1 De acuerdo con estas características, el terapeuta de lenguaje puede decidir una adecuada orientación terapéutica, sea individual como grupal, según el beneficio que se desee conseguir asociado al género y el diagnóstico del paciente.

7.2 La información obtenida en este estudio es de gran importancia para el terapeuta de lenguaje, ya que le ayudará a tomar la mejor decisión en cuanto al abordaje terapéutico a seguir, además de demostrar que la terapia de grupo también es un método eficaz para mejorar la calidad de la vida, y se puede aplicar en los servicios de salud.

7.3 Como terapeutas de lenguaje en temas de voz es necesario reconocer, después de haber realizado el presente estudio, que la terapia individual más efectiva para problemas físicos relacionados con la calidad de vida de la voz, mientras que la terapia de grupo para problemas socioemocionales.

7.4 Es necesario conocer como terapeutas de lenguaje, el papel que desempeñamos dentro del equipo multidisciplinario en los temas de voz y las disfonías para discrepar o llegar a una conclusión con respecto al diagnóstico y trastornos laríngeos que repercuta en la calidad de vida de la voz.

VIII. REFERENCIAS

- Adrián J. y Rodríguez – Parra J. (2014). Evaluación del tratamiento logopédico en la rehabilitación de ladisfonía en adultos: seguimiento de los efectos grupales y de las variaciones individuales. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*. Vol. 35(1), 17-29 <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2014.01.002>
- Almeida, L., Fahning, A., Trajano, F., Anjos, U. y Almeida, A. (2015). Fonoterapia de grupo e sua eficácia para tratamento da disfonia: uma revisão sistemática. *Revista CEFAC*, 17(6), pp. 2000-2008.
- Almeida, L. (2016). *Estratégias de enfrentamento na disfonia em diferentes modalidades terapêuticas*. Disertación (Maestría en Modelos de Decisión y Salud) - Universidad Federal da Paraíba, Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9048>
- Anhaia, T. (2013). Intervenções vocais diretas e indiretas em professores: revisão sistemática da literatura. *ACR*, 18(4), 361-366. <https://www.scielo.br/j/acr/a/PKZHDVdRdGtvwstNHGy4zkx/>
- Araújo, M. y Freire, R. (2011). Atención Fonoaudiológica en Grupo. *Revista CEFAC*, 13(2), 362-368 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=>
- Bastilha, G., Lima, J. y Cielo, C. (2014). Influence of gender, age, occupation and phonoaudiological diagnosis in the voice quality of life. *Revista CEFAC*, 16(6), pp. 1900- 1908.
- Behlau, M. et al. (2009) Validação no Brasil de protocolos de auto-avaliação do impacto de uma disfonia. *Pró-Fono*, 21(4), 326-332. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872009000400011>

Behlau, M., Pontes, P., Vieira, V., Yamasaki, R. y Madazio, G. (2013) Apresentação do Programa Integral de Reabilitação Vocal para o tratamento das disfonias comportamentais. *CoDAS*, 25(5), 492-496. <https://doi.org/10.1590/S2317-17822013000500015>

Behlau, M. et al. (2015) Efficiency and Cutoff Values of Self-Assessment Instruments on the Impact of a Voice Problem. *Journal of voice*.

Behlau, M., Madazio G. y Oliveira, G. (2015) Functional dysphonia: strategies to improve patient outcomes. *Dovepress*, 6, pp. 243–253. DOI: [10.2147/PROM.S68631](https://doi.org/10.2147/PROM.S68631)

Borrego, M., Behlau, M. (2012) Recursos de ênfase utilizados por indivíduos com e sem treinamento de voz e fala. *Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 17(2), 216-224. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342012000200019>

Bos-Clark, M. y Carding P. (2011) Effectiveness of voice therapy in functional dysphonia: where are we now? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 19(3), 160-164. DOI: [10.1097/MOO.0b013e3283448f85](https://doi.org/10.1097/MOO.0b013e3283448f85)

Carding, P., Horsley, I. y Docherty, G. (1999) A study of the effectiveness of voice therapy in the treatment of 45 patients with nonorganic dysphonia. *J Voice*, 13(1), pp. 74-104.

Chun, R., Servilha, E., Santos, L. y Sanches, M. (2007) Promoción de la salud: el conocimiento del alumno de periodismo sobre su voz. *Revista Distúrbios da Comunicação*, 19(1), pp. 73-80.

Cielo, C., Lima, J., Christmann, M. y Brum, R. (2013) Ejercicios de conducto vocal semiocluido: revisión de literatura. *Revista CEFAC*, São Paulo.

