



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

TEMA:

TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON DISFONÍA

ESTUDIO REALIZADO EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
PEDIÁTRICO “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN TERAPIA DEL LENGUAJE

AUTOR:

SOTOMAYOR LEÓN KAREN NARCISA

TUTOR Y DIRECTOR DE TESIS:

LIC. JOSÉ BENALCÁZAR GAME. MSC.

GUAYAQUIL – ECUADOR

2015 – 2016



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

Este trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la **Srta. SOTOMAYOR LEÓN KAREN NARCISA** ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Tecnología Médica como requisito parcial para optar el título de **Licenciada en Terapia del Lenguaje**.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

**SECRETARIA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

EN MI CALIDAD DE DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN TERAPIA DEL LENGUAJE DE LA ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, CERTIFICO QUE HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR LA **SRTA. SOTOMAYOR LEÓN KAREN NARCISA CON C.I # 0919051383**

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES: TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON DISFONÍA. ESTUDIO REALIZADO EN CONSULTA EXTERNA DE HOSPITAL PEDIÁTRICO “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”.

DESPUÉS DE SU REVISIÓN Y CORRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DIRECTOR:

Lic. JOSÉ BENALCÁZAR GAME. MSc.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN TERAPIA DEL LENGUAJE DE LA ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, CERTIFICO QUE HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR LA **SRTA. SOTOMAYOR LEÓN KAREN NARCISA CON C.I # 0919051383**

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES: TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON DISFONÍA. ESTUDIO REALIZADO EN CONSULTA EXTERNA DE HOSPITAL PEDÍATRICO “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”.

DESPUÉS DE SU REVISIÓN Y CORRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

TUTOR:

Lic. JOSÉ BENALCÁZAR GAME. MSc.

CERTIFICADO DE GRAMATÓLOGO

Yo Lic. Betty Gaibor MSc. en mi calidad de gramatóloga con registro del Conesup 1006-03-41-3891, por medio de la presente, tengo a bien certificar que he leído la tesis elaborada por Sotomayor León Karen Narcisa con C.I.0919051383, con el tema: **“TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON DISFONÍA. ESTUDIO REALIZADO EN CONSULTA EXTERNA DE HOSPITAL PEDÍATRICO “ROBERTO GILBERT ELIZALDE (2015 - 2016)”** previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN TERAPIA DEL LENGUAJE.**

Trabajo de investigación que ha sido escrito de acuerdo a las normas ortográficas y sintaxis vigentes.

Lic. BETTY GAIBOR MSc.

C.I. 0913298923

DEDICATORIA

A Dios por ser la guía de mi vida, porque gracias a él he logrado alcanzar cada una de mis metas; a mi madre Bella León por motivarme y brindarme su apoyo incondicional, por inculcarme valores y principios para crecer como persona; y a mi padre Oswaldo Sotomayor por ser mi ángel de la guarda y estar conmigo siempre, a ellos les debo lo que soy; a mi hermana Gissella Sotomayor por su constante apoyo durante este proceso; a mi familia en general por ser una motivación para conseguir mi título universitario.

AGRADECIMIENTO

A Dios porque su bondad y amor no tienen fin y me dio la sabiduría para poder culminar esta carrera universitaria, a mis padres y demás familiares por motivarme durante la carrera y fomentar la responsabilidad académica con deseos de superación profesional, a mi tutor Lic. José Benalcázar y colaboradora Lic. Betty Gaibor por la paciencia y ayuda brindada durante estos meses de la realización del presente trabajo de investigación.

A mi grupo de amigas que estuvieron conmigo en todo momento y mutuamente nos dimos apoyo para continuar el camino hacia esta gran meta. Dejo constancia de mi total agradecimiento a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL y a su elenco de directivos y docentes de la Escuela de Tecnología Médica por haberme brindado conocimientos prácticos y teóricos que son la base del desarrollo profesional.

Finalmente agradecer al Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde” por haberme dado la oportunidad de realizar el trabajo de investigación en sus instalaciones y a las licenciadas en terapia del lenguaje que laboran en la institución, especialmente a la Lic. Karen Neira quien fue mi guía durante el tiempo que duró este trabajo compartiendo sus conocimientos.

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
|  | Presidencia de la República del Ecuador |  | Plan Nacional de Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes |  | SENESCYT <small>Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación</small> |
| REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA | | | | | |
| FICHA DE REGISTRO DE TESIS | | | | | |
| TITULO Y SUBTITULO: Técnicas de rehabilitación en pacientes con disfonía. Estudio realizado en consulta externa de hospital pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”. | | | | | |
| AUTOR/ES: Sotomayor León Karen Narcisa | | | REVISORES: Lcdo. José Benalcázar Game MsC. | | |
| INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil | | | FACULTAD: Ciencias Médicas | | |
| CARRERA: Terapia de Lenguaje | | | | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | | | N. DE PAGS: 99 | | |
| ÁREAS TEMÁTICAS: Salud | | | | | |
| PALABRAS CLAVE: Lenguaje, parámetros, rehabilitación, trabajo vocal, voz | | | | | |
| RESUMEN: Una de las patologías más frecuentes en la población infantil es la disfonía. Esta se trata de la alteración de una o varias características acústicas de la voz o de sus parámetros para la producción vocal; ésta se vuelve crónica cuando los síntomas pasan desapercibidos por los padres y no son llevados a tiempo al foniatra, el cual brinda un diagnóstico y los deriva al terapeuta de lenguaje para el tratamiento adecuado. El presente trabajo explica las diferentes técnicas de rehabilitación aplicadas durante la intervención, en el cual se trabajaron técnicas como: discriminación auditiva, relajación, respiración, preparación vocal y trabajo vocal. Para una rehabilitación satisfactoria es necesario el apoyo de los padres para que realicen en casa los ejercicios practicados durante las sesiones. Es una investigación de campo porque se tiene como objetivo describir el trabajo experimental aplicando las técnicas de rehabilitación en la disfonía con pacientes que asisten al Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde” para mejorar la calidad estética de la voz. La investigación es longitudinal porque analiza la rehabilitación de la disfonía a través de un período de tiempo; atiende la evolución de la situación actual; es de corte transversal ya que hace un corte de tiempo para analizar el fenómeno y analiza los factores intervinientes en la situación de un momento dado. Se realizaron entrevistas a los terapeutas de lenguaje que laboran en la institución y encuestas a representantes de los pacientes objeto de estudio, de cuales se tomó una muestra mediante los criterios de inclusión como pacientes con voz áspera, ronca o soplada, con voz disfónica constante y que presentan alteraciones en sus cuerdas vocales; a su vez los criterios de exclusión dentro de los cuales están pacientes que atraviesan por proceso gripal, con patologías asociadas y los que no han sido evaluados por foniatría. | | | | | |
| N. DE REGISTRO (en base de datos): | | | N. DE CLASIFICACIÓN: | | |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web): | | | | | |
| ADJUNTO URL (tesis en la web): | | | | | |
| ADJUNTO PDF: | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | | <input type="checkbox"/> NO |
| CONTACTO CON AUTORES/ES: | | | Teléfono: 0997386556/2605874 | | E-mail: krncita_92@hotmail.com |
| CONTACTO EN LA INSTITUCION: | | | Nombre: Secretaría de la Escuela de Tecnología Médica | | |
| | | | Teléfono: 042282202 | | |
| | | | E-mail: tecno-medic@hotmail.com | | |

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

| | Pág. |
|---|------|
| PORTADA..... | i |
| AUTORIA..... | ii |
| CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR | iii |
| CERTIFICACIÓN DEL TUTOR..... | iv |
| CERTIFICADO DE GRAMATÓLOGO | v |
| DEDICATORIA | vi |
| AGRADECIMIENTO | vii |
| FICHA DE REGISTRO DE TESIS | viii |
| ÍNDICE GENERAL..... | ix |
| ÍNDICE DE CUADROS..... | xii |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | xiii |
| RESUMEN..... | xiv |
| SUMMARY..... | xv |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO I..... | 3 |
| EL PROBLEMA..... | 3 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 5 |
| DELIMITACIÓN DEL TEMA..... | 5 |
| FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROBLEMA | 6 |
| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 6 |
| EVALUACIÓN DEL PROBLEMA | 6 |
| OBJETIVOS..... | 7 |
| OBJETIVO GENERAL | 7 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 7 |
| HIPÓTESIS..... | 7 |
| CAPÍTULO II..... | 8 |
| MARCO TEÓRICO | 8 |
| ANTECEDENTES..... | 8 |

| | |
|--|----|
| FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA | 9 |
| LA VOZ DEL NIÑO | 10 |
| LA VOZ PATOLÓGICA..... | 11 |
| TIPOS DE DISFONÍA | 14 |
| ANATOMÍA LARÍNGEA | 17 |
| SUBDIVISIONES CLÍNICAS DE LA LARINGE:..... | 21 |
| FISIOLOGÍA LARÍNGEA:..... | 22 |
| ANATOMÍA DE LAS CUERDAS VOCALES | 23 |
| REHABILITACIÓN DE LA DISFONÍA INFANTIL..... | 25 |
| PAUTAS PARA LA HIGIENE VOCAL..... | 27 |
| PRINCIPIOS DE LA REEDUCACIÓN VOCAL | 28 |
| TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN | 28 |
| FUNDAMENTACIÓN LEGAL..... | 34 |
| FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA | 39 |
| VARIABLES | 41 |
| CAPÍTULO III | 42 |
| METODOLOGÍA | 42 |
| DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 42 |
| TIPO DE INVESTIGACIÓN..... | 43 |
| MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN | 44 |
| POBLACIÓN Y MUESTRA | 45 |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN | 50 |
| OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN ... | 51 |
| INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE DATOS. ... | 53 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | 54 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA MUESTRA POR SEXO | 54 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS COMPARATIVOS DE CADA TÉCNICA APLICADA..... | 55 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA A REPESENTANTES DE NIÑOS/AS QUE PRESENTAN DISFONÍAS .. | 60 |

| | |
|--|----|
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A TERAPEUTAS DE LENGUAJE QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ROBERTO GIBERT ELIZALDE | 70 |
| CAPÍTULO IV..... | 80 |
| MARCO ADMINISTRATIVO | 80 |
| CRONOGRAMA | 80 |
| RECURSOS..... | 81 |
| RECURSOS HUMANOS | 81 |
| RECURSOS MATERIALES | 81 |
| RECURSOS FINANCIEROS | 81 |
| CONCLUSIONES | 82 |
| RECOMENDACIONES..... | 83 |
| GLOSARIO | 84 |
| BIBLIOGRAFÍA | 86 |
| ANEXOS | 88 |
| FORMATO DE ENTREVISTA REALIZADA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ROBERTO GILBERT ELIZALDE EN CONSULTA EXTERNA DEL ÁREA DE OTORRINOARINGOLOGÍA A TERAPEUTAS DE LENGUAJE QUE LABORAR EN LA INSTITUCIÓN | 88 |
| FORMATO DE ENCUESTA REALIZADA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ROBERTO GILBERT ELIZALDE EN CONSULTA EXTERNA DEL ÁREA DE OTORRINOARINGOLOGÍA A REPRESENTANTES DE INFANTES CON DISFONÍA QUE ACUDEN A DICHA CASA DE SALUD | 91 |
| MODELO DE EVALUACIÓN DE LAS DISFONIAS | 94 |
| MODELO DE EVALUACIÓN PARA LA RESPIRACIÓN..... | 95 |
| FOTO #1 | 96 |
| FOTO #2..... | 97 |
| FOTO #3..... | 98 |
| CARTA DIRIGIDA AL JEFE DE ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO DE INVESTGACIÓN..... | 99 |

ÍNDICE DE CUADROS

| | Pág. |
|--|------|
| CUADRO # 1. POBLACIÓN..... | 46 |
| CUADRO # 2. MUESTRA..... | 48 |
| CUADRO # 3. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 49 |
| CUADRO # 4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN..... | 50 |
| CUADRO # 5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES..... | 52 |
| CUADRO # 6. MUESTRA POR SEXO | 54 |
| CUADRO # 7. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE REHABILITACIÓN: DISCRIMINACIÓN AUDITIVA | 55 |
| CUADRO # 8. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE REHABILITACIÓN: RELAJACIÓN | 56 |
| CUADRO # 9. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE REHABILITACIÓN: RESPIRACIÓN | 57 |
| CUADRO # 10. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE REHABILITACIÓN: PREPARACIÓN VOCAL..... | 58 |
| CUADRO # 11. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE REHABILITACIÓN: TRABAJO VOCAL | 59 |
| CUADRO # 12. PREGUNTA 1 A REPRESENTANTES..... | 60 |
| CUADRO # 13. PREGUNTA 2 A REPRESENTANTES..... | 61 |
| CUADRO # 14. PREGUNTA 3 A REPRESENTANTES..... | 62 |
| CUADRO # 15. PREGUNTA 4 A REPRESENTANTES..... | 63 |
| CUADRO # 16. PREGUNTA 5 A REPRESENTANTES..... | 64 |
| CUADRO # 17. PREGUNTA 6 A REPRESENTANTES..... | 65 |
| CUADRO # 18. PREGUNTA 7 A REPRESENTANTES..... | 66 |
| CUADRO # 19. PREGUNTA 8 A REPRESENTANTES..... | 67 |
| CUADRO # 20. PREGUNTA 9 A REPRESENTANTES..... | 68 |
| CUADRO # 21. PREGUNTA 10 A REPRESENTANTES..... | 69 |
| CUADRO # 22. PREGUNTA 1 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 70 |
| CUADRO # 23. PREGUNTA 2 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 71 |
| CUADRO # 24. PREGUNTA 3 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 72 |
| CUADRO # 25. PREGUNTA 4 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 73 |
| CUADRO # 26. PREGUNTA 5 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 74 |
| CUADRO # 27. PREGUNTA 6 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 75 |
| CUADRO # 28. PREGUNTA 7 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 76 |
| CUADRO # 29. PREGUNTA 8 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 77 |
| CUADRO # 30. PREGUNTA 9 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 78 |
| CUADRO # 31. PREGUNTA 10 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 79 |
| CUADRO #32. CRONOGRAMA..... | 82 |
| CUADRO #33. PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 83 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|---|------|
| GRÁFICO # 1 POBLACIÓN..... | 46 |
| GRÁFICO # 2. MUESTRA | 48 |
| GRÁFICO # 3. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 49 |
| GRÁFICO # 4. MUESTRA POR SEXO..... | 54 |
| GRÁFICO # 5. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE REHABILITACIÓN: DISCRIMINACIÓN AUDITIVA | 55 |
| GRÁFICO # 6. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE REHABILITACIÓN: RELAJACIÓN | 56 |
| GRÁFICO # 7. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE REHABILITACIÓN: RESPIRACIÓN | 57 |
| GRÁFICO # 8. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE REHABILITACIÓN: PREPARACIÓN VOCAL..... | 58 |
| GRÁFICO # 9. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE REHABILITACIÓN: TRABAJO VOCAL | 59 |
| GRÁFICO # 10. PREGUNTA 1 A REPRESENTANTES..... | 60 |
| GRÁFICO # 11. PREGUNTA 2 A REPRESENTANTES..... | 61 |
| GRÁFICO # 12. PREGUNTA 3 A REPRESENTANTES..... | 62 |
| GRÁFICO # 13. PREGUNTA 4 A REPRESENTANTES..... | 63 |
| GRÁFICO # 14. PREGUNTA 5 A REPRESENTANTES..... | 64 |
| GRÁFICO # 15. PREGUNTA 6 A REPRESENTANTES..... | 65 |
| GRÁFICO # 16. PREGUNTA 7 A REPRESENTANTES..... | 66 |
| GRÁFICO # 17. PREGUNTA 8 A REPRESENTANTES..... | 67 |
| GRÁFICO # 18. PREGUNTA 9 A REPRESENTANTES..... | 68 |
| GRÁFICO # 19. PREGUNTA 10 A REPRESENTANTES..... | 69 |
| GRÁFICO # 20. PREGUNTA 1 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 70 |
| GRÁFICO # 21. PREGUNTA 2 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 71 |
| GRÁFICO # 22. PREGUNTA 3 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 72 |
| GRÁFICO # 23. PREGUNTA 4 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 73 |
| GRÁFICO # 24. PREGUNTA 5 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 74 |
| GRÁFICO # 25. PREGUNTA 6 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 75 |
| GRÁFICO # 26. PREGUNTA 7 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 76 |
| GRÁFICO # 27. PREGUNTA 8 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 77 |
| GRÁFICO # 28. PREGUNTA 9 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 78 |
| GRÁFICO # 29. PREGUNTA 10 A TERAPISTAS DE LENGUAJE | 79 |

