

Trastornos de la voz

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos de la voz. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 428–447. Disponible en: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos de la voz. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 428–447). Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

- 1 El logopeda es el profesional sanitario competente para prevenir, evaluar, diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento de los trastornos de la voz, y debe mantener una formación adecuada para intervenir en patologías diversas, con atención especial a la necesidad de formación especializada en casos complejos.**
- 2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el impacto funcional, la evaluación y la intervención en los trastornos de la voz, y promueve la creación de instrumentos adaptados al contexto lingüístico y cultural.**
- 3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y basado en la evidencia para los trastornos de la voz, promueve la coordinación entre profesionales y la participación activa del paciente en su proceso de rehabilitación.**

¿Qué es?

Definición

La disfonía se define como el deterioro de las cualidades de la voz, concretamente la frecuencia, la intensidad, el timbre y la duración. Por su parte, la afonía se refiere a la pérdida completa de la voz. En relación con la frecuencia, la disfonía se caracteriza por una disminución de la extensión tonal. En cuanto a la intensidad, puede conllevar dificultades tanto para la emisión de sonidos fuertes como de sonidos muy flojos. En función del timbre, la voz puede presentar un carácter aireado, ronco o tenso. Por último, las alteraciones vocales pueden manifestarse también en forma de reducción de los tiempos máximos de fonación.

Los trastornos de la voz pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Trastornos organicofisiológicos de la voz que resultan de alteraciones en los mecanismos respiratorios, laringeos o del tracto vocal.
 - Trastornos estructurales y orgánicos de la voz que resultan de cambios físicos en el mecanismo vocal, tales como alteraciones en los tejidos de las cuerdas vocales (por ejemplo: edemas, quistes o nódulos vocales) y cambios estructurales en la laringe debido al envejecimiento.
 - Neurogénicos: trastornos orgánicos de la voz provocados por problemas de inervación del sistema nervioso central o periférico en la laringe y que afectan al funcionamiento del mecanismo vocal, tales como temblor vocal, disfonía espasmódica o parálisis de las cuerdas vocales.
- Trastornos funcionales de la voz que resultan de un uso ineficiente del mecanismo vocal cuando la estructura física es normal, tales como fatiga vocal, disfonía o afonía de tensión muscular, dipofonía o fonación ventricular.

Signos clínicos

Los signos perceptivos de la disfonía son:

- calidad vocal rugosa,
- calidad vocal soplada,
- calidad vocal tensa,
- calidad vocal estrangulada,
- frecuencia tonal anormal,
- intensidad anormal,
- resonancia anormal,
- afonía (pérdida de la voz),
- desonorizaciones o pausas de fonación,
- astenia (voz débil), y
- voz temblorosa (voz temblorosa; tono rítmico y ondulaciones de sonoridad).

Otros signos y síntomas son:

- aumento del esfuerzo vocal asociado al habla;
- disminución de la resistencia vocal o aparición de fatiga con un uso prolongado de la voz;
- calidad vocal variable a lo largo del día o durante el habla;
- quedarse sin aire rápidamente;
- tos frecuente o aclararse la garganta con frecuencia, y
- tensión, dolor o sensibilidad excesiva en la garganta.

Los signos y síntomas se pueden producir de forma aislada o combinada. Durante el transcurso del tratamiento, es posible que se disipen unos y surjan otros a medida que se eliminan las estrategias compensatorias.

La calidad auditiva-perceptiva de la voz en individuos con trastornos de la voz puede variar según el tipo y la gravedad del trastorno, su tamaño y la ubicación de la lesión (si la hay) y las respuestas compensatorias del individuo. La gravedad del trastorno de la voz no siempre se puede determinar únicamente a partir de la calidad de la voz auditiva y perceptiva.