Dejonckere P., Bradley P., Clemente P., Cornut G., Crevier-Buchman L., Friedrich G., Van de Heyning P., Remacle S., Woisard V. (2001) A basic protocol for functional assessment

of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 258(2), 77-82. DOI: [10.1007/s004050000299](https://doi.org/10.1007/s004050000299)

Fahning, A. (2015) *Terapia em grupo como facilitadora da adesão do paciente com disfonia comportamental*. [Tesis de maestría, Universidad Federal da Paraíba]. Repositorio digital de la Universidad Federal da Paraíba.

Fernandes V., Freitas I., Santos E., Bonfim M. y Figueredo A. (2016). Desventaja vocal de pacientes disfónicos pre y post-terapia fonoaudiológica en grupo. *Revista Distúrbios de la Comunicación São Paulo*, 28(1): 321-30

Gama, A. (2012) Adhesión a orientaciones fonoaudiológicas después del alta del tratamiento vocal en docentes: estudio prospectivo. *Revista CEFAC*, 14(4), pp. 714-720.

Gartner-Schmidt, J., Roth D., Zullo T. y Rosen C. (2013) Quantifying Component Parts of Indirect and Direct Voice Therapy Related to Different Voice Disorders. *J Voice*, 27(2), 210-216. DOI: [10.1016/j.jvoice.2012.11.007](https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.11.007)

Gasparini, G. y Behlau, M. (2007) Quality of Life: Validation of the Brazilian version of the Voice-Related Quality of Life (V-RQQL) measure. *Journal of voice*. 23(1),76-81 DOI: [10.1016/j.jvoice.2007.04.005](https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.04.005)

Gómez M. y Shikiya C. (2018). *Análisis perceptivo auditivo de la voz en profesores de una institución educativa particular del distrito de La Molina* [Tesis de licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú].
<http://hdl.handle.net/20.500.12404/10252>

Goulart, B., Rocha, J. y Chiari, B. (2012) Intervención fonoaudiológica en grupo a cantantes populares: estudio prospectivo controlado. *J.Soc. Bras. Fonoaudiol.*, 24(1), pp. 7-18.

Heraud F. y Ugarte V. (2019). *Características vocales y de percepción vocal en docentes del nivel inicial y primaria de dos instituciones educativas privadas de los distritos de Miraflores y Santiago de Surco*. [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/15437>

Hogikyan, N. y Sethuraman, G. (1999) Validation of an instrument to measure voice- related quality of life (V-RQOL). *Journal of voice*, 13(4), pp. 557-569.

Law, T. (2012) The Effectiveness of Group Voice Therapy: A Group Climate Perspective. *Journal of Voice*, 26(2), pp. 41-48.

Leite, A., Panhoca, I. y Zanolli, M. (2008) Distúrbios de voz em crianças: o grupo como possibilidade de intervenção. *Rev Dist Comun.*, 20(3), 339-347. <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/6835/4954>

Machado, M., Berberian, A. y Massi, G. (2007) *La terapia grupal en la clínica fonoaudiológica volcada al lenguaje escrito*. Enfoques grupales en fonoaudiología: contextos y aplicaciones. São Paulo: Editora Plexus.

Mourão, L., Servilha, E., Mercuri, A., Beilke, H. y Xavier, P. (2006) Grupo terapêutico fonoaudiológico desenvolvido junto a laringectomizados totais: uma experiência em situação de Clínica-Escola. *Revista Distúrbios da Comunicação*, 18(1), pp. 51-61.

Ñaupas H., Mejía M., Novoa E. & Villagómez A. (2014). Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. (4^a. Edición). Ediciones de la U. <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0028.pdf>

Oliveira, I.B. (2013) A pessoa com disfonia: análise comparativa pré e pós terapia vocal.
Distúrbio da Comunicação, 25(1), pp. 103-118.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-673867>

Organización mundial de la salud (julio, 2017). *Salud*. <https://www.un.org/es/global-issues/health>

Panhoca, I. y Bagarollo, M. (2007) *Indivíduos autistas em terapêutica fonoaudiológica grupal*. En: Santana, A., Berberian, A., Massi, G. y Guarinello, A. *Abordagens grupais em fonoaudiologia: contextos e aplicações*. São Paulo: Editora Plexus.

Paulinelli, B., Gama, A. y Behlau, M. (2012) Validação do questionário de performance vocal no Brasil. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 17(1), 85-91. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342012000100016>

Penteado, R. y Servilha, E. (2004) Fonoaudiología en Salud pública/colectiva: comprendiendo prevención y el paradigma de la promoción de la salud. *Distúrbios da Comunicação*, 16(1), pp, 107-116.