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON DISFONÍA,
ESTUDIO REALIZADO EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
PEDÍATRICO “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

AUTOR: SOTOMAYOR LEÓN KAREN NARCISA.

TUTOR: LIC. JOSÉ BENALCÁZAR GAME. MSC.

RESUMEN

Una de las patologías más frecuentes en la población infantil es la disfonía. Esta se trata de la alteración de una o varias características acústicas de la voz o de sus parámetros para la producción vocal; ésta se vuelve crónica cuando los síntomas pasan desapercibidos por los padres y no son llevados a tiempo al foniatra, el cual brinda un diagnóstico y los deriva al terapeuta de lenguaje para el tratamiento adecuado. El presente trabajo explica las diferentes técnicas de rehabilitación aplicadas durante la intervención, en el cual se trabajaron técnicas como: discriminación auditiva, relajación, respiración, preparación vocal y trabajo vocal. Para una rehabilitación satisfactoria es necesario el apoyo de los padres para que realicen en casa los ejercicios practicados durante las sesiones. Es una investigación de campo porque se tiene como objetivo describir el trabajo experimental aplicando las técnicas de rehabilitación en la disfonía con pacientes que asisten al Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde” para mejorar la calidad estética de la voz. La investigación es longitudinal porque analiza la rehabilitación de la disfonía a través de un período de tiempo; atiende la evolución de la situación actual; es de corte transversal ya que hace un corte de tiempo para analizar el fenómeno y analiza los factores intervinientes en la situación de un momento dado. Se realizaron entrevistas a los terapeutas de lenguaje que laboran en la institución y encuestas a representantes de los pacientes objeto de estudio, de los cuales se tomó una muestra mediante los criterios de inclusión como pacientes con voz áspera, ronca o soplada, con voz disfónica constante y que presentan alteraciones en sus cuerdas vocales; a su vez los criterios de exclusión dentro de los cuales están pacientes que atraviesan por proceso gripal, con patologías asociadas y los que no han sido evaluados por foniatría.

Palabras claves: lenguaje, parámetros, rehabilitación, trabajo vocal, voz.

UNIVERSITY OF GUAYAQUIL
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES
SCHOOL OF MEDICAL TECHNOLOGY

TECHNICAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH DYSPHONIA,
STUDY OUTPATIENT PEDIATRIC HOSPITAL "ROBERT GILBERT
ELIZALDE"

AUTHOR: KAREN NARCISA SOTOMAYOR LEON.

TUTOR: LIC. JOSÉ BENALCÁZAR GAME. MSC

SUMMARY

One of the most common diseases in children is hoarseness. This alteration is one or more acoustic or voice parameters for vocal production characteristics; it becomes chronic when the symptoms go unnoticed by parents and are not taken in time to foniatra, which provides a diagnosis and drift speech therapist for treatment. This paper explains the different rehabilitation techniques applied during surgery, in which techniques worked as auditory discrimination, relaxation, breathing, vocal and vocal preparation work. For successful rehabilitation is necessary parental support at home to perform the exercises practiced during the sessions. It is a field research because it aims to describe the experimental work using rehabilitation techniques with dysphonia patients attending the Pediatric Hospital "Roberto Gilbert Elizalde" to improve the aesthetic quality of the voice. Research is longitudinal because it analyzes the rehabilitation of dysphonia through a period of time; attends the evolution of the current situation; It is cross-sectional and makes a cut time to analyze the phenomenon and analyzes the factors involved in the situation in a given time. the speech therapists who work in the institution and surveys representatives of patients under study, from which a sample was taken by the inclusion criteria as patients with rough, hoarse or breathy voice, with dysphonic voice steady interviews were conducted and they have alterations in their vocal cords; turn the exclusion criteria within which are patients who are experiencing flu-like process, with associated pathologies and that have not been evaluated by speech therapy.

Keywords: language, parameters, rehabilitation, vocal work, voice.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad a próximamente el 5% de la población sufre de disfonía y todavía existen muchas dudas y un gran desconocimiento de esta patología, Existe una campaña de divulgación a nivel internacional en la que diversos países organizan actividades asistenciales, científicas y culturales con el objetivo de poner al alcance de la sociedad el estudio, la investigación y los cuidados de la voz. Dentro de los objetivos que persigue esta campaña, destacan la importancia del diagnóstico precoz y la difusión de los cuidados de la voz al conjunto de la población.

Esta investigación tiene como finalidad la aplicación de técnicas de rehabilitación para las disfonías infantiles. Para el efecto, presenta el sustento teórico y metodológico para determinar la presencia de disfonías en niños y niñas que asisten al Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde, ubicado en la ciudad de Guayaquil.

Las alteraciones de la voz como las disfonías infantiles afectan la comunicación de los niños y si no se brinda la debida atención en cuanto al diagnóstico y a la rehabilitación, podrían desencadenar un factor que va a incidir de manera negativa en su desarrollo, pudiendo hacerse crónica convirtiéndose así en un grave problema de salud en la población infantil.

Es importante considerar la necesidad de realizar una investigación dirigida a identificar las características perceptuales de los niños con disfonía, con la finalidad de ofrecer un patrón de orientación diagnóstica, programas de tratamiento, de rehabilitación vocal y además programas orientados a educar a la población en general y así modificar estilos de vida influyentes en esta patología.

El presente trabajo de investigación se ha dividido en cuatro capítulos para su desarrollo. En el capítulo I se presenta el planteamiento del

problema debido al desconocimiento o desinterés por parte de los padres en la disfonías lo cual afecta la correcta comunicación de sus hijos; delimitación y formulación del problema de estudio, el mismo que explica las razones por las cuales se eligió el tema de investigación planteando a continuación de los objetivos como la aplicación de técnicas que ayuden a mejorar la calidad estética de la voz y justificación del mismo.

En el capítulo II se expone la fundamentación teórica del trabajo basada en bibliografías de diversos autores. Asimismo, se menciona en la primera parte las definiciones de los conceptos relevantes acerca de la anatomía de la laringe y cuerdas vocales para entender más acerca de las alteraciones que producen la disfonías, en la segunda parte habla sobre las patologías que provocan las disfonías y en la tercera parte se abarcan las diversas técnicas de rehabilitación para las disfonías según el factor causante. La fundamentación legal para conocer sobre los Derechos según los artículos de la Constitución vigente del Ecuador.

El capítulo III contiene el aspecto metodológico que se llevó a cabo para realizar el trabajo, explicando el tipo y diseño de la investigación, la muestra o sujetos participantes del estudio, asimismo se señalan las variables y las técnicas e instrumentos como la entrevista y encuesta para la recolección de datos.

El capítulo IV se presenta el procesamiento y análisis de los resultados, los cronogramas de trabajo para elaboración de tesis y cronogramas de trabajo con pacientes para demostrar el avance que se obtuvo.

Finalmente se presentan las conclusiones a las que se llegó al finalizar el trabajo y algunas sugerencias sobre los resultados obtenidos. Se incluye también en este capítulo los recursos que se utilizaron en las sesiones de las terapias con los infantes como parte de los anexos pertinentes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tema de tesis es “Técnicas de rehabilitación en pacientes con disfonías en Hospital pediátrico Roberto Gilbert Elizalde.”, constituye un problema porque muchos niños y niñas con disfonías no se logran comunicar correctamente, y debido a la falta de conocimiento de los padres sobre esta patología no reciben la atención para su diagnóstico y rehabilitación adecuada. Este problema afecta tanto a adultos como a niños y niñas de toda clase social lo cual es preocupante, porque dicha patología repercute en la calidad estética de la voz y a su vez en el ámbito psicológico del menor.

Refiriéndonos a la disfonía infantil es una alteración de voz que dificulta la comunicación, si no se presta la debida importancia en cuanto a sus cuidados y tratamiento. La falta de conocimiento de padres, educadores y algunos médicos es muy constante, la mayoría de los padres acuden a este centro hospitalario por otras patologías no tomando en cuenta la disfonía, o muchas veces la atribuyen como consecuencia a procesos respiratorios o alérgicos por el que el menor esté pasando.

En la actualidad en el Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde se está llevando a cabo una campaña de concientización a todas las especialidades a cerca de los causantes de la disfonía. Se incentiva a los padres para que sean partícipes en la terapia y que continúen con las mismas técnicas en casa para lograr un mejor resultado.

CUADRO # 1.

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE DISFONÍA INFANTIL

| ITEM | CAUSAS | CONSECUENCIAS |
|------|---|--|
| 1 | Abuso vocal | Lesión de cuerdas vocales |
| 2 | Afecciones respiratorias | Inflamación de cuerdas vocales |
| 3 | Estado emocional | Hipotonía e hipertonía |
| 4 | Modelos vocales inadecuados del entorno | Lesión en cuerdas vocales |
| 5 | Nódulos | Disfonía concomitante |
| 6 | Pólipos | Disfonía permanente |
| 7 | Quistes | Impide la vibración normal de las cuerdas vocales. |
| 8 | Edemas | Disfonía |

FUENTE: HOSPITAL PEDIÁTRICO "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

ELABORADO POR: KAREN SOTOMAYOR LEÓN

JUSTIFICACIÓN

El lenguaje y la comunicación son vitales en todos los seres humanos, el servicio encargado de atender y brindar apoyo a las personas que presentan estos trastornos es el de terapia del lenguaje, de quien depende en gran medida la evolución del niño sin olvidar que el trabajo de terapia en casa con los padres es primordial e indispensable. Las enfermedades vocales infantiles han ido en aumento en los últimos años. En la actualidad existe un número considerable de niños diagnosticados con trastornos de la voz, pero no siempre estas patologías son detectadas a tiempo.

Frecuentemente se habla acerca de la conveniencia de acudir al especialista con la finalidad de realizar una evaluación temprana en el infante y así en caso de presentar algún problema detectarlo a tiempo para brindar una rehabilitación adecuada.

El presente trabajo de investigación será de gran aporte ya que a través de éste daremos a conocer más acerca de la disfonía infantil y se podrá demostrar que es realmente una problemática ya que la disfonía se instala lentamente, en la que el niño percibe primero una ligera fatiga vocal y sensación de contracción faringo-laríngea.

Posteriormente, el enronquecimiento es cada vez más frecuente hasta llegar a ser permanente. Es conveniente prevenir y preservar la salud del aparato vocal desde la infancia para no caer en afecciones laríngeas por mal uso y abuso de voz.

DELIMITACIÓN DEL TEMA

El estudio se realizará en un tiempo aproximado de 4 meses en el Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”, el cual se encuentra ubicado en la ciudad de Guayaquil – Ecuador.

Campo: Salud.

Área: Terapia de Lenguaje.

Aspectos: Rehabilitación.

FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

Una vez establecido el problema de investigación se manifiesta de la siguiente manera:

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué incidencia tiene la aplicación de técnicas de rehabilitación de la voz en pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde” por presentar disfonía infantil?

EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

DELIMITADO: el estudio se realizará en pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde” enfocado únicamente en los que presentan Disfonías que es una de las diversas alteraciones de la voz.

RELEVANTE: Porque hay muchos pacientes que presentan disfonías y debido al desconocimiento de esta alteración de la voz por parte de los padres o el medio que los rodea, no permite el diagnóstico a tiempo para brindar el correcto tratamiento.

CONTEXTUAL: Se pretende que la rehabilitación se base en las necesidades específicas de los pacientes, para que mejoren la calidad estética de la voz y logren una mejor comunicación. Las técnicas de rehabilitación tendrán como objetivo mejorar las propiedades de la voz y brindar un mejor estilo de vida a los niños y niñas que presentan Disfonías.

CLARIDAD: Porque se evitará la incorrecta aplicación de técnicas durante la rehabilitación.

FACTIBLE: Porque a largo plazo se podrá evitar una mala aplicación de tratamiento que perjudiquen la salud del paciente. El tema fue considerado debido a la gran incidencia de la patología.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Aplicar las técnicas de rehabilitación en pacientes con disfonía que asisten al Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde” para mejorar la calidad estética de la voz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la población objeto de estudio.
- Desarrollar las cinco técnicas de rehabilitación como tratamiento de voz en pacientes que acuden a consulta por presentar disfonía infantil.
- Aplicar las diversas técnicas para el tratamiento de disfonías en los pacientes que asisten a la consulta de Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”.
- Evaluar el aporte de las diferentes técnicas aplicadas en pacientes con disfonía.