La disfonía implica funciones emocionales, de temperamento y personalidad (b126 y b152), y también sensoriales, como la función gustativa y la olfativa (b250y b225). Asimismo, implica funciones de la voz, el habla, respiratorias, deglutorias y relacionadas con la movilidad de las articulaciones, especialmente en los casos de enfermedad oncológica (b310, b230, b440, b5105 y b710).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
MA82.0	Afonía
MA82.1	Disfonía
MA82.2	Rinolalia
MA82.Y	Otras alteraciones de la voz especificadas
MA82.Z	Alteraciones de la voz, sin especificar
CAOH.0	Parálisis de las cuerdas vocales o laringe
CAOH.1	Pólipo de las cuerdas vocales o laringe
CAOH.2	Nódulos de cuerdas vocales
CAOH.3	Edema de laringe
CAOH.4	Espasmo laríngeo
CAOH.5	Estenosis de laringe
CAOH.Y	Otras enfermedades especificadas de las cuerdas vocales o de la laringe, no clasificadas en otra parte
CAOH.Z	Enfermedades de las cuerdas vocales o de la laringe, no clasificadas en otra parte, sin especificación
CAOG	Laringitis crónica o laringotraqueítis

2C23.1	Neoplasias malignas de la glotis de la laringe
2C23.2	Neoplasias malignas de la supraglotis de laringe
2C23.3	Neoplasias malignas de la subglotis de laringe
2C23.4	Neoplasia maligna del cartílago laríngeo
2C23.5	Neoplasia maligna de lesión superpuesta de laringe
2C23.Z	Neoplasia maligna de laringe, sin especificación
6B60.8Z	Trastorno de síntomas neurológicos disociativos con alteración del movimiento, sin especificación (en la CIE-10, incluía la disfonía psicógena)
MG2A	Disminución de la capacidad intrínseca asociada al envejecimiento (en la CIE-10, incluía la presbifonía)
5A9Z	Otros trastornos de la pubertad, sin especificación (en la CIE-10, incluía la puberfonía)

Causas

Diversas patologías y circunstancias pueden causar la pérdida o el deterioro de la voz:

- Lesiones orgánicas laríngeas: nódulos, pólipos, edema fusiforme, pseudoquiste seroso, edema de Reinke, quiste intracordal, sulcus glottidis, vergetures, parálisis laríngeas, traumatismos internos y externos de la laringe, neoplasias y sus consecuencias quirúrgicas, granulomas laríngeos (postintubación, reflujo laringofaríngeo...), entre otros.
- Trastornos motores producidos por alteraciones neurológicas centrales o periféricas.
- Alteraciones funcionales: tensión muscular inadecuada, incompetencia de cierre glótico, alteraciones de la resonancia, alteraciones musculoesqueléticas o gestión incorrecta del aire en la fonación.
- Relacionadas con la evolución del individuo: en la pubertad (puberfonía), en el envejecimiento (presbifonía) o en su definición de género (transexualidad).
- Pérdida auditiva, tanto prelocutiva como postlocutiva.
- Causas psicológicas: disfonía psicógena, estrés, depresión.

Epidemiología

Aunque los estudios de prevalencia varían según la población estudiada, en la actualidad existen investigaciones con muestras amplias, como la llevada a cabo en Estados Unidos de América que establece una prevalencia de aproximadamente el 1 % de la población. En una revisión actualizada, se describe un aumento gradual del diagnóstico de disfonía del 1,3 % al 1,7 % de la población desde 2008 hasta 2012. Recientemente, en el ámbito europeo se ha informado de una prevalencia global de 16,9 % en un estudio con mayores de 18 años.

En cuanto a la distribución por sexo, los estudios coinciden en establecer que hay mayor prevalencia en mujeres que en hombres adultos, con datos entre el 9 y el 12 % en mujeres y entre el 6 y el 7 % en hombres. En la etapa infantil, esta asignación se invierte, y se observa mayor afectación en niños que en niñas.

9.000-12.000/100.000 mujeres adultas
6.000-7.000/100.000 hombres adultos

En cuanto a la distribución por edad, la afectación vocal aumenta con la edad así como la gravedad de la disfonía. La disfonía puede estar relacionada con las actividades laborales. Algunos sectores de producción, como el cuerpo docente y en el ámbito de los servicios, presentan una prevalencia más alta de alteraciones vocales que la población general. En nuestro país, desde 2006, los nódulos vocales causados por esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales han sido reconocidos como enfermedad profesional.

Dentro de las lesiones neoplásicas que afectan a la voz, es necesario informar que, en nuestro país, el cáncer de laringe presenta una prevalencia de 18 casos cada 100.000 habitantes.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia en nuestro país de los trastornos de la voz.

Impacto en la vida de la persona

Los trastornos de la voz son relativamente frecuentes y pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, tanto en el campo comunicativo, como social y laboral. En casos de neoplasia de laringe, las secuelas de la cirugía pueden ser muy importantes en la calidad de vida de los pacientes y afectar aspectos esenciales como la deglución, la movilidad del tronco superior y las relaciones interpersonales si hay traqueotomía y voz esofágica.