Penteado, R., Dias A., Feleto C., Rodríguez C., Rossi D., Terra J., Gonzales P. y Souza S. (2007) Vivencia de voz con niños: análisis del proceso educativo en salud vocal. *Revista Distúrbios da Comunicação*, 19(2), 237-246.
<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/11903/8619>

Pifaia, L., Madazio, G. y Behlau, M. (2013) Diagrama de desvio fonatório e análise perceptiva-auditiva pré e pós-terapia vocal. *CoDAS*, 25(2), 140-147.
<https://www.scielo.br/j/codas/a/yYRyLkZhXztCKVCWGwMqhqv/>

Pinho, S. y Pontes, P. (2008) *Músculos intrínsecos da laringe e dinâmica vocal*. Rio de Janeiro: Editora Revinter.

Putnoki, D., Hara, F., Oliveira, G. y Behlau, M. (2010) Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com gênero, idade e uso vocal profissional. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 15(4), 485-490. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342010000400003>

Ribas, T., Penteado, R. y Garcia-Zapata, M. (2014) Calidad de vida relacionada con la voz: impacto de una acción fonoaudiológica con profesores. *Revista CEFAC, São Paulo,* 16(2), 554–56. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201412912>

Ribeiro, V., Leite, A., Alencar, B., Bail, D. y Bagarollo, M. (2013) Avaliação vocal de crianças disfônicas pré e pós intervenção fonoaudiológica em grupo: estudo de caso. *Rev. CEFAC.* 15(2), 485-494. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462012005000056>

Ribeiro, L. (2012) *Competência social e problemas de comportamento em crianças e adolescentes com alteração vocal.* Espírito Santo. Disertación [Maestría en Psicología] – Universidad Federal do Espírito Santo; Março. DOI: 10.13140/RG.2.1.2082.6487

Ricarte, A., Oliveira, G. y Behlau, M. (2013) Validação do protocolo Perfil de Participação e Atividades Vocais no Brasil. *CoDAS,* 25(3), pp. 242-249. <https://www.scielo.br/j/codas/a/q3gvfWhqf4VvdXwHm8RRmFM/>

Ruotsalainen, J. (2008) Systematic review of the treatment of functional dysphonia and prevention of voice disorders. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery,* 138, pp. 557-565. DOI: 10.1016/j.otohns.2008.01.014

Santos, L. (2013) La adhesión de las profesoras disfónicas al tratamiento fonoterápico. *CoDAS,* 25(2), pp. 134-139.

Santos, A., Borrego, M. y Behlau, M. (2015) Efecto de entrenamiento vocal directo e indirecto en estudiantes de Fonoaudiología. *CoDAS* 27(4), pp. 384-391.

Silva, F., Moreti, F., Oliveira, G. y Behlau, M. (2014) Efectos de la rehabilitación fonoaudiológica en la desventaja vocal de cantantes populares profesionales. *Audiol Commun Res*, 19(2), 184-201. <https://doi.org/10.1590/S2317-64312014000200015>

Simberg, S. (2009) Exploring genetic and environmental effects in dysphonia: A twin study. *Journal of speech, language, and hearing research*, 56, 153-163. DOI: [10.1044/1092-4388\(2008/07-0095\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0095))

Souza, A. (2011) O grupo na fonoaudiologia: Origens clínicas e na saúde coletiva. *Rev CEFAC*, 13(1), 140-151. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462010005000042>

Souza, B. O., Nunes, R. B., Friche, A. A. de L., y Gama, A. C. C.. (2017). Análise da qualidade de vida relacionada à voz na população infantil. *Codas*, 29(2), e20160009. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016009>

Speyer, R. (2008) Effects of voice therapy: a systematic review. *Journal of Voice*, 22(5), 565-580. DOI: [10.1016/j.jvoice.2006.10.005](https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.10.005)

Spina, A., Maunsell, R., Sandal, K., Gusmão, R. y Crespo, A. (2009) Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional. *Braz J Otorhinolaryngol.* 75(2), 275-279. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992009000200019>

Teixeira, L. C., Rodrigues, A. L. V., Silva, Á. F. G. da ., Azevedo, R., Gama, A. C. C., & Behlau, M.. (2013). Escala URICA-VOZ para identificação de estágios de adesão ao tratamento de voz. *Codas*, 25(1), 8–15. <https://www.scielo.br/j/codas/a/cqyXVgnVQT39yx5HCHC3rgh/>

Tutya, A., Zambon, F., Oliveira, J. y Behlau, M. (2011) Comparação dos escores dos protocolos QVV, IDV e PPAV em professores. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 3, pp. 273-81. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342011000300007>

Ugulino, A., Oliveira, G. y Behlau, M. (2012) Disfonia na percepção do clínico e do paciente.