HIPÓTESIS

¿La aplicación de técnicas de rehabilitación en la terapia de lenguaje en niños que acuden al Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde” por presentar disfonía infantil garantizará una mejor calidad estética de la voz y logrará una correcta comunicación?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Los fenómenos dinámicos que participan en la producción de la voz humana, que fue descrita por Platón «como un impacto del aire que llega por los oídos al alma», y en particular en la producción de la voz cantada, han sido objeto de numerosos trabajos de investigación a lo largo de toda la historia. En el siglo XVII surge, con Girolamo Fabricius d' Aquapendente (1537-1619), la necesidad de entender la fisiología laríngea humana. Cada vez se requiere conocer más sobre las bases fisiológicas y la capacidad de la laringe para producir no sólo la voz y el habla, sino también la expresividad y la voz cantada.

Otro precedente histórico que cabe mencionar es *Du bruit (et) De la musique des anciens*, publicado en 1680 por Claude Perrault (1613-1688). Este autor divide los sistemas sonoros en dos categorías, instrumentos de percusión y por verberación, entre estos últimos se localiza al órgano productor de la voz. Se considera la voz como un ruido producido por la salida violenta del aire, que en su paso hacia el exterior frota las dos membranas que conforman la glotis. Explica la generación de las distintas tonalidades de la voz humana por las variaciones de longitud y de tensión de los pliegues vocales.

Ambas conclusiones fueron realmente acertadas, como se ha demostrado en la era moderna. Perrault plantea, siguiendo a Fabricius d'Aquapendente, una discusión que continuará hasta muy avanzado el siglo XIX, basada en la pretensión de identificar el funcionamiento laríngeo con el de los instrumentos sonoros de propiedades y leyes físicas axiomáticas.

García, T. & Fernández, S. (2013). El autor expone en su texto Patología de la voz:

Los estudios de Müller no se limitaron al comportamiento del área glótica, sino que los amplió con las experiencias relacionadas con el efecto de las cavidades de resonancia sobre el timbre y el refuerzo de la voz. Las investigaciones de Müller dieron lugar a la teoría mioelástica de la fonación, completada y difundida por Janwillem van den Berg en 1958. (P. 26)

El autor en su texto expresa acerca de los estudios realizados por Müller sobre el comportamiento y experiencias sobre el timbre y refuerzo de la voz, que dieron lugar a la mioelasticidad de la fonación.

Las bases de estas teorías siguen siendo plenamente vigentes y han permitido el desarrollo de la teoría muco-ondulatoria, enunciada por Jorge Perelló en 1962 para explicar el comportamiento «vibrador-ondulatorio» de las cuerdas vocales y completar el conocimiento de la fisiología de la fonación con la teoría y el concepto complejo-cuerpo-cobertura propuesto por Minoru Hirano en 1975.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La voz es un fenómeno complejo que se produce por medio de la laringe, mediante este instrumento expresamos nuestros mensajes, además de dar a conocer estados de ánimo, sentimientos y emociones; ésta se produce a través de dos funciones biológicas primarias como la respiración y la esfinteriana. La voz también se altera, enferma y pierde efectividad. Es difícil definir una voz normal que cualquier otro componente del lenguaje debido a que la variedad de voces es ilimitada y los estándares para una voz adecuada son múltiples.

Cobeta, I.; Núñez, F.; & Fernández, S. (2013), los autores manifiestan en su texto Patología de la voz:

El timbre debe ser agradable. Este criterio implica cierta sonoridad musical y la ausencia de ruido o atonalidad. El tono debe ser adecuado. Apropiado para la edad y el sexo de la persona que emite la voz. El volumen debe ser apropiado. La voz no debe ser tan débil que no pueda escucharse bajo unas condiciones ordinarias de habla, ni tan intensa que llame la atención de forma indeseada. La flexibilidad debe ser adecuada. La variedad o flexibilidad se refiere a las variaciones en el tono y el volumen que ayudan a la expresión de énfasis, significado o sutilezas que indican los sentimientos del individuo. (P. 238)

Los autores de esta cita en su texto se refieren a los criterios tomados en cuenta para considerar una voz normal, estos son timbre agradable, tono adecuado, volumen apropiado y su flexibilidad adecuada.

Existen criterios en los que nos podemos basar para definir una voz normal como el timbre, tono, volumen y flexibilidad.

LA VOZ DEL NIÑO

La laringe del recién nacido es proporcionalmente más pequeña y bastante más alta. Durante el crecimiento esta baja y crece progresivamente. Durante la primera infancia la laringe es más resistente, hasta la pubertad los niños y niñas poseen, más o menos, la misma frecuencia.

Durante la segunda infancia y antes de la pubertad un número considerable de niños presentan una voz más o menos patológica, presentando nódulos, pólipos, hiatus o inflamaciones. En la pubertad, entre los 11 y 12 años en las niñas y 12 o 13 años en los niños se da el desarrollo de las glándulas sexuales con la cual se presenta la muda de la

voz. En este proceso la laringe crece en todas sus dimensiones y baja. La voz sufre cambios bruscos de frecuencia.

Según Tulon, C. (2000) en su texto La voz. Técnica vocal para la rehabilitación de la voz en las disfonías funcionales expresa:

La voz del varón baja (se agrava) aproximadamente un octava musical. La de la joven tres o cuatro tonos musicales. Cuando la voz se asienta definitivamente es cuando podemos hablar de tesitura y clasificación vocal. Durante el período de la muda, la voz es especialmente frágil, el individuo, durante este tiempo, no debería forzar la voz. (P. 40)

La autora del texto habla sobre las diferencias en la voz entre los sexos durante la pubertad.

LA VOZ PATOLÓGICA

Cobeta, I.; Núñez, F. & Fernández, S. (2013) los autores indican en su texto Patología de la voz:

Se considera que hay un trastorno de la voz cuando su timbre, tono, intensidad o flexibilidad difieren de los de las voces de las demás personas del mismo sexo, edad y grupo cultural. La alteración de la voz puede interpretarse como un signo de enfermedad, como un síntoma de enfermedad o como un mero trastorno de la comunicación. (P. 238)

Los autores en su texto hacen referencia que cuando se presentan alteraciones en el tono, timbre, intensidad o flexibilidad se considera que existe algún trastorno de la voz o puede ser síntoma de alguna enfermedad.

Las afectaciones de la voz en infantes son de corta duración y están generalmente asociadas a enfermedades como resfriados, gripe, etc. o a

excesos vocales como los gritos. Por eso, en muchas ocasiones no les brindan la debida importancia a estas alteraciones vocales por desconocimiento de las consecuencias que trae consigo esta patología y no lo consideran un motivo suficiente para acudir al médico foniatra.

Una de las alteraciones de la voz en niños es la disfonía, pero, ¿Qué es la disfonía infantil?

Arias, C. & Estapé, M. (2005) los autores en su texto Disfonía Infantil, Diagnóstico y tratamiento, expresan:

La disfonía desde una perspectiva integral, como el trastorno que altera una o varias características acústicas de la voz o cualquiera de las fases de la función de los elementos que intervienen en su producción cuya finalidad última es la expresión y la comunicación verbal. (P. 51)

En la cita, los autores del texto indican que la disfonía altera las características de la voz o alguna de las fases que son parte de la producción. Se debe tener en cuenta que una voz acústicamente normal puede no generar molestias, pero sí la incapacidad de expresar ideas o sentimientos deseados. Una parte importante de las intencionalidades comunicativas se trasmite en las características de la voz, como cuando gritamos de alegría y euforia, o cuando susurramos un secreto. La incapacidad de dar a la voz distintos significados de emociones genera una ansiedad que limita más sus posibilidades expresivas. La pérdida total de la voz es la afonía.

También existen distintas sensaciones corporales desagradables en el gesto vocal como es la fatiga, el dolor, la sensación de cuerpo extraño, o escozor. Los padres nos acostumbramos a las características acústicas de la voz de nuestros hijos y no las notamos como alteradas. Por su parte, el niño no valora como negativa su voz, ya que identifica una voz

que no es “normal” con el éxito en una competición o con haber disfrutado en una fiesta de más.

Algunas manifestaciones de la disfonía infantil son más evidentes que otras y hacen que los padres consulten con su médico, que llevará al diagnóstico de trastorno vocal. Algunas de esas manifestaciones son: hacer mucho esfuerzo al hablar, gritar, hablar siempre muy fuerte. Las manifestaciones acústicas de la voz se originan cuando existe alguna lesión en la laringe, es muy importante que se valore si existe la presencia o no de dicha lesión.

Tanto en el niño como en el adulto las alteraciones vocales pueden darse por una alteración anatómica de la laringe o por la disfunción de los diferentes órganos y aparatos que intervienen en el proceso de fonación. Una lesión congénita traerá como consecuencia un comportamiento vocal de esfuerzo y abuso vocal que sobre una laringe estructuralmente sana podría ocasionar una patología orgánica. Es importante tomar en cuenta que la laringe del niño es un órgano que se encuentra en constante evolución y es más vulnerable que los otros órganos.

Por todo esto, la disfonía infantil debe ser entendida desde un conjunto que engloba las características de la voz, los gestos y el confort, las lesiones en la laringe y la eficacia comunicativa. Para entenderlo mejor se puede decir que la emisión de la voz no depende únicamente de la laringe ya que si dividimos el sistema de la fonación en distintos niveles como por ejemplo nivel respiratorio, nivel resonancial, nivel emisor, nivel de comando, nivel endocrino y nivel auditivo y recordamos que la voz es una pauta de comunicación que posee las siguientes propiedades:

- Intensidad que se origina por el nivel respiratorio y es influido por el nivel auditivo.
- Frecuencia creada por el nivel emisor, e influida por los niveles de comando, endocrino y auditivo.

- Timbre establecido por el nivel resonancial.

Existe varios factores que pueden originar lesiones vocales provocando una disfonía infantil como:

- Abuso vocal
- Antecedentes familiares
- Afecciones respiratorias
- Estado emocional y perfil psicológico del niño
- Modelos vocales del entorno que rodea al niño

En los niños con disfonía se aprecian alteraciones en la intensidad y tono, estos presentan características como:

- Voz áspera, susurrante o ronca.
- Intensidad anormal.
- Tono inapropiado según su sexo o edad.
- Patrones de acentuación y entonación inadecuados.

La clasificación más frecuente que se encuentra de disfonía infantil es:

TIPOS DE DISFONÍA

Disfonía funcional:

(Arias, C & Estapé, M. (2005). Define: “trastorno vocal producido por una incoordinación entre los diferentes órganos que intervienen en la fonación. Por lo general, nunca aparece de forma aislada, sino asociada a alguna otra disfunción”. (P. 52). Los autores de esta cita en su texto manifiestan que esta patología se encuentra asociada con otra disfunción. Es provocada principalmente por abuso vocal como el exceso de gritos o estar en ambientes con un nivel de humedad inadecuado. Se puede dar una complicación con lesiones orgánicas de la laringe provocadas por el esfuerzo excesivo o por alteraciones orgánicas transitorias.

Las disfonías pueden tener como causa tres diferentes aspectos:

- El uso incorrecto de la voz
- Inadaptaciones vocales
- Alteraciones psico-emocionales

Los cambios en la tensión y longitud de las cuerdas vocales, ancho de la hendidura glótica e intensidad del esfuerzo espiratorio originan variaciones en el tono de voz, el cual se forma por la vibración de las cuerdas vocales en la laringe para ser modificado por los movimientos de la faringe, lengua y labios para formar el habla. Cuando el niño es atendido en la consulta por presentar disfonía, y alguna otra alteración en los parámetros que intervienen en el habla y función vocal, éste presenta alguna patología en sus cuerdas vocales que puede ser adquirida o congénita.

Disfonía orgánica:

Las disfonías orgánicas se dan como consecuencia de una lesión en las cuerdas vocales, las cuales no están vinculadas con el mal uso de la voz.

Arias, C. & Estapé, M. (2005) publican en su texto Disfonía Infantil, Diagnóstico y tratamiento: “alteraciones de la voz provocados por una lesión en el órgano vocal. En este grupo se encuentran las disfonías por las lesiones adquiridas y las disfonías por lesiones congénitas”. (P. 57)

Las autoras en su texto manifiestan el origen de las lesiones orgánicas, las cuales pueden ser adquiridas o congénitas.

No existe tratamiento fonoaudiológico para las disfonías orgánicas, pero es más acertado y beneficioso si el paciente lo obtiene. Cuando el tratamiento médico termina pueden persistir algunas alteraciones en sus funciones musculares o en las estructuras del tracto vocal que requieren un proceso de rehabilitación fonoaudiológica.

Disfonías por lesiones adquiridas:

- **Nódulos:** se da por un engrosamiento de la mucosa que reviste la cuerda vocal. En los niños, esta mucosa es más gruesa y la submucosa es más laxa ya que el ligamento no se esboza hasta los cuatro años.
- **Lesiones paranodulares:** Bouchayer, Cornout y Cols de la Escuela lyonesa distingue dos tipos de lesiones paranodulares que difieren del nódulo macroscópica e histológicamente.
- **Seudoquiste seroso:** lesión translúcida, con contenido seroso originado por un edema infiltrado en el espacio de Reinke, de tamaños diversos, puede ser bilateral aunque la mayoría se da unilateral, con lesión contralateral.
- **Edema fusiforme:** Tiene forma alargada y convexa que ocupa los dos tercios anteriores del borde libre de las cuerdas vocales. Frecuente en niños, suele incluirse signos inflamatorios; puede ser bilateral y asimétrico. Cuando es unilateral se asocia a otro tipo de lesión ya sea congénita o adquirida.
- **Pólipo:** poco frecuente en niños, es una neoformación sobre el borde libre de la cuerda vocal, puede ser unilateral o bilateral; suelen asociarse a otras lesiones y desarrollarse en el mismo pliegue vocal o contralateral.

En ocasiones, la disfonía infantil es consecuencia de un cuadro mucho más complejo como procesos infecciosos, malformaciones, debido a un déficit auditivo, repercusión de un déficit de desarrollo del lenguaje, incluso a un problema de personalidad. En casos como estos, se debe tratar la disfonía de manera secundaria, dando prioridad al factor causante.

ANATOMÍA LARÍNGEA

Sañudo, J.; Marañillo, E. & León, X. (2013) señalan en su texto Patología de la Voz:

La cavidad laríngea tiene forma de reloj de arena en sus secciones frontales (coronales), debido a la presencia en su interior de dos pares de pliegues. Los pliegues superiores, de color rosado, se denominan pliegues vestibulares, y los inferiores, de color blanco nacarado, son los pliegues vocales. En el espacio limitado entre ambos pares de pliegues e sitúan los ventrículos laríngeos. (P. 30)

Los autores en su texto hacen referencia a la forma de la laringe y a las secciones en las que está dividida.

La laringe, es una estructura móvil situada en la parte media y anterior del cuello, por delante de la faringe, por debajo del hueso hioides y por arriba de la tráquea, mide aproximadamente 5 cm de longitud, siendo más corta y cefálica en las mujeres y especialmente en los niños. Ella se relaciona con los cuerpos vertebrales C3-C6. La posición y dimensiones de la laringe varían según la edad y el sexo.