En relación con las actividades y la participación, la disfonía incide en actividades de comunicación (d3), autocuidado (d5) y en las interacciones y relaciones interpersonales generales (d7). Con el paso del tiempo, puede afectar al trabajo (d845-d850) y al conjunto de la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, se encuentran detalladas las afectaciones de la voz en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (Core Set) para identificar en qué elementos inciden los trastornos de la voz.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación para la emisión vocal

La persona puede emitir su voz con una intensidad y un tiempo de fonación suficientes para solucionar la mayoría de las necesidades

comunicativas del día a día, aunque esto le pueda exigir cierto esfuerzo u ocasionalmente pueda superar la capacidad del paciente. De manera puntual, su voz presenta ronquera marcada, monotonía por falta de eficacia del control tonal o tono inadecuado para su edad y sexo, pero ninguna de estas alteraciones llega a limitar de forma relevante la eficacia en la comunicación.

Grado I: moderada limitación para la emisión vocal

La persona puede emitir su voz con una intensidad y un tiempo de fonación suficientes para solucionar muchas de las necesidades comunicativas del día a día, pero tiene especial dificultad para hacerse oír en ambientes ruidosos comunes (estaciones, restaurantes, trenes, vehículos, etc.), se cansa con facilidad o la voz se altera rápidamente ante pequeños esfuerzos. Puede seguir una conversación en ambientes normales (conversaciones en grupos no numerosos, conversaciones tranquilas y en entornos sin ruido excesivo). La voz está casi continuamente alterada en su intensidad, tono o timbre y el tiempo de fonación no sobrepasa los cinco segundos.

Grado II: severa limitación para la emisión vocal

La persona puede emitir su voz con una intensidad y un tiempo de fonación suficientes para solucionar algunas de las necesidades comunicativas del día a día. Puede presentar dificultades para mantener una conversación en un ambiente normal durante cortos períodos de tiempo, pero no puede hacerse oír en ambientes ruidosos habituales.

Se incluyen en este grado de severidad de la discapacidad las personas que han sufrido una escisión de laringe y pueden adquirir la voz erigomofónica o utilizar eficazmente otros métodos técnicos alternativos a la fonación fisiológica.

Grado III: grave limitación para la emisión vocal

El paciente puede emitir su voz con una intensidad y un tiempo de fonación suficientes para solucionar pocas necesidades comunicativas del día a día. Su voz siempre es áfona, con emisiones de voz susurradas, perceptibles con dificultad, que se emiten entrecortadas y con esfuerzo. El tiempo de fonación, limitado a uno o dos segundos, apenas permite la emisión o incluso fonación de palabras aisladas. Si procede, con erigomofonía u otros métodos técnicos alternativos a la fonación fisiológica, se compensa la situación antes descrita con mucha dificultad.

Grado IV: total limitación para la emisión vocal

El paciente no puede emitir su voz con una intensidad y un tiempo de fonación suficientes para solucionar ninguna de las necesidades comunicativas de la vida diaria. Cuando se trata de un paciente laringectomizado, este no es capaz de adquirir la erigomofonía o de utilizar otros métodos técnicos alternativos a la fonación fisiológica.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos de la voz. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos de la fonación, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas de la fonación, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas de la voz o la instauración de una voz sustitutiva o de otros sistemas alternativos de comunicación.

Una persona graduada en logopedia está capacitada para realizar la mayor parte de los programas de prevención, educación y mantenimiento de la voz y los tratamientos rehabilitadores. Entendemos que los logopedas que intervienen en las alteraciones de la voz deben disfrutar de una buena salud vocal y auditiva, así como de un conocimiento sólido y de una gestión adecuada de su voz. Determinadas intervenciones requieren un nivel de pericia que a menudo excede la formación adquirida en los estudios de grado. Nos referimos, especialmente, a las intervenciones en patologías neoplásicas —incluyendo la gestión de prótesis fonatorias— o en ciertos procesos de rehabilitación de la voz en usuarios de alto rendimiento vocal, tales como cantantes o actores. En estos casos, consideramos especialmente positivo que algunos profesionales opten por complementar su formación con estudios de carácter más especializado.