J Soc Bras Fonoaudiol. 24(2), 113-118. <https://doi.org/10.1590/S2179-64912012000200004>

Van Stan, J. (2015) Taxonomy of voice therapy. *American Journal of Speech- Language Pathology*, 24, 101-125. DOI: [10.1044/2015_AJSLP-14-0030](https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0030)

Vieira, P. (2012) *La efectividad del Programa Integral de Rehabilitación Vocal comparado con el método Ejercicios de Función Vocal en profesionales de la voz: ensayo clínico randomizado ciego*. [Tesis de maestría], São Paulo.

Vilela, F. y Ferreira, L. (2006) Voz en la clínica fonoaudiológica: grupo terapéutico como posibilidad. *Distúrb. Comun*, 18(2), 235-243.

Vital, H. (2016) Síntomas vocales auditivos y proprioceptivos pre y post-terapia de grupo de pacientes con disfonía. *Rev. CEFAC, São Paulo*, 18(5), 1189-1199.
<https://doi.org/10.1590/1982-0216201618521315>

IX. ANEXOS

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, estoy plenamente enterado (a) del presente estudio en el que estaré incluido (a), cuyo objetivo es Determinar calidad de vida en voz de los pacientes con disfonía funcional sometidos a la terapia individual en el “Centro Voz”, durante el periodo Abril a Agosto 2020, a su vez comprendí la explicación que se me fue brindada acerca de la investigación que se pretende realizar.

Me he informado que la participación es voluntaria y con la posibilidad de se pueda retirarme del estudio en cualquier momento, sin ningún problema o consecuencia.

Por lo tanto, declaro haber aceptado voluntariamente de mi integración en este estudio, así como el uso de la información recogida en el ámbito de este trabajo de investigación.

_____, ____ de _____ del 2020

(Firma del participante)

ANEXO II: PROTOCOLO DE CALIDAD DE VIDA EN VOZ (CCV)

Gasparini y Behlau (2007)

Voice-Related Quality of Life (VRQOL) (Hogikyan; Sethuraman, 1999)

NOME_____ FECHA_____

SEXO_____ EDAD_____ PROFESIÓN_____

Estamos tratando de comprender mejor cómo un problema de voz puede interferir en las actividades de la vida diaria. Presentamos una lista de posibles problemas relacionados con la voz. Por favor, responda a todas las cuestiones basadas en cómo su voz ha estado en las dos últimas semanas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Para responder al cuestionario, considere tanto la severidad del problema como su frecuencia de aparición, evaluando cada ítem abajo de acuerdo con la escala presentada. La escala que utilizará es la siguiente:

1 = nunca sucede y no es un problema 1 2 3 4 5

2 = sucede poco y raramente es un problema

3 = sucede a veces y es un problema moderado

1 2 3 4 5

4 = sucede mucho y casi siempre es un problema

1 2 3 4 5

5 = sucede siempre y realmente es un problema malo

1 2 3 4 5

Por causa de minha voz, 1 2 3 4 5

1 Tengo dificultades en hablar fuerte (alto) o ser oido 1 2 3 4 5

en ambientes ruidosos 1 2 3 4 5

2 El aire se me acaba rápido y preciso respirar muchas veces 1 2 3 4 5

cuando hablo 1 2 3 4 5

3 No sé como la voz va salir cuando comienzo a hablar 1 2 3 4 5

4 Me pongo ansioso o frustrado (por causa de mi voz)

5 Me pongo deprimido (por causa de mi voz)

6 Tengo dificultades al teléfono (por causa de mi voz)

7 Tengo problemas para desarrollar mi trabajo,

mi profesión (por mi voz)

8 Evito salir socialmente (por causa de mi voz)

9 Tengo que repetir lo que hablo para ser comprendido

10 Me he vuelto menos expresivo (debido a mi voz)

ANEXO III: CARTA DE PERMISO DE LA INSTITUCIÓN.



Surquillo, 24 de Julio de 2019

S.D

SEÑORES DIRECTIVOS DE LA FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

PRESENTE.-

Es grato dirigirme a ustedes para referirles que la señorita **MARIELLA MAGALY**

NARANJO ORDONIO, egresada de la especialidad de Terapia de Lenguaje de la Facultad de

Tecnología Médica de la Universidad Nacional Federico Villarreal, ha sido autorizada para el

desarrollo de su tesis titulada "**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISFONÍA FUNCIONAL**

SOMETIDOS A TERAPIA INDIVIDUAL Y TERAPIA GRUPAL DEL CENTRO VOZ - 2020", obteniendo

acceso a los pacientes y su base de información para la tesis en mención, en la institución

denominada "Centro Voz" de la cual dirijo, durante los meses que estime la autora para los

fines de su tesis.

Sin otro en particular, se expide el presente documento para fines que la egresada
estime conveniente.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Helen Angulo".

Dra. Helen Angulo Luna
Directora del Centro Voz