Actúa como una válvula impidiendo el paso de los alimentos deglutidos y de los cuerpos extraños hacia el tracto respiratorio inferior, al mismo tiempo ejerce la función como órgano esencial en la fonación; se compone de piezas cartilaginosas múltiples, móviles, entre las cuales están extendidos repliegues membranosos llamados cuerdas vocales, las cuales al vibrar por la acción del aire espirado producen el sonido laríngeo.

Además la laringe se encarga de fomentar el levantamiento del peso y el aumento de presión intra-abdominal, las cuales se dan de manera indirecta para conservar la columna de aire espirado aumentando la

estabilidad de la cintura escapular y del tórax mejorando la acción de los músculos que aquí se originan.

Cartílagos de la laringe

La laringe está formada básicamente por seis cartílagos que son: Epiglotis, tiroides, aritenoides, corniculados, cuneiformes y cricoides.

- **Cartílago tiroides:** Limita a la laringe anterior y lateralmente, formado por dos láminas cuadradas que se articulan anteriormente en la línea media. Sobre el punto de articulación se encuentra la escotadura tiroidea. Desde el borde posterior de cada lámina se proyectan dos cuernos, uno superior que recibe la inserción del ligamento tirohioideo lateral y otro inferior que se dobla levemente hacia medial y articula en su cara interna con el cartílago cricoides.
- **Cartílago cricoides:** Tiene la forma de un anillo de sello, ubicado en la parte inferior al cartílago tiroides. En su cara anterior y lateral el anillo se adelgaza formando el arco, en la cara posterior se expande en una lámina gruesa y cuadrada. El cartílago cricoides forma el único anillo cartilaginoso completo de la laringe, y su preservación es esencial para mantener cerrada la vía aérea.
- **Epiglotis:** Tiene forma de hoja que se proyecta hacia arriba detrás de la lengua y el hueso hioides. Su borde superior es libre. En su cara anterior está cubierta por mucosa que viene desde la lengua. En la línea media esta mucosa se eleva para formar el pliegue glosopiglótico medio y a cada lado de la epiglotis forma los pliegues glosopiglóticos laterales, que pasan hacia la faringe. La depresión que se forma a cada lado del pliegue glosopiglótico medio se conoce como Vallécula. Desde cada lado de la epiglotis la mucosa continúa como un pliegue que pasa hacia los cartílagos aritenoides.

- **Cartílago aritenoides:** Son dos, de forma piramidal, se encuentran ubicados sobre el borde superior de la lámina del cartílago cricoides en el borde posterior de la laringe. El vértice se curva hacia atrás y medialmente para la articulación con el cartílago corniculado.
- **Cartílago Corniculado o de Santorini:** Son dos, alojados por encima del cartílago aritenoides. Dan rigidez a los repliegues Ariepliglóticos.
- **Cartílago Cuneiforme o de Wrisberg:** Son dos cartílagos muy pequeños a nivel del repliegue ariepliglótico, los cuales brindan rigidez.

Membranas y Ligamentos de la laringe

Los ligamentos de la laringe pueden ser extrínsecos o intrínsecos.

Ligamentos extrínsecos: Unen los cartílagos a estructuras adyacentes a los otros cartílagos y engloban la estructura laríngea, en el siguiente orden céfalo-caudal:

- Membrana tirohioidea (desde hueso hioides a escotadura tiroidea)
- Ligamentos tiroepiglóticos
- Membrana cricotiroidea
- Ligamento cricotraqueal (desde borde inferior del cricoides al primer anillo traqueal)

Ligamentos intrínsecos: Unen los cartílagos de la laringe entre sí, y participan en el cierre de este órgano, estos son:

- Membrana elástica
- Membrana cuadrangular
- Cono elástico
- Ligamento vocal

Músculos de la laringe

Los músculos de la laringe son los responsables de todos los movimientos de la misma. Estos se clasifican en:

Músculos extrínsecos: Se relacionan con los movimientos y fijación de la laringe. Tienen una inserción en la laringe y otra fuera de ella.

Músculos depresores:

- Esternohioideo
- Tirohioideo
- Homohioideo

Músculos elevadores:

- Geniohioideo
- Digástrico
- Milohioideo
- Estilohioideo

Musculo Constrictor medio e inferior de la faringe

Músculos intrínsecos: poseen sus dos inserciones en la laringe, dan movimiento a las cuerdas vocales.

- **Músculo Cricotiroideo:** Es el único músculo de la laringe que es inervado por el nervio laríngeo superior, se origina de la cara lateral del arco anterior del cartílago cricoides. Su función es alargar y tensar las cuerdas vocales al llevarlas a la línea paramediana.
- **Músculo Cricoaritenóideo posterior:** Abductor de las cuerdas vocales, se origina de la superficie posterior de la lámina del cricoides, las fibras pasan hacia arriba y afuera para insertarse en el proceso

muscular del cartílago aritenoides; innervado por el nervio Laríngeo recurrente.

- **Músculo Cricoaritenóideo lateral:** Aduce, tensa y alarga las cuerdas vocales se origina en el borde superior de la parte lateral del arco del cartílago cricoides, sus fibras pasan hacia atrás y arriba para insertarse en el proceso muscular del cartílago aritenoides; innervado por el nervio Laríngeo recurrente.
- **Músculo Tiroaritenóideo:** Forma el cuerpo de la cuerda vocal. Relaja y acorta las cuerdas vocales. Se origina de la cara interna de la lámina del cartílago tiroides, de la superficie externa de la membrana cricovocal y se inserta en la superficie anterolateral del cartílago aritenoides; innervado por el nervio Laríngeo recurrente.
- **Músculo interaritenóideo:** Aducen las cuerdas vocales, se origina en un aritenoides y sus fibras se dirigen hacia el vértice del otro; está innervado por el nervio Laríngeo recurrente.

SUBDIVISIONES CLÍNICAS DE LA LARINGE:

Sañudo, J.; Marañillo, E. & León, X. (2013) expresan en su texto Patología de la voz:

La presencia de los pliegues vocales ha servido para diferenciar, en la cavidad laríngea, tres regiones o pisos: la glotis, que está representada por el espacio limitado entre los pliegues vocales; la supraglotis, que comunica con la faringe e incluye en su constitución a los ventrículos y al vestíbulo laríngeo, y la infraglotis o subglotis, que se continúa con la tráquea. (P. 30)

Los autores en su texto refieren que la laringe se divide en tres segmentos, en relación a los pliegues de la mucosa.

- **Supraglotis:** Va desde la punta de la epiglotis a la unión entre el epitelio respiratorio y escamoso en el piso del ventrículo.
- **Glottis:** Espacio limitado por la comisura anterior, las cuerdas vocales verdaderas, y la comisura posterior.
- **Subglottis:** Se origina en la unión del epitelio escamoso y respiratorio en la superficie de la cuerda vocal al borde inferior del cartílago cricoides.

FISIOLOGÍA LARÍNGEA:

Las funciones esenciales de la laringe son tres:

- Protección
- Respiración
- Fonación

El eje central de la estructura laríngea son las cuerdas vocales las cuales están formadas por dos capas que son: el cuerpo y la cubierta. Estas se mueven ya sea conjunta o individualmente, depende el grado de tensión y de rigidez. En una fonación dentro de lo normal, la tensión del cuerpo es mucho mayor que la de la cubierta, lo que produce el movimiento únicamente de la cubierta.

Los tonos graves y agudos se realizan modificando la rigidez y la tensión mediante los músculos cricoaritenoides y tiroaritenoides, los cuales van a producir un alargamiento y acortamiento de las cuerdas vocales con modificación en el grosor del borde libre de las mismas.

El volumen depende de la cantidad de aire que salga del pulmón, de la resistencia muscular de la glottis y de la resonancia.

Sobre las cuerdas vocales existe un repliegue conocido como cuerda vocal falsa o banda ventricular cuya función no es emitir sonido sino

producir presión de las glándulas mucosas lo cual liberará moco que es importante para dar movimiento a las cuerdas vocales

En la laringe hay dos tipos de movimientos muy importantes:

- ❖ Cierre de las cuerdas vocales.- mediante el cual vibran al pasar el aire. Es importante y fundamental que las cuerdas estén lubricadas para evitar que se quemen.
- ❖ Ascenso/ descenso de la laringe.- la elasticidad es el eje central, esto es, con mayor elasticidad, los sonidos mejoran, son más amplios y se necesita menor esfuerzo.

Además, la laringe tiene otras funciones importantes como la tos que actúa como limpieza de las secreciones respiratorias; y el carraspeo, para limpiar localmente la glotis.

ANATOMÍA DE LAS CUERDAS VOCALES

Núñez, F. (2013) Manifiesta en su texto Patología de la voz:

Las cuerdas vocales actúan como un transductor que convierte la energía aerodinámica, generada por el aparato respiratorio, en energía acústica radiada a los labios, que percibimos como voz. La transducción de la energía, clave de este proceso, ocurre en la glotis mediante la vibración de las cuerdas vocales, modulada por las variables subglóticas y supraglóticas. (P. 56)

El autor del texto hace referencia a la acción de las cuerdas vocales como transductores de energía, la cual ocurre en la glotis por medio de las vibraciones de las cuerdas vocales. Para conocer mejor el origen, desarrollo y comportamiento de las patologías vocales, es importante que se conozca la histología de la cuerda vocal y sus dos clasificaciones para las cuales nos basaremos en los modelos propuestos por Hirano en 1977.

SEGÚN SUS CAPAS

Hirano especificó a esta estructura como única y de múltiples capas, analizadas microscópicamente sus propiedades mecánicas:

- **EPITELIO:** Es la primera capa, brinda la forma de las cuerdas vocales y su función es la de protección para los tejidos subyacentes. Además regula la hidratación de las cuerdas.
- **ESPACIO DE REINKE (Lámina superficial):** Compuesto principalmente de fibras sueltas y componentes elásticos. Debido a sus propiedades mecánicas actúa como un “cojín” flexible relleno de una masa gelatinosa blanda y suave.
- **FIBRAS ELÁSTICAS (Lámina intermedia):** Brinda integridad mecánica elástica con la consistencia de un “conjunto de bandas de goma suave”.
- **FIBRAS COLÁGENAS (Lámina profunda):** Es un conjunto de fibras que le aportan durabilidad a la capa.
- **MÚSCULO VOCAL:** Posee propiedades mecánicas activas y pasivas. Tiene la consistencia de “bandas de goma rígidas”. Como es un músculo, también tiene propiedades activas (contráctiles) que ayudan a controlar la “tensión”.

SEGÚN SUS FUNCIONES MECÁNICAS

- ❖ **COBERTURA (Mucosa):** Compuesta por el Epitelio y el Espacio de Reinke.
- ❖ **TRANSICIÓN (Ligamento Vocal):** Formada por la Lámina Intermedia y Profunda.
- ❖ **CUERPO (de la Cuerda Vocal):** El músculo vocal

REHABILITACIÓN DE LA DISFONÍA INFANTIL

Borrás, S. (2011) dice en su artículo Educación de la voz y prevención de las diferentes disfonías:

El tratamiento logopédico combina la rehabilitación de la voz mediante ejercicios de respiración, relajación, pero sobretodo de técnica vocal, más un programa de higiene vocal para controlar o reducir malos hábitos. Es necesario educar la voz tanto para rehabilitar las disfonías como para prevenirlas en población de riesgo. La intervención del logopeda es positiva tanto si la disfonía es funcional como orgánica, cada vez es más frecuente la intervención en preoperatorios para preparar al paciente de manera que una vez intervenido quirúrgicamente podamos avanzar mucho más rápido. (P. 23).

El autor en su artículo refiere que el tratamiento en terapia de lenguaje consiste en una combinación de técnicas de rehabilitación como la respiración, relajación, trabajo vocal, etc.; además de consejos de hábitos de higiene vocal, para que el tratamiento sea exitoso se debe contar con la participación de padre y del entorno que rodea al niño con disfonía.

El terapeuta de lenguaje es el especialista responsable de analizar los diferentes factores como edad, necesidades vocales del niño, grado y tipo de la lesión, predisposición del niño y de sus representantes y los factores de comportamiento para indicar la intensidad, el tipo y secuencia del tratamiento. Las técnicas de reeducación vocal tienen como primer objetivo a concientización del niño acerca de la disfonía; logrando un equilibrio entre su voz y la que se desea obtener. Y como segundo objetivo mejorar su comportamiento vocal.

La rehabilitación de las disfonías infantiles amerita una intervención globalizada, es decir, se necesita de la participación del niño y del entorno

que lo rodea. El papel de los padres es indispensable durante el tratamiento ya que es a ellos a quienes se les informa lo que se desea lograr y las pautas a seguir para obtener una mejor calidad vocal.

Entre los problemas que se pueden presentar en la rehabilitación es que el niño no siga el patrón adecuado del uso de la voz y continúe con su mal uso, como los gritos. En muchas ocasiones se da que los padres tienen malos hábitos al hablar y sus hijos copian este mismo modelo, lo que puede dificultar el progreso dentro del proceso ya que es complicado cambiar por completo el entorno donde se desarrolla el niño.

Se pueden dar diversas opciones para la rehabilitación de la disfonía infantil de parte del pediatra, mediante cirugía, intervención del terapeuta de lenguaje, mediante orientación a educadores y tratamiento con medicamentos.

Al iniciar una reeducación vocal se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Etiologías de la disfonías
- Su mecanismo de producción
- La actitud del niño frente a la rehabilitación, estados de ánimos, estado de salud.

Para abordar el tratamiento de una disfonía es necesario saber cuáles son los diferentes componentes que han producido el trastorno de la voz. Hay que valorar todos los factores que entran en juego y en qué proporción participan:

- ✓ Factores orgánicos: enfermedades asociadas, lesiones laríngeas...
- ✓ Factores emocionales: las tensiones, la ansiedad y el estrés pueden conducir a un uso inadecuado de los músculos de la fonación.

- ✓ Factores de esfuerzo o hábito fonatorio con una técnica vocal inapropiados.
- ✓ Factores ligados al entorno personal, familiar, social o profesional.

PAUTAS PARA LA HIGIENE VOCAL

La higiene de la voz se refiere a una serie de indicaciones que tienen como finalidad resguardar la salud del órgano fonador, evitando la manifestación de trastornos o lesiones laríngeas. También puede definirse como un proceso destinado a lograr el auto-cuidado de la voz.

Es importante el cuidado de las cuerdas vocales, ya que si están expuestas a un abuso constante, se irritan, afectando “la calidad de la voz”. Los padres deben ser un buen modelo vocal para sus hijos, por lo que es recomendable que toda la familia siga una adecuada higiene vocal.