Orientación interdisciplinar

La persona que sufre disfonía debe ser atendida por un equipo multidisciplinar que responda de forma holística a sus necesidades. El equipo de rehabilitación debería incluir médicos ORL o foniatrias, logopedas, con la participación puntual de fisioterapeutas (cuando las relaciones entre postura y alteración vocal sean significativas) y psicólogos (cuando las relaciones entre estado emocional y alteración vocal sean significativas). Los logopedas se ocuparán de la rehabilitación de la disfonía dentro de este marco.

Entendemos que los pacientes afectados por trastornos de la voz deben ser derivados a una atención especializada: Servicios de Otorrinolaringología, Oncología y unidades de Foniatria y Poscovid. Hay que articular las relaciones entre los servicios derivadores y los servicios rehabilitadores para favorecer la posibilidad de interconsulta presencial y un espacio compartido para la discusión de casos clínicos.

Es responsabilidad de todos los profesionales implicados asegurarse de que el paciente entiende y se responsabiliza de los elementos que participan en su trastorno y de su papel en el proceso de rehabilitación. Esta corresponsabilidad será un aspecto clave en la adherencia al tratamiento y en el seguimiento de las orientaciones posteriores al tratamiento.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención sanitaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por parte del médico ORL o foniatra y será necesario que aporte información relativa a:

- Orientación diagnóstica con información de las estructuras afectadas y la fisiología alterada.
- La exploración de la laringe por videolaringoestroboscopia es la prueba mínima necesaria para la derivación. Exploración informada con imágenes o vídeo de la laringe. En disfonías secundarias, hay que aportar otras informaciones relativas al proceso primario.
- Es aconsejable que la derivación incluya puntuación del VHI-10 o del VHI-30.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto quirúrgicos como rehabilitadores o farmacológicos, con fecha de realización.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.

Exploración clínica

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con la voz y la función de las vías respiratorias laringeas.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales, así como el impacto de las alteraciones de la voz en la calidad de vida, incluido el impacto de las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

A partir de las imágenes y el informe médico, los logopedas realizarán la valoración logopédica de la voz que incluya aspectos de postura y gesto, interpretación funcional de las imágenes laringeas, valoración perceptiva de la voz y un análisis acústico objetivo.

Algunas de las pruebas e instrumentos que los logopedas deben utilizar para valorar la fonación se pueden considerar que invaden el cuerpo del paciente (como espejos, depresores o los propios dedos). En el mismo sentido, tanto en la exploración como en el tratamiento, es usual utilizar alimentos que son ingeridos en la consulta. Cabe recordar que estas pruebas y procedimientos siempre deben realizarse en consultas o centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los trastornos de la voz con las siguientes herramientas:

- Consenso Auditivo-Perceptivo de Evaluación de la Voz (CAPE-V).
- Índice Acústico de la Calidad Vocal (AVQI).

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que hagan estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los trastornos de la voz.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de la disfonía en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. Además, algunos instrumentos de valoración de la calidad de vida relacionada con la voz como el VHI-10 o el Perfil de Actividad y Participación Vocal (SVAPP-S) pueden ser de gran interés para la sistematización de esta información.

En pacientes menores de dieciséis años, hay que adaptar las preguntas al nivel de desarrollo de la persona mientras no se creen y validen instrumentos de valoración de las actividades y participación vocal adecuados a su edad.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para la identificación de barreras contextuales y facilitadores.

Deben evaluarse los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades entre los que encontramos las relaciones familiares (e310 y e315), los cuidadores y personal de ayuda (e340), el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125), las actitudes individuales (e4), los servicios, sistemas y políticas (e5) y el entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana como el clima, el sonido y la calidad del aire (e225, e250 y e260).

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación en catalán de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

Son tributarios de tratamiento logopédico:

- Pacientes con disfonía o afonía:
 - Que presenten una lesión susceptible de desaparecer o disminuir por el tratamiento logopédico;
 - Que presenten lesiones tributarias de cirugía para una rehabilitación pre- y posquirúrgica y sus consecuencias;
 - Que presenten una alteración funcional que genere una discapacidad comunicativa susceptible de mejora con el tratamiento logopédico.
- Pacientes que han perdido la capacidad de generar voz laríngea (neoplasia de laringe, traumatismos graves...) y tienen que implementar otras voces sustitutorias u otros sistemas aumentativos y alternativos de comunicación.
- Pacientes con trastornos de la voz atribuibles al envejecimiento que presenten dificultades de comunicación en sus entornos habituales, cuando sus capacidades cognitivas permitan seguir la rehabilitación.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparcencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, conciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos de intervención se dividen en:

- **Habilidades:** mejorar, compensar o equilibrar las funciones y estructuras del sistema fonador.
- **Actividad:** minimizar los síntomas de las disfonías, incluyendo las estrategias compensatorias aprendidas.
- **Participación:** permitir la participación según las circunstancias de cada individuo y preferencias. Desarrollar habilidades y confianza social, fomentar la independencia. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social. Favorecer la comunicación entre iguales.
- **Bienestar:** maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

Intervenciones preventivas

Las alteraciones de voz y su impacto en la vida se pueden prevenir con estrategias formativas, de acondicionamiento de los lugares de trabajo y con intervenciones logopédicas individualizadas en personas con riesgo. Todas estas acciones pertenecen al campo profesional de los logopedas.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios de intervenciones preventivas en los trastornos de la voz.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos de los trastornos de la voz.

Ni la literatura científica ni la tradición profesional aportan protocolos específicos para cada patología o trastorno. Basándose en un conjunto de recursos terapéuticos, el profesional debe realizar una selección y adaptarla a cada paciente. El conjunto de recursos terapéuticos está avalado ampliamente por la literatura científica.

Las acciones de los logopedas pueden ser intervenciones directas sobre:

- La función vocal, mediante herramientas de modificación de la fisiología de la fonación.
- La función auditiva, mediante herramientas de modificación del feedback auditivo.
- Somatosensorial, mediante herramientas de modificación del feedback propioceptivo y visual.
- Musculoesquelética, mediante herramientas de modificación de la postura y el gesto.
- Respiratoria, mediante herramientas de modificación de la gestión de soplo fonatorio.

Los logopedas también pueden incidir de forma indirecta en el estado de salud vocal aportando conocimientos sobre la voz o bien promoviendo la identificación y modificación de los factores psicosociales que impactan negativamente en su salud.

En la Guía de práctica clínica de la Academia Americana de ORL se informa que el tratamiento rehabilitador del conjunto de trastornos de la voz realizado por logopedas acreditados tiene una evidencia y un grado de recomendación altos.

El tipo de intervención dependerá de la etiología del trastorno. El tratamiento funcional es la intervención adecuada para las disfonías funcionales (hiper- o hipocinética, nódulos, edemas...) y para diagnósticos de sospecha o no certeza, disfonía por reflujo faringolaringeo, psicógena, espástica, presbifonía y puberfonía en la fase aguda de la patología.

Cuando la disfonía es causada por parálisis laríngeas, en la fase aguda de la patología, se realiza rehabilitación muscular y rehabilitación posmedialización.

La rehabilitación prequirúrgica es la intervención de elección para lesiones congénitas y recidivantes, tales como quistes, pólipos, en la fase aguda de la patología. En algunos casos de patologías tributarias de cirugía, se ha podido observar que el tratamiento prequirúrgico generaba una mejora en la voz y en la calidad de vida del paciente que hacía innecesaria la intervención quirúrgica, aunque requería una atención logopédica más prolongada.

La rehabilitación posquirúrgica es la intervención logopédica adecuada para la recuperación posterior a la cirugía de lesiones congénitas y recidivantes, tales como quistes o pólipos, y también para laringectomías parciales y reconstructivas.

Será necesario realizar intervenciones de rehabilitación para implementar la voz erigmofónica o el uso de prótesis fonatorias como soporte para las personas con laringectomías totales en la fase aguda de la patología.

En relación con las modalidades de tratamiento, la literatura no aporta evidencias determinantes acerca de las intervenciones grupales, telemáticas, intensas o breves. Entendemos que debemos seguir los procedimientos habituales en nuestro contexto, que los logopedas conocen y es su responsabilidad seleccionarlos e implementarlos. Este principio nos lleva a recomendar la implementación de tratamientos mayoritariamente individuales con la incorporación de algunas sesiones en grupo (de cuatro pacientes como máximo) para favorecer, en las fases más avanzadas del tratamiento, la generalización y los usos comunicativos de los progresos alcanzados en las sesiones individuales. La experiencia reciente de uso de tecnologías de comunicación a distancia nos hace pensar que la incorporación de programas semipresenciales puede ser adecuada en procesos de mantenimiento de los avances terapéuticos logrados en las sesiones presenciales.