- Debemos prestar atención a la postura y posición de la cabeza de los niños, ya que pueden alterar la correcta respiración.
- Cuando hablemos con nuestros hijos, hacerlo con una buena articulación (abriendo bastante la boca). No hay que olvidar hablar despacio y con pausas.
- No crear ambientes muy ruidosos que obliguen a los niños a elevar la voz para comunicarse.
- Evitar los cambios de temperatura muy bruscos.
- Evitar alimentos y bebidas muy frías, muy calientes o muy picantes.
- No utilizar la voz en forma simultánea a actividades de esfuerzo.
- Hablar en tono óptimo, ni más agudo ni más grave. El tono adecuado se obtiene con el máximo rendimiento con el mínimo esfuerzo.
- Evitar tensiones musculares en la cara, el cuello y los hombros. Debe evitarse tensar la lengua o maxilar y apretar los dientes durante el habla.

PRINCIPIOS DE LA REEDUCACIÓN VOCAL

El tratamiento a aplicarse dependerá del tipo de disfonía.

Carro, P. (2013) Manifiesta en su texto Patología de la voz:

La terapia vocal no debe considerarse como un mero complemento al cual recurrir en ocasiones, sino como un elemento integrante de una metodología terapéutica coherente. Según Casanova, la reeducación vocal es una «dinámica de intercambio y aprendizaje vocal y corporal que permite encontrar nuevas referencias y experiencias vocales», que llevan a unos mayores bienestar y eficacia vocales. (P. 442)

El autor en su texto indica que la terapia vocal debe ser considerada como un complemento importante en una disfonía, la cual nos ayudará a un mayor bienestar y aprendizaje vocal.

TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN

Discriminación Auditiva

El niño con disfonía frecuentemente no tiene conciencia del mundo sonoro que lo rodea y de las características peculiares de su voz, es necesario que el niño comprenda que al hablar emitimos un mensaje sonoro que llega al oído del interlocutor. Dentro del tratamiento es indispensable trabajar en la discriminación auditiva para que el niño sea consciente de los sonidos y ruidos que nos rodean, los cuales necesitamos para comunicarnos. El niño debe ser capaz de apreciarlos, interpretarlos, discriminarlos y emitirlos.

Es preciso practicar dentro de la reeducación vocal el trabajo corporal teniendo en cuenta la relajación, verticalidad, postura y la respiración. Entre las actividades que se realizan, está, mostrar al niño grabaciones

con diferentes voces patológicas y lograr que las clasifique en función a las características: rasposa, soplada y forzada.

El terapeuta debe leer un texto, poema, adivinanza o trabalenguas, variando la velocidad, el niño debe marcar el ritmo con algún instrumento musical. Se le pide al niño que lea un texto con voz forzada, y luego, que repita el mismo texto pero con voz normal, se realiza una grabación de ambas acciones y se lo hacemos escuchar al menor para que note las diferencias.

Relajación

Los objetivos del trabajo de relajación en el entrenamiento vocal son:

- Evitar el trabajo muscular excesivo.
- Disociación muscular.
- Lograr el tono muscular adecuado para cada actividad

Según Coll, R. (2013), interpreta en su texto: “La voz se produce de manera más saludable cuanto menos esfuerzo realizamos para emitirla”. (P. 448).

El autor en su texto nos indica que la voz se produce con el control del tono, mas no con la relajación total. El niño debe comprender las nociones de tensión/ distensión muscular manteniendo el equilibrio del tono muscular especialmente de los músculos del cuello. Al trabajar todo el cuerpo favorece la relajación mental.

Para la relajación de la zona de los hombros, cuello, laringe y cara, se puede utilizar el masaje. Debemos tener en cuenta que en las disfonías producidas por una relajación de los músculos de la laringe no se trabaja la relajación ya que empeoraría el problema.

Torres, M. (2010) publica en su artículo Intervenciones Indirectas y Directas con alumnos con alteraciones de la voz: “Una postura corporal adecuada es aquella en la que el sistema esquelético está alineado y el sistema muscular equilibrado, sin tensiones”. (P. 3).

El autor de este artículo nos expresa en qué consiste una correcta postura corporal. Los ejercicios que se realizan con mayor frecuencia son:

- ✓ Movimiento de cabeza abajo - al frente.
- ✓ Movimiento de cabeza atrás - al frente.
- ✓ Movimiento de cabeza abajo - atrás - abajo - al frente.
- ✓ Movimiento de cabeza izquierda - al frente.
- ✓ Movimiento de cabeza derecha - al frente.
- ✓ Movimiento de cabeza izquierda - derecha - izquierda - al frente.
- ✓ Rotación de hombros
- ✓ Rotación de brazos

Respiración

Esta es una de las fases más importantes para el tratamiento debido a que suele ser la causa o aspecto que más influye en las disfonías. Según Coll,R. (2013) en su texto Patologías de la voz nos manifiesta: “El aire es la materia prima de la voz; sin aire, no hay sonido. En la medida en que se domine ese aire, se dominará la voz”. (P. 450).

El autor del texto expresa que el aire es la base para la voz, si controlamos ese aire podremos controlar la voz. El trabajo corporal y el trabajo respiratorio deben ir en conjunto para que el niño note que la respiración tiene dos tiempos (expiración e inspiración), debe aprender a sincronizar la entrada del aire por la nariz y la salida por la boca.

Comenzamos a trabajar con el niño acostado, luego sentado para finalizar haciéndolo de pie tratando de lograr una respiración costo-diafragmática

que nos permite mayor inspiración y espiración de aire aumentando la capacidad pulmonar.

En esta fase del tratamiento también se suelen introducir ejercicios fonatorios durante la espiración para que el niño adapte lo mejor posible la respiración a la fonación para que adquiera una correcta coordinación fonorrespiratoria.

Según Coll, R. (2013) considera en su texto Patología de la voz: “Durante la respiración vegetativa, los tiempos de inspiración y espiración son iguales (aproximadamente dos segundos), mientras que en la fonación la inspiración es rápida y la espiración puede prolongarse unos 12 a 15 segundos”. (P. 450).

El autor del texto expresa los tiempos empleados en la respiración vegetativa y la diferencia entre la inspiración y espiración durante la fonación.

Todos los ejercicios los haremos combinados con ejercicios musculares de cuello y brazos, por ejemplo:

- ✓ Inspiración lenta – pausa- espiración lenta haciendo coincidir con un movimiento de rotación del cuello.
- ✓ Inspiración rápida – pausa – espiración lenta con torsión pendular del cuello hacia el hombro izquierdo- pausa- espiración lenta haciéndola coincidir con un movimiento pendular del cuello hacia el otro hombro.
- ✓ Inspiración lenta haciéndola coincidir con una retracción de la cabeza hacia la nuca- pausa- espiración rápida coincidiendo con descenso brusco de la cabeza hacia el pecho.
- ✓ Ejercicios de coordinación fono-respiratoria.
- ✓ Inspiración nasal diafragmática (IND)
 1. Tome aire y expúlselo de forma continuada emitiendo el sonido
/sssssssssssss/

2. Tome aire y expúlselo de forma continuada emitiendo el sonido /fffffffffffffff/
 3. Tome aire y expúlselo de forma continuada emitiendo el sonido /zzzzzzzzzzz/. El sonido debe tener el mismo volumen al principio que al final.
- ✓ Espiración y soplo.

Soplar sobre la llama de una vela a unos 15 o 20 centímetros de distancia. La llama se inclina, varía de tamaño, pero no se debe de apagar ni parpadear. Sostener esa espiración unos 20 segundos de manera controlada y uniforme. El control del soplo se realiza con el diafragma.

Preparación vocal

La voz es el medio por el cual nos comunicamos verbalmente, para que se manifieste de la manera correcta se debe realizar la preparación vocal y a continuación un trabajo vocal en sí.

La preparación vocal consiste en la correcta posición e interacción de los órganos articulatorios para producir la palabra; estos órganos son móviles, lo cual puede cambiar el sonido de la voz debido a que varían la forma de la cavidad bucal y de la faringe por medio de la inserción de algunos músculos.

En esta fase se le enseña al paciente una técnica vocal correcta para que le permita emitir una voz sin esfuerzo, con un adecuado rendimiento, y restablecer los parámetros acústicos de frecuencia, timbre e intensidad perdidos por la disfonía.

La técnica vocal tiene como objetivos:

- Lograr el cierre de las cuerdas vocales con una tensión adecuada.

- Controlar el aire de manera adecuada, la fuerza y la continuidad de la presión espiratoria van a determinar la intensidad del sonido y el tipo de ataque vocal.
- Enriquecer su voz con armónicos.

En la expresión verbal, no solo participa la voz acústicamente, sino también el lenguaje corporal, la palabra, el ritmo, la melodía, etc.

Ejercicios para trabajar praxias bucofonatorias

Con estos ejercicios conseguiremos que los órganos de la articulación sean más ágiles y flexibles lo que mejorará la calidad de nuestra voz y dicción.

Antes de comenzar debemos adoptar una postura cómoda (mirada al frente, verticalidad del cuerpo y rostro) y un pequeño espejo delante, así, evitaremos movimientos innecesarios y podremos perfeccionar la realización del ejercicio hasta que salga sin ayuda.

Estiramientos

En ocasiones, con sólo unos minutos de estiramiento diarios podemos ayudar a que la musculatura vuelva a tonificarse, en lugar de quedarse tensa y realizando unas funciones que no son las que le compete. Con un cuerpo estirado y relajado, podremos emitir una voz de mejor calidad, así, debemos prestar atención especial a: los hombros, el cuello, la laringe, las cuerdas vocales y los órganos de articulación para preparar la emisión vocal.

Trabajo vocal

En el trabajo vocal se enseña al niño a producir la voz de manera correcta logrando la coordinación de la respiración y el movimiento de los órganos fonoarticulatorios con el fin de evitar la contracción de músculos

innecesarios, además, corregir las pautas incorrectas que provocaron la disfonía.

El objetivo es que el niño logre coordinar los parámetros anteriores (postura, respiración y resonancia), y además lograr la flexibilidad, tonicidad y agilidad de la laringe y cuerdas vocales.

Lo imprescindible durante la rehabilitación es que el niño tome conciencia de su higiene vocal y el control de malos hábitos, si no los logramos corregir el tratamiento no nos dará los resultados esperados.

La frecuencia de la rehabilitación va a depender de las necesidades de cada paciente, su tipo y gravedad de la afección, y de la disponibilidad de tiempo por parte del paciente.

Ejercicios de Impostación

1. Tomar aire y expulsarlo de forma continuada emitiendo el sonido /mmm...mmm/ A un volumen moderado, duraremos 3 sg.
2. Tomar aire y expulsarlo de forma continuada emitiendo el sonido /mmm...mmm/. Esta vez variando el tono de forma ascendente.
3. Tomar aire y expulsarlo de forma continuada emitiendo el sonido /mmm...mmm/ Esta vez, variando el tono de forma descendente. Durante la realización de esta serie de ejercicios tocaremos la cara con las manos para comprobar la resonancia y colocación de la voz.

FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El marco legal básico aplicable es la Constitución de La República del Ecuador y el código de la salud.

CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DE ECUADOR.

SERVICIOS DE PROMOCIÓN

Sección sexta

Personas con discapacidad

Art. 47.- El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.

2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

Art. 48.- El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:

1. La inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica.

5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia.

Sección segunda Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de

bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

TITULO VII

REGIMEN DEL BUEN VIVIR

Capítulo primero Inclusión y equidad

Art. 340.- El sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo.

El sistema se articulará al Plan Nacional de Desarrollo y al sistema nacional descentralizado de planificación participativa; se guiará por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación; y funcionará bajo los criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación.

El sistema se compone de los ámbitos de la educación, salud, seguridad social, gestión de riesgos, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura, comunicación e información, disfrute del tiempo libre, ciencia y tecnología, población, seguridad humana y transporte.

Art. 341.- El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

La protección integral funcionará a través de sistemas especializados, de acuerdo con la ley. Los sistemas especializados se guiarán por sus principios específicos y los del sistema nacional de inclusión y equidad social.

El sistema nacional descentralizado de protección integral de la niñez y la adolescencia será el encargado de asegurar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Serán parte del sistema las instituciones públicas, privadas y comunitarias.

CÓDIGO ORGÁNICO DE SALUD

Capítulo II

Principios, Derechos y Deberes en Salud

Sección II

De los Derechos en Salud

Art. 4.- La salud es un derecho que garantiza el Estado. El ejercicio pleno del derecho a la salud consiste en el acceso en igualdad de oportunidades a una atención integral, mediante servicios de salud que respondan de manera oportuna y con calidad a las necesidades y demandas de la población en los diferentes niveles del sistema de salud, así como de acciones en otros ámbitos del área social que protejan la

salud colectiva. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales.

Art.5.- Toda persona que acuda a recibir atención en un establecimiento de salud público o privado, de cualquier nivel, tiene derecho a:

- a) Que se respete su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; su cultura, sus prácticas y usos culturales;
- b) A ser atendido con dignidad y tratado con respeto, esmero y cortesía;
- c) A conocer todo lo relativo a su enfermedad en cuanto a su diagnóstico, tratamiento, gravedad, evolución y pronóstico;
- d) A acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por las autoridades competentes y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización.
- e) A que sus exámenes diagnósticos y terapéuticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados cuenten con el debido control de calidad; del mismo modo tienen derecho al acceso a los resultados.
- f) A que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.
- g) A ser oportunamente informado sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en 19 usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos.

FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

En la actualidad se ha mostrado mayor interés por el estudio de las alteraciones de la voz en niños debido a su notable aumento, ya que el número de niños que presentan problemas de voz por el uso inadecuado y abusivo de la misma cada vez es mayor.

Estas alteraciones de las cualidades acústicas de la voz son detectadas por los especialistas implicados en su tratamiento como los otorrinolaringólogos, foniatras, terapeutas de lenguaje, psicólogos, etc.

Los factores que influyen en la etiología y futuro tratamiento de la disfonía funcional son varios, e incluyen múltiples aspectos como el estilo de vida del niño o niña o de su personalidad, siendo estos factores sumamente relevantes a la hora de acometer el estudio y el tratamiento de dichas disfonías.

Las disfonías infantiles se presentan frecuentemente en la etapa escolar, con mayor porcentaje en niños que en niñas. Existe cierta relación entre la personalidad del infante con las modificaciones en las cualidades de la voz.

La disfonía se puede dar como resultado de factores desencadenantes y otros favorables de origen orgánico o psicológico que actúan en el aparato fonador para desequilibrarlo. Entre los factores que se pueden presentar están:

- Patologías otorrinolaringológicas.
- Características psicológicas.
- Inadecuadas técnicas vocales.

En el origen de las alteraciones de la voz pueden intervenir una o varias causas, dependiendo el caso, lo cual determinara en la personalidad del infante un mayor o menor impacto dentro de los aspectos patológicos.

La personalidad del niño puede mostrarse como un factor predisponente o como agravante de la disfonía, un desequilibrio emocional que esté vinculado con algún factor que induzca al mal uso de la voz podría desencadenar una disfonía; si persiste este desequilibrio emocional el sobreesfuerzo vocal se desarrollará con mayor frecuencia lo cual podría ocasionar lesiones de origen orgánico.

Entre las características psicológicas que actúan como favorecedoras de una disfonía funcional tenemos:

- Emotividad
- Impulsividad
- Nerviosismo
- Perfeccionismo
- Situaciones difíciles

Como desencadenantes podrían presentarse situaciones como problemas familiares que provocan rigidez en órganos del aparato fonador.

Dentro de los factores favorecedores en la disfonía se dan los trastornos psíquicos como:

- Ansiedad
- Sensibilidad excesiva
- Depresión

Y, como factores desencadenantes: la pérdida de un familiar, miedo, conflictos, represión, etc.

De acuerdo con el temperamento del menor se los puede clasificar clínicamente en la disfonía funcional como hipercinéticos donde habrá mayor tensión de las cuerdas vocales en la fonación y poco a poco acaben debilitándose; y, como hipocinéticos cuando hay poca tensión

muscular de las cuerdas vocales lo cual impide una oclusión completa de la glotis.

En cada una de estas calcificaciones se presentan diferentes características del comportamiento. Los niños con disfonía hipercinética tienen carácter fuerte, con personalidad extrovertida, ansiosos, muy energéticos en sus actividades escolares y fuera de ellas; son llamados también hiperactivos. En el ámbito escolar y social son considerados tercos, despiertos y con buen rendimiento escolar.

Por el contrario los que presentan disfonía hipocinética son de carácter débil, muy inseguros, tímidos, realizan las actividades regidos a normas, manifiestan inhibición verbal, su volumen de voz es bajo con timbre opaco y apagado.

Para concluir, se puede decir que la mayoría de los casos nos demuestran que las características de la personalidad se dan antes de presentar la alteración de la voz y no como una consecuencia de ésta.

VARIABLES

Independiente

X= Disfonías en pacientes del Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”.

Dependiente

Y: Técnicas de Rehabilitación

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para este trabajo de investigación se han aplicado dos diseños.

DESCRIPTIVA

El diseño de esta investigación es de tipo descriptiva ya que se analizará la aplicación de técnicas de rehabilitación para la disfonía en niños determinando sus avances.

Según Gómez, G. & Reidl, L. (2016) en su texto Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales indica:

La investigación descriptiva se trata de describir las características más importantes de un determinado objeto de estudio con respecto a su aparición y comportamiento, o simplemente el investigador buscará describir las maneras o formas en que éste se parece o diferencia de él mismo en otra situación o contexto dado. (P. 17)

Los autores en su texto manifiestan que la investigación descriptiva abarca las características más relevantes del objeto de estudio.

DE CORTE TRANSVERSAL Y LONGITUDINAL

La investigación longitudinal analiza un fenómeno a través de un período largo de tiempo; reconstruye la historia de su objeto de estudio atendiendo a la génesis y evolución de la situación actual.

La investigación transversal, como su nombre lo indica hace un corte en un tiempo único para describir o analizar el fenómeno; hace un recorte en

el tiempo y analiza la totalidad de los factores intervinientes en la situación en un momento dado.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es bibliográfico – documental porque se enfoca en el estudio a fondo para demostrar la evolución del tratamiento de reeducación vocal mediante las diversas técnicas de rehabilitación, mediante la cual se ha ido mejorando la calidad acústica de la voz, en su tono, timbre e intensidad. Este estudio tiene como base teórica a varios autores y el aporte de revistas, libros y páginas electrónicas.

Según Arias, F. (2006) en su texto El proyecto de la investigación deduce:

La investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos. (P. 27)

El autor en el texto manifiesta que la investigación documental se basa en recolectar e interpretar información de otros investigadores en fuentes documentales

TIPO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Es de tipo cualitativa porque la aplicación de técnicas de rehabilitación va a influir para mejorar la voz de los menores objetos de estudio y así les permitirá desenvolverse en la sociedad en su vida diaria, se analizará la motivación de parte de ellos para realizar en casas los ejercicios practicados en cada sesión y así certificar la influencia del apoyo de los padres durante la rehabilitación para un mayor avance.

Según Hernández, R.; Fernández, C., & Baptista, M. (2010) en su texto Metodología de la investigación indica: “Enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación”. (P. 7)

Los autores en su texto expresan que en la investigación cualitativa se realiza la recolección de datos sin medición numérica en la interpretación.

TIPO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Es de tipo cuantitativo porque se realizarán cuadros estadísticos en relación a un determinado número de pacientes como objetos de este estudio, se analizará el tiempo de rehabilitación, las disfonías por grupos de edad, dificultades encontradas, los menores que no llegaron a mejorar por completo la calidad de su voz y el análisis de interpretación de datos.

La investigación cuantitativa según Hernández, R.; Fernández, C., & Baptista, M. (2010) en su texto Metodología de la investigación expone: “Enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”. (P.4)

Los autores en su texto resaltan que la investigación es cuantitativa cuando se usa la recolección de datos con medición numérica.

MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo se realizará bajo la investigación de campo porque se deriva de una variable externa poco comprobada, que se la quiere utilizar como mejor opción al momento de tener un paciente que presenta disfonía y la utilización de técnicas de rehabilitación para la reeducación vocal, en condiciones de trabajo adecuadas al realizar el trabajo de campo se tiene como objetivo describir el trabajo experimental aplicar las técnicas de rehabilitación para mejorar la calidad estética de la voz de acuerdo a las

necesidades que influyan en el paciente y revisar periódicamente su mejoría y productividad.

Arias, F. (2006) en su texto El proyecto de la investigación expresa:

La investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes. (P. 31)

El autor del texto nos indica que en la investigación de campo se realiza recogiendo datos reales, los cuales no alteran sus condiciones.

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Según Cabanillas, G. (2013) manifiesta en su libro Cómo hacer la tesis en educación y ciencias afines: Universo o población es la totalidad de individuos o elementos inmersos o incluidos en el problema, es decir, que tienen las características o propiedades que se desea estudiar. (P. 81)

El autor en su texto indica que la población abarca a todos los individuos que cuentan con las características de estudio.

El total de pacientes incluidos en la población es de un número de “sesenta y cinco” los mismos que asisten a consulta externa del Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde” en el área de Terapia de lenguaje.

Sexo: Masculino y femenino

Total: 65

CUADRO # 1.

POBLACIÓN

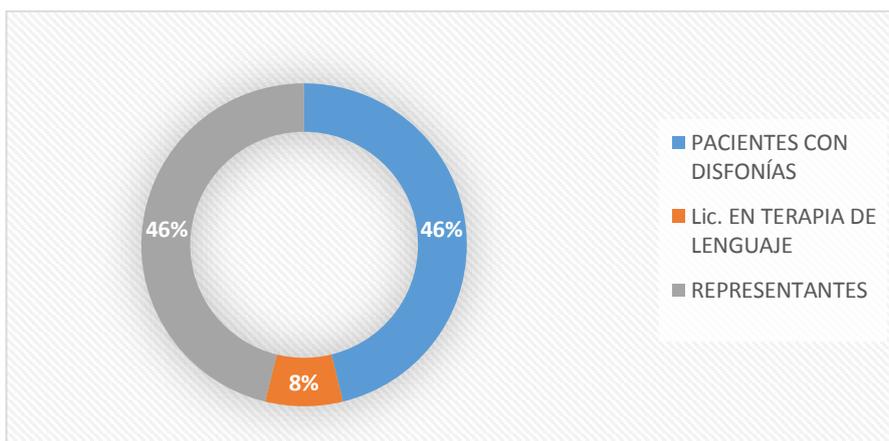
| ÍTEM | DETALLE | NÚMERO | PORCENTAJE |
|--------------|-----------------------------|--------|------------|
| 1 | Pacientes con disfonías | 30 | 46% |
| 3 | Lic. en terapia de lenguaje | 5 | 8% |
| 4 | Representantes | 30 | 46% |
| Total | | 65 | 100% |

FUENTE: HOSPITAL PEDIÁTRICO “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

ELABORADO POR: KAREN SOTOMAYOR LEÓN

GRÁFICO # 1.

POBLACIÓN



FUENTE: HOSPITAL PEDIÁTRICO “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

ELABORADO POR: KAREN SOTOMAYOR LEÓN

La población objeto de estudio es de 65, de los cuales 30 son pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde” en el área de terapia de lenguaje jornada vespertina con la Lcda. Karen Neira por presentar molestias en su voz; 30 son los representantes de dichos pacientes que corresponden al 46% que se les realizó la encuesta y 5 los terapeutas de lenguaje que laboran en el Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde” con el 8% a quienes se les realizó la entrevista.

MUESTRA

Según Cabanillas, G. (2013) dice en su texto *Cómo hacer la tesis en educación y ciencias* fines: “muestra es el grupo de individuos o elementos que realmente se estudiarán, y se debe indicar si la muestra es probabilística (simple, estratificada, etc.) o no probabilística (intencional, por conveniencia, etc.)”. (P. 82).

El autor en su texto expresa que la muestra es el grupo de individuos sobre los cuales se realizará el trabajo de investigación.

Se seleccionó un número de “veinte” niños y niñas, los cuales presentan disfonía infantil por alteraciones en sus cuerdas vocales, lo cual les ha desencadenado una voz áspera, ronca o soplada constantemente, por lo que son parte de la muestra para la aplicación de técnicas de rehabilitación para la disfonía infantil.

CUADRO # 2.

MUESTRA

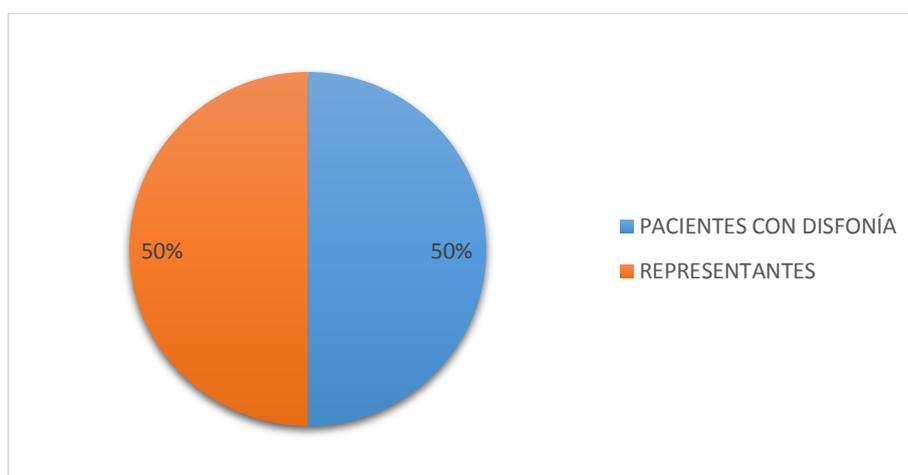
| ITEM | DETALLE | NUMERO | PORCENTAJE |
|-------|------------------------|--------|------------|
| 1 | PACIENTES CON DISFONÍA | 20 | 50% |
| 2 | REPRESENTANTES | 20 | 50% |
| TOTAL | | 40 | 100% |

FUENTE: HOSPITAL PEDIÁTRICO “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

ELABORADO POR: KAREN SOTOMAYOR LEÓN

GRÁFICO # 2.

MUESTRA



FUENTE: HOSPITAL PEDIÁTRICO “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

ELABORADO POR: KAREN SOTOMAYOR LEÓN

El gráfico nos indica una muestra con un total de 40, de los cuales 20 que corresponden al 50% son pacientes con disfonías a quienes se les realizó una evaluación inicial y el adecuado tratamiento, con el propósito de mejorar su calidad en las propiedades de la voz, a través de las técnicas respectivas. El 50% corresponde a los 20 representantes de los pacientes.

CUADRO # 3.

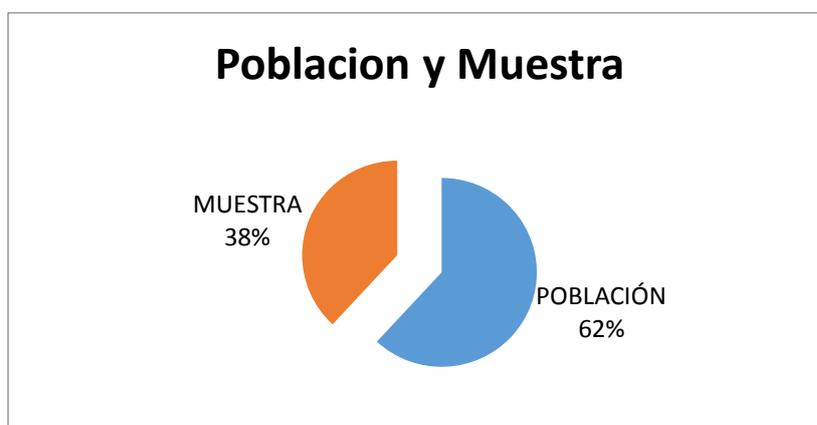
POBLACIÓN Y MUESTRA

| ITEM | DETALLE | NÚMERO | PORCENTAJE |
|------|--------------|------------|-------------|
| 1 | POBLACIÓN | 65 | 62% |
| 2 | MUESTRA | 40 | 38% |
| 3 | TOTAL | 105 | 100% |

FUENTE: HOSPITAL PEDIÁTRICO “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

ELABORADO POR: KAREN SOTOMAYOR LEÓN

GRÁFICO # 3. POBLACIÓN Y MUESTRA



FUENTE: HOSPITAL PEDIÁTRICO “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

ELABORADO POR: KAREN SOTOMAYOR LEÓN

Mediante el gráfico podemos observar que de la población total de 105 que representan el 62% entre los cuales están inversos pacientes que asisten a la institución por presentar problemas de voz, representantes y terapistas de lenguaje; nuestra muestra para el trabajo de investigación es de 40 que corresponden al 38% en los que se encuentran los pacientes con disfonías y sus representantes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Tomamos una muestra de 40 de los cuales 20 son representantes de los menores y 20 son pacientes entre niños y niñas en los cuales encontramos signos y síntomas de disfonía, estos están dentro del estudio de investigación, dado a que el campo de investigación es muy complejo y extenso y que se encontró algunas anomalías en ellos, consideramos mencionar criterios de inclusión y exclusión como se manifiesta en el siguiente cuadro.

CUADRO # 4.

Criterios de inclusión y exclusión

| INCLUSIÓN | EXCLUSIÓN |
|--|--|
| Pacientes con voz áspera, ronca o soplada. | Pacientes que atraviesan por proceso gripal |
| Pacientes con voz disfónica constante. | Pacientes con patologías asociadas. |
| Pacientes que presentan alteraciones en sus cuerdas vocales. | Pacientes que no han sido evaluados por foniatría. |

FUENTE: HOSPITAL PEDIÁTRICO "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

ELABORADO POR: KAREN SOTOMAYOR LEÓN

Criterios de inclusión:

- ❖ Pacientes con voz áspera, ronca o soplada.
- ❖ Pacientes con voz disfónica constante.
- ❖ Pacientes que presentan alteraciones en sus cuerdas vocales.

Criterios de exclusión:

- ❖ Pacientes que atraviesan por proceso gripal.
- ❖ Pacientes con patologías asociadas.
- ❖ Pacientes que no han sido evaluados por foniatría.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Los conceptos operacionales sirven como guía de instrucciones que inicia con la definición de las variables en función de los factores estrictamente medibles a los que se les llama indicadores, según Busot, A (2005) expone: “Consiste en una descripción de las actividades que efectúa el investigador para medir o manipular la variable” (P. 87), se lo realiza para dirigir la investigación que se realizará, en base a la dirección de dimensiones e indicadores.

CUADRO # 5.

Operacionalización de las variables

| VARIABLES | CONCEPTO | DIMENSIONES | INDICADORES |
|---|---|---|--|
| <p>Variable independiente X= Disfonías en pacientes del Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde</p> | <p>Es la pérdida del timbre normal de la voz por trastorno funcional u orgánico de la laringe</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Anatomía laríngea • Clasificación de disfonías funcionales | <ul style="list-style-type: none"> • Cartílagos de la laringe • Membranas y ligamentos • Músculos de la laringe <ul style="list-style-type: none"> • Disfonías funcionales • Disfonías orgánicas • Disfonías por lesiones orgánicas |
| <p>Variable dependiente Y= Técnicas de Rehabilitación</p> | <p>Proceso que se lleva a cabo cuando hay una lesión y deseamos aliviar o solventarla</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Pautas de la higiene vocal • Principios de reeducación vocal | <ul style="list-style-type: none"> • Discriminación auditiva <ul style="list-style-type: none"> • Relajación • Respiración • Preparación vocal <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo vocal |

FUENTE: HOSPITAL PEDIÁTRICO “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

ELABORADO POR: KAREN SOTOMAYOR LEÓN

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los instrumentos para la recolección de datos se dan con el propósito de dar respuestas seguras a los objetivos planteados en el estudio de la investigación, ya que fueron diseñados para aclarar y responder todas las interrogantes sobre: “Técnicas de rehabilitación en pacientes con disfonías, estudio realizado en consulta externa de Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”, como mejor opción para reeducación vocal, ayudándonos de los siguientes instrumentos:

- ✓ Observación
- ✓ Historias clínicas
- ✓ Fichas de evaluación de la voz
- ✓ Entrevista a Terapistas de lenguaje.
- ✓ Encuestas a padres de familia de los niños y niñas con disfonías que acuden al Hospital.

Se tomarán todos los datos respectivos en las cuales describe toda la información abarcada en el trabajo de campo lo cual nos ayudara a demostrar los objetivos planteados mediante un análisis cuantitativo y cualitativo.

Gracias a la utilización adecuada de la información, la técnica y los instrumentos de evaluación permitirán darle fundamento a la investigación con la suficiente validez y aporte a la sociedad presentando un buen trabajo de investigación para tener una buena factibilidad.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA MUESTRA POR SEXO

CUADRO # 6.

Muestra por sexo

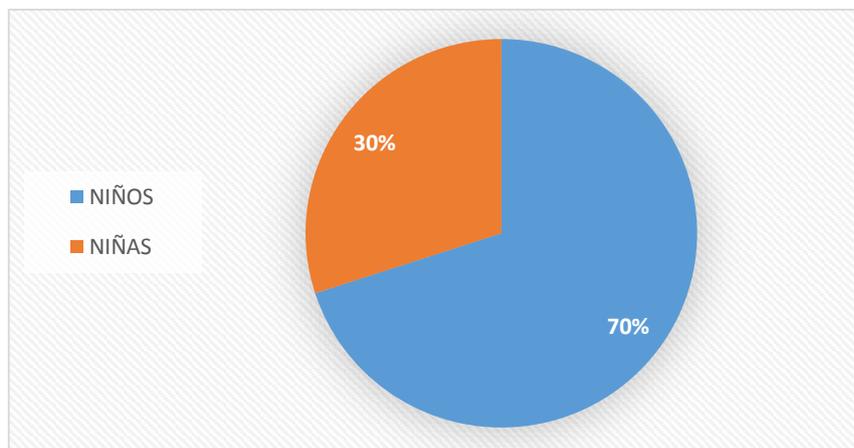
| ITEM | DETALLE | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------|--------------|-----------|-------------|
| 1 | NIÑOS | 14 | 70% |
| 2 | NIÑAS | 6 | 30% |
| 3 | TOTAL | 20 | 100% |

Fuente: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

Autor: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 4.

Muestra por sexo



Fuente: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

Autor: Karen Sotomayor León

ANÁLISIS DE DATOS: Mediante el gráfico podemos observar que 14 de los pacientes con disfonías son niños, lo que corresponde al 70%; y 6 son niñas que corresponde al 30%.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS COMPARATIVOS DE CADA TÉCNICA APLICADA

CUADRO # 7.

Resultados de la Técnica de rehabilitación: Discriminación Auditiva

DISCRIMINACIÓN AUDITIVA

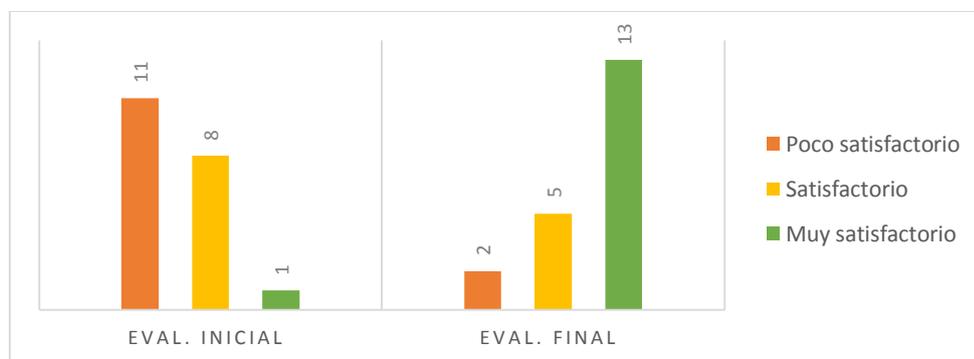
| ITEM | DETALLE | EVALUACIÓN INICIAL | EVALUACIÓN FINAL |
|------|--------------------|--------------------|------------------|
| 1 | Poco satisfactorio | 11 | 2 |
| 2 | Satisfactorio | 8 | 5 |
| 3 | Muy satisfactorio | 1 | 13 |
| 4 | TOTAL | 20 | 20 |

Fuente: Hospital Pediátrico "Roberto Gilbert Elizalde"

Autor: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 5.

Resultados de la Técnica de rehabilitación: Discriminación Auditiva



Fuente: Hospital Pediátrico "Roberto Gilbert Elizalde"

Autor: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: mediante el gráfico podemos observar que de un total de 20 pacientes, en la evaluación inicial tenemos 11 usuarios en la escala de poco satisfactorio, 8 satisfactorios y 1 muy satisfactorio. Después de aplicar la técnica de discriminación auditiva conseguimos mejorar estos valores y pasar a 2 pacientes que corresponden a la escala de poco satisfactorio, 5 pacientes con satisfactorio y 13 pacientes en la escala muy satisfactorio.

CUADRO # 8.

Resultados de la Técnica de rehabilitación: Relajación

RELAJACIÓN

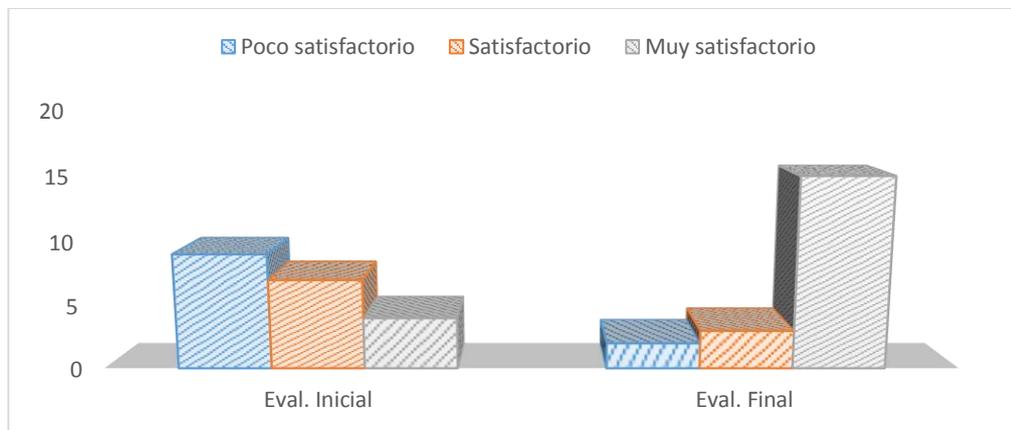
| ITEM | DETALLE | EVALUACIÓN INICIAL | EVLUACIÓN FINAL |
|------|--------------------|--------------------|-----------------|
| 1 | Poco satisfactorio | 9 | 2 |
| 2 | Satisfactorio | 7 | 3 |
| 3 | Muy satisfactorio | 4 | 15 |
| 4 | TOTAL | 20 | 20 |

Fuente: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

Autor: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 6.

Resultados de la Técnica de rehabilitación: Relajación



Fuente: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

Autor: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: De acuerdo al gráfico podemos percibir que del total de 20 pacientes, mediante la evaluación inicial tenemos 9 poco satisfactorio, 7 satisfactorio y 4 muy satisfactorio; cuyos valores luego de aplicar la técnica de relajación obtuvimos avances los cuales fueron 2 poco satisfactorio, 3 satisfactorio y 15 muy satisfactorio en la evaluación final.

CUADRO # 9.

Resultados de la Técnica de rehabilitación: Respiración

RESPIRACIÓN

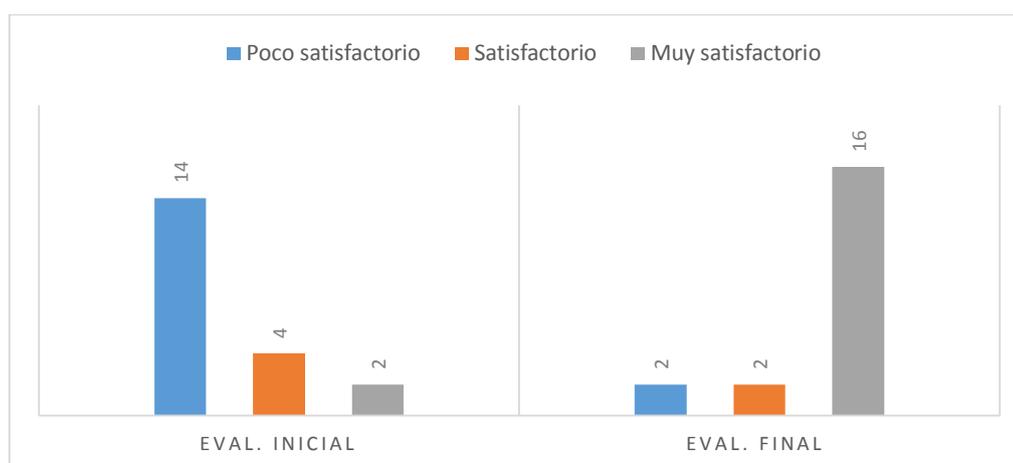
| ITEM | DETALLE | EVALUACIÓN INICIAL | EVLUACIÓN FINAL |
|------|--------------------|--------------------|-----------------|
| 1 | Poco satisfactorio | 14 | 2 |
| 2 | Satisfactorio | 4 | 2 |
| 3 | Muy satisfactorio | 2 | 16 |
| 4 | TOTAL | 20 | 20 |

Fuente: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

Autor: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 7.

Resultados de la Técnica de rehabilitación: Respiración



Fuente: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

Autor: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: En el gráfico logramos percibir la diferencia entre los parámetros de la respiración en una evaluación inicial en la que 14 usuarios están en la escala poco satisfactorio, 4 satisfactorio y 2 muy satisfactorio; teniendo como resultado en la evaluación final, después de haber aplicado la técnica de respiración; 2 poco satisfactorio, 2 satisfactorio y 16 muy satisfactorio; lo cual nos demuestra un avance notorio.

CUADRO # 10.

Resultados de la Técnica de rehabilitación: Preparación Vocal

PREPARACIÓN VOCAL

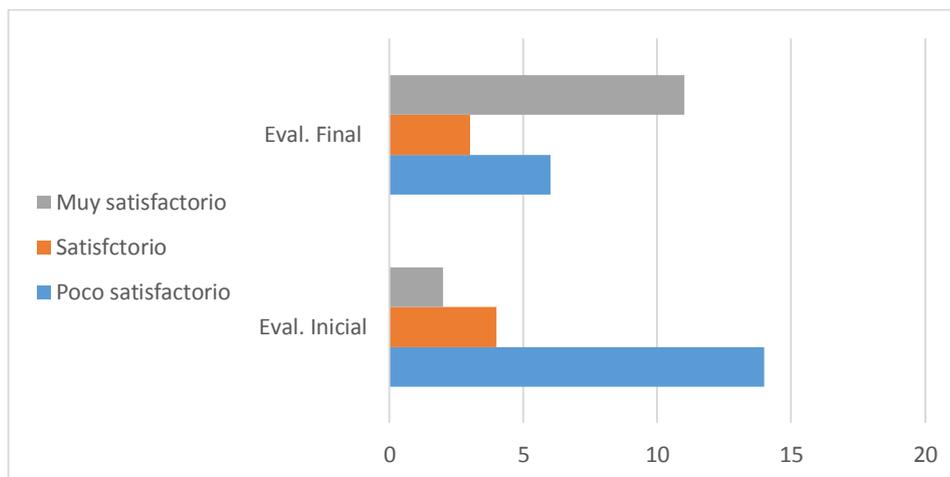
| ITEM | DETALLE | EVALUACIÓN INICIAL | EVLUACIÓN FINAL |
|------|--------------------|--------------------|-----------------|
| 1 | Poco satisfactorio | 14 | 6 |
| 2 | Satisfactorio | 4 | 3 |
| 3 | Muy satisfactorio | 2 | 11 |
| 4 | TOTAL | 20 | 20 |

Fuente: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

Autor: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 8.

Resultados de la Técnica de rehabilitación: Preparación vocal



Fuente: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

Autor: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: Con el gráfico podemos observar que del total de nuestra muestra en la evaluación inicial tenemos 14 usuarios en la escala poco satisfactorio, 4 satisfactorio y 2 muy satisfactorio; estos valores después de aplicar la técnica de preparación vocal se logró un avance donde 6 usuarios están en la escala poco satisfactorio, 3 satisfactorio y 11 muy satisfactorio en la evaluación final.

CUADRO # 11.

Resultados de la Técnica de rehabilitación: Trabajo vocal

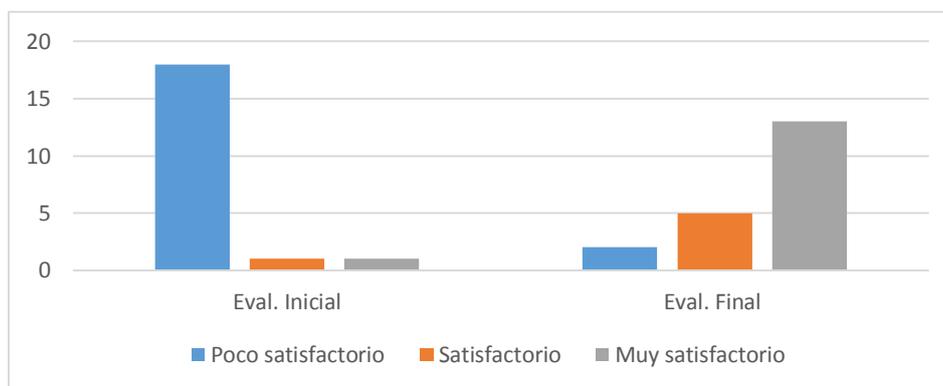
| TRABAJO VOCAL | | | |
|---------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| ITEM | DETALLE | EVALUACIÓN INICIAL | EVLUACIÓN FINAL |
| 1 | Poco satisfactorio | 18 | 2 |
| 2 | Satisfactorio | 1 | 5 |
| 3 | Muy satisfactorio | 1 | 13 |
| 4 | TOTAL | 20 | 20 |

Fuente: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

Autor: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 9.

Resultados de la Técnica de rehabilitación: Trabajo vocal



Fuente: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

Autor: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: El gráfico nos demuestra la comparación entre los resultados de una evaluación inicial a los pacientes en la que 18 usuarios están en la escala poco satisfactorio, 1 satisfactorio y 1 muy satisfactorio; luego de aplicar la técnica de trabajo vocal en la evaluación final se obtuvo 2 usuarios en la escala poco satisfactorio, 5 satisfactorio y 13 muy satisfactorio, con estos resultados se demuestra un avance positivo en la rehabilitación.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA A REPRESENTANTES DE NIÑOS/AS QUE PRESENTAN DISFONÍAS

1. ¿Con qué frecuencia ha escuchado usted hablar acerca de la disfonía?

CUADRO # 12.

Pregunta 1 a representantes

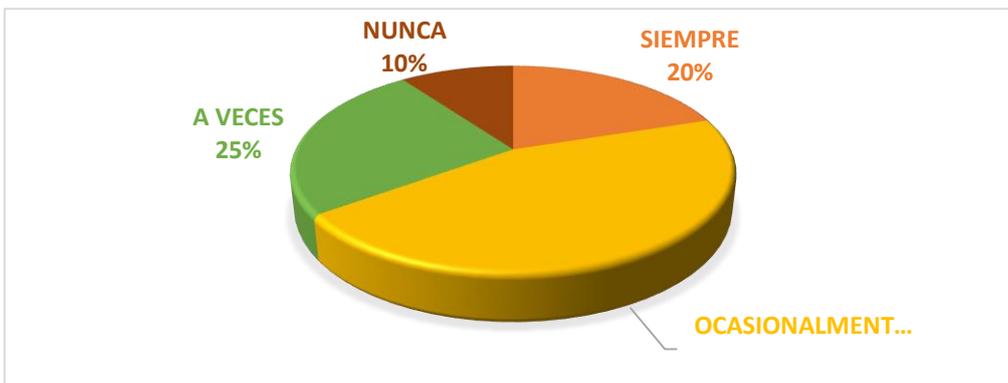
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|------------|
| 1 | SIEMPRE | 9 | 45% |
| | OCASIONALMENTE | 4 | 20% |
| | A VECES | 5 | 25% |
| | NUNCA | 2 | 10% |
| | TOTAL | 20 | 100% |

Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 10.

Pregunta 1 a representantes



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: Podemos evidenciar mediante este gráfico que el 45% de los encuestados han escuchado hablar sobre las disfonías, el 20% ocasionalmente, el 25% a veces y sólo el 10% nunca ha escuchado sobre las disfonías.

2. Cuando su hijo/a presenta síntomas de ronquera u otras afecciones de la voz, ¿Con que frecuencia es llevado a consulta?

CUADRO # 13.

Pregunta 2 a representantes

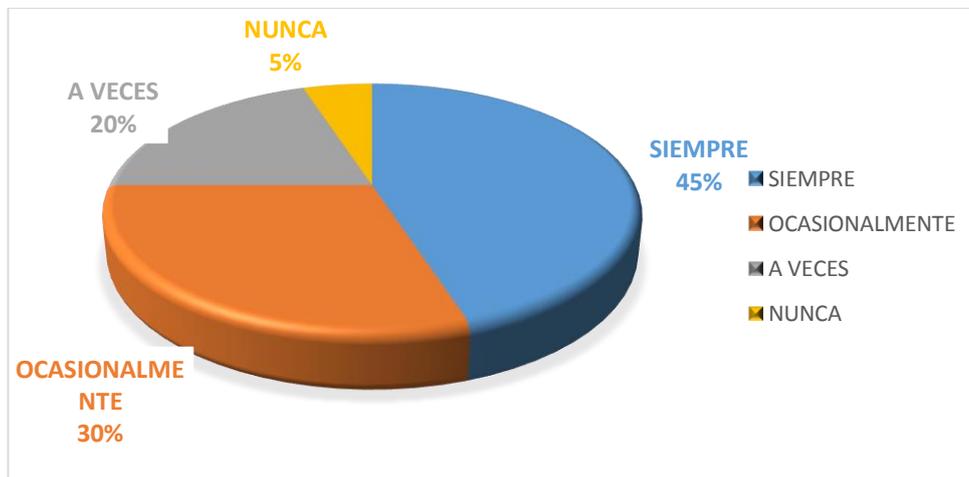
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|-------------|
| 2 | SIEMPRE | 9 | 45% |
| | OCASIONALMENTE | 6 | 30% |
| | A VECES | 4 | 20% |
| | NUNCA | 1 | 5% |
| | TOTAL | 20 | 100% |

Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 11.

Pregunta 2 a representantes



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: En el presente gráfico podemos observar la frecuencia con la que se acude al pediatra por presentar disfonía; el 45% acude siempre, 30% ocasionalmente, 20% a veces y 5% nunca.

3. ¿Cree Ud. que una disfonía no tratada adecuadamente se puede perder definitivamente de la voz?

CUADRO # 14.

Pregunta 3 a representantes

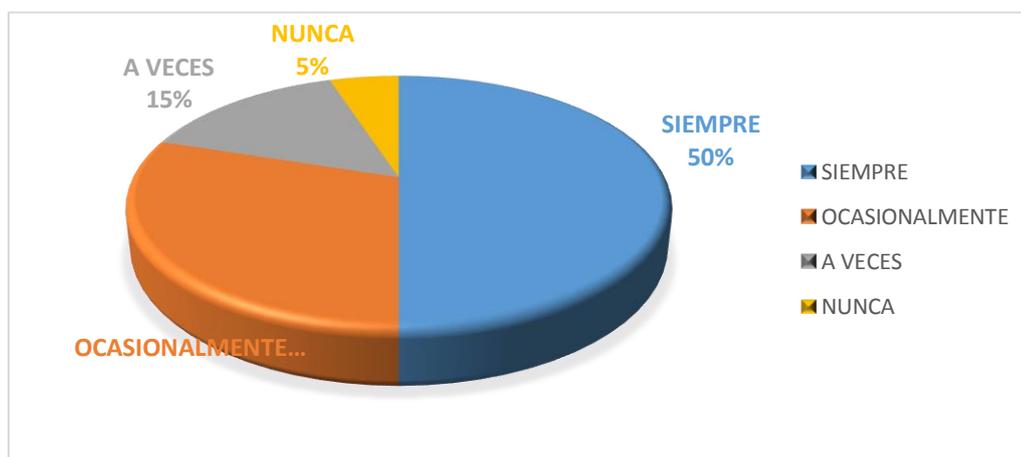
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|------------|
| 3 | SIEMPRE | 10 | 50% |
| | OCASIONALMENTE | 6 | 30% |
| | A VECES | 3 | 15% |
| | NUNCA | 1 | 5% |
| | TOTAL | 20 | 100% |

Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 12.

Pregunta 3 a representantes



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: En este gráfico podemos evidenciar que el 50% de los encuestados creen que una disfonía no tratada a tiempo puede provocar la pérdida definitiva de la voz, el 30% cree que ocasionalmente, el 15 % a veces y el 5% considera que nunca se podría provocar debido a la disfonía.

4. ¿Cree usted necesaria la terapia de lenguaje para la rehabilitación de la voz en su niño/a?

CUADRO # 15.

Pregunta 4 a representantes

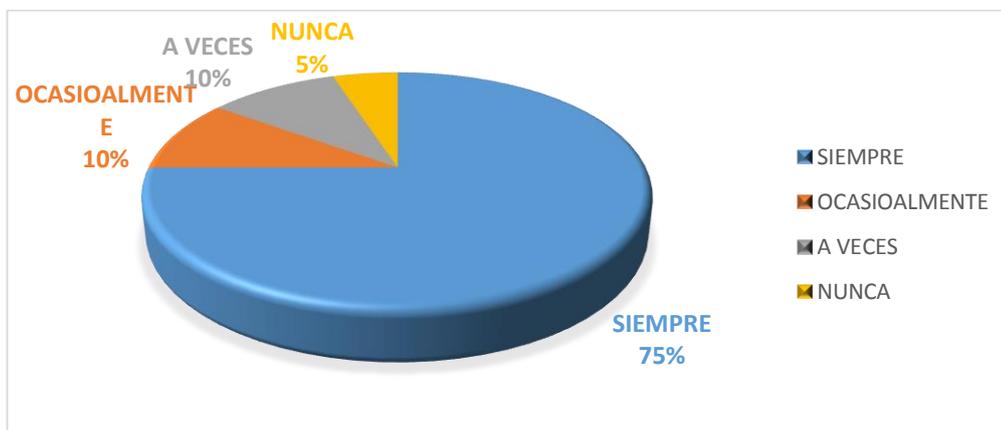
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|------------|
| 4 | SIEMPRE | 15 | 75% |
| | OCASIONALMENTE | 2 | 10% |
| | A VECES | 2 | 10% |
| | NUNCA | 1 | 5% |
| | TOTAL | 20 | 100% |

Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 13.

Pregunta 4 a representantes



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: Mediante este gráfico podemos observar que el 75% de los encuestados creen que siempre es necesaria la terapia de lenguaje, 10% ocasionalmente, el 10% a veces y el 5% que no lo es nunca.

5. ¿Ayuda usted a su hijo/a a practicar hábitos de higiene vocal (evita gritar, hidratación frecuente, no forzar la voz, reposo vocal, etc.)?

CUADRO # 16.

Pregunta 5 a representantes

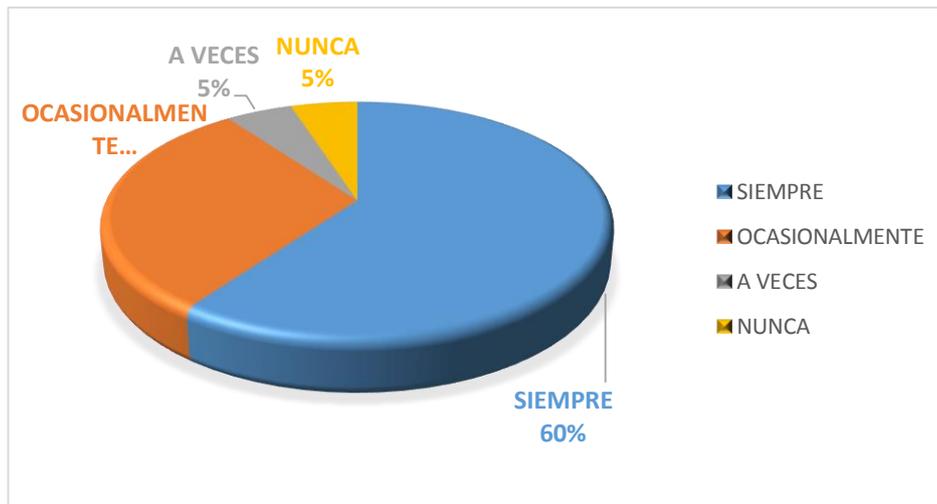
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|------------|
| 5 | SIEMPRE | 12 | 60% |
| | OCASIONALMENTE | 6 | 30% |
| | A VECES | 1 | 5% |
| | NUNCA | 1 | 5% |
| | TOTAL | 20 | 100% |

Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 14.

Pregunta 5 a representantes



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: En el gráfico podemos evidenciar que el 60% siempre ayuda a su hijo/a a practicar hábitos de higiene vocal, el 30% lo hace ocasionalmente, el 5% lo practica a veces y el 5% no los ayuda nunca.

6. ¿Considera usted necesaria su participación como representante en la rehabilitación de voz?

CUADRO # 17.

Pregunta 6 a representantes

| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|-------------|
| 6 | SIEMPRE | 8 | 40% |
| | OCASIONALMENTE | 8 | 40% |
| | A VECES | 3 | 15% |
| | NUNCA | 1 | 5% |
| | TOTAL | 20 | 100% |

Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 15.

Pregunta 6 a representantes



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: En el presente gráfico podemos evidenciar que un 40% de los encuestados consideran necesaria siempre su intervención como representante, el 40% ocasionalmente, el 15% a veces y el 5% nunca lo consideran necesario.

7. ¿Cree usted que aplicar técnicas de relajación contribuye a mejorar la calidad de la voz?

CUADRO # 18.

Pregunta 7 a representantes