La complejidad del fenómeno vocal nos lleva a presentar una lista de factores moderadores que pueden indicar que un proceso de

tratamiento rehabilitador exija una intervención más específica en cuanto a individualización, duración o tratamientos complementarios. Se considera que la presencia de alguno de estos factores puede hacer que la intervención sea más compleja:

- Profesión: profesionales de la voz (docentes, comerciales, locutores, cantantes, etc.).
- Tipo personalidad: inestable, ansiosa, etc.
- Alergia respiratoria.
- Reflujo faringolaringeo.
- Comorbilidad diversa.
- En las laringectomías por neoplasia de laringe, pueden ser factores importantes: el sistema familiar, la quimioterapia y la radioterapia.

Algunas lesiones laringeas que afectan a la voz no siempre tienen un diagnóstico de certeza en la primera exploración laringológica. Este hecho provoca que haya pacientes que inician un tratamiento rehabilitador bajo un código de lesión de origen funcional o, incluso, como disfonía funcional sin lesión y, tras unas semanas de tratamiento funcional, el edema laringeo difuso se reduce y se puede evidenciar, en una nueva videolaringoestroboscopia, que el paciente presenta una lesión de tipo congénito (quiste o sulcus) y puede ser tributario de cirugía según la evolución del tratamiento rehabilitador.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios sobre la intervención logopédica en los trastornos de la voz.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Entendemos que el uso del habla y la conversación cotidiana ejercen la función de mantenimiento de los progresos logrados en el tratamiento logopédico. Sin embargo, es necesario animar al paciente y a su entorno a estar atentos a la evolución de los síntomas para recuperar algunos de los ejercicios que los logopedas recomiendan y, si fuera necesario, convertirlos en una actividad sistemática para evitar la pérdida de la eficacia comunicativa. Una de las actividades de mantenimiento saludables para la voz es el canto, en las diversas modalidades y géneros realizado bajo la supervisión de profesorado cualificado.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios sobre la intervención de mantenimiento en los trastornos de la voz.

Intervenciones en el entorno

Las personas que sufren alteraciones de la voz pueden ver aumentadas o reducidas sus capacidades de vida saludable por la acción de diversos soportes y barreras del entorno, antes evaluados según los códigos CIF. Por este motivo, los logopedas, que conocerán los contextos de uso de la voz de los pacientes, los pueden orientar en las modificaciones adecuadas para la creación de espacios más saludables. Uno de los ámbitos

donde estas modificaciones son más efectivas es el de los aspectos relacionados con el ruido ambiental y la calidad del aire.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno de los trastornos de la voz.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica.

Por ahora, hay que evitar métodos experimentales no validados —como programas informáticos comerciales sin revisión— hasta que se disponga de resultados sólidos. Aplicar estas técnicas puede restar tiempo y recursos a las intervenciones.

Equipamiento

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a tener los siguientes elementos de equipamiento a su disposición a la hora de intervenir en trastornos de la voz. En alteraciones de la voz es necesario disponer de un espacio suficiente para permitir que el paciente o un pequeño grupo de pacientes lleven a cabo las actividades de trabajo corporal que facilitan la adquisición de nuevos gestos vocales. Hay que tener en cuenta que algunas de las manipulaciones corporales, laringeas y extralaríngeas deben realizarse en una camilla. La captación de muestras de voz para las valoraciones y las estrategias de feedback propias del tratamiento rehabilitador requieren disponer de equipamiento de grabación y análisis digital de la voz (grabadoras digitales, micrófono y ordenadores equipados con software especializado; existen opciones de software libre validadas) y de grabación de vídeo. Por último, para la correcta indicación de las alturas tonales de la voz, el instrumento más práctico y habitual en los servicios de logopedia de voz es un teclado musical electrónico. Las intervenciones con pacientes laringectomizados o con niños puede requerir algunos materiales de apoyo que no suponen un coste excesivamente alto.

Los usuarios con laringectomías totales pueden usar prótesis fonatorias e implantes.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta se realiza una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad. O bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- La calidad de la voz del individuo no perjudica su participación en las actividades y no afecta al estado de salud, seguridad ni independencia de la persona.
- La calidad de la voz del individuo es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Orientaciones para después del alta

La gestión de la voz por parte del paciente tras la rehabilitación es uno de los aspectos importantes para garantizar el mantenimiento de los resultados obtenidos.

Los profesionales rehabilitadores deben promover la responsabilidad del paciente en la fase de alta. Este trámite no debe entenderse solo como un acto administrativo, sino que debe plantearse como un punto clave en la rehabilitación. El paciente debe ser partícipe de los objetivos y estrategias que ha desarrollado en el tratamiento y que tienen que ayudarle a mantener su salud vocal durante su día a día normalizado.

Los logopedas deben transmitir al paciente las indicaciones de higiene y de actividades de mantenimiento que le ayudarán a preservar la salud lograda. Algunas de las indicaciones pueden ser participar en actividades de ocio que faciliten el mantenimiento de su salud vocal. Actividades como el canto, la lectura en voz alta, el trabajo corporal con actividades físicas guiadas por profesionales pueden ser indicaciones adecuadas.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b126 Funciones de temperamento y personalidad b152 Funciones emocionales
b2 Funciones sensoriales y dolor	b250 Función gustativa b255 Función olfativa
b3 Funciones de la voz y el habla	b310 Funciones de la voz b3100 Producción de voz b3101 Calidad de voz b320 Funciones de articulación b330 Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla b340 Funciones alternativas de vocalización
b4 Funciones de los sistemas cardio-vasculares, hematológico, immunológico y respiratorio	b440 Funciones respiratorias
b5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	b5105 Tragar
b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	b710 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones

444

Trastornos de la voz

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d3 Comunicación	d330 Hablar d 350 Conversar d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación d3600 Utilización de dispositivos de telecomunicaciones
d7 Interacciones y relaciones interpersonales	d750 Relaciones sociales informales
d8 Áreas principales de la vida	d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo d850 Trabajo remunerado
d9 Vida comunitaria, social y cívica	d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio d9204 Aficiones d9205 Socializaciones
FACTORES AMBIENTALES	
e1 Productos y tecnología	e125 Productos y tecnología para la comunicación e1251 Productos y tecnología de asistencia para la comunicación
e2 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana	e225 Clima e2250 Temperatura e2251 Humedad e250 Sonido e2500 Intensidad sonora e2501 Calidad del sonido e260 Calidad del aire
e3 Apoyo y relaciones	e310 Familiares cercanos e315 Otros familiares e320 Amigos e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad e330 Personas con cargo de autoridad e335 Personas con cargo subordinado

e4 Actitudes	e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana e415 Actitudes individuales de otros miembros de la familia e420 Actitudes individuales de amigos e425 Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad e430 Actitudes individuales de personas con cargo de autoridad e435 Actitudes individuales de personas con cargo subordinado e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de apoyo e445 Actitudes individuales de desconocidos e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud e455 Actitudes individuales de profesionales relacionados con la salud e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales e498 Actitudes, otras especificadas e499 Actitudes, no especificadas
e5 Servicios, sistemas y políticas	e515 Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción e580 Servicios, sistemas y políticas de salud

Bibliografía

- Barsties B, Maryn Y. External Validation of the Acoustic Voice Quality Index Version 03.01 with Extended Representativity. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2016;125(7):571-583. <https://doi:10.1177/0003489416636131>
- Bermúdez-de-Alvear RM, Gálvez-Ruiz P, Martínez-Arquero AG, Rando-Márquez S, Fernández-Contreras E. Evaluation of Psychometric Properties of Voice Activity and Participation Profile (VAPP): A Spanish Version. *J Voice.* 2019;33(4):582-e15-582.e22. <https://doi:10.1016/j.jvoice.2018.01.005>
- Calaf N, Garcia-Quintana D. Development and Validation of the Bilingual Catalan/ Spanish Cross-Cultural Adaptation of the Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice. *J Speech Lang Hear Res.* 2024;67(4): 1072-1089.
- Lyberg-Ålander V, Rydell R, Fredlund P, Magnusson C, Wilén S. Prevalence of Voice Disorders in the General Population, Based on the Stockholm Public Health Cohort. *J Voice.* 2019;33(6):900-905. <https://doi:10.1016/j.jvoice.2018.07.007>
- Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR, Damask CC, Digoy GP, Krouse HJ, ... Nnacheta LC. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update). Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States). 2018;158(1_suppl): S1-S42. <https://doi.org/10.1177/0194599817751030>
- Van Stan JH, Roy N, Awan S, Stemple J, Hillman RE. A taxonomy of voice therapy. *American Journal of Speech-Language Pathology.* 2015;24(2): 101-125. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0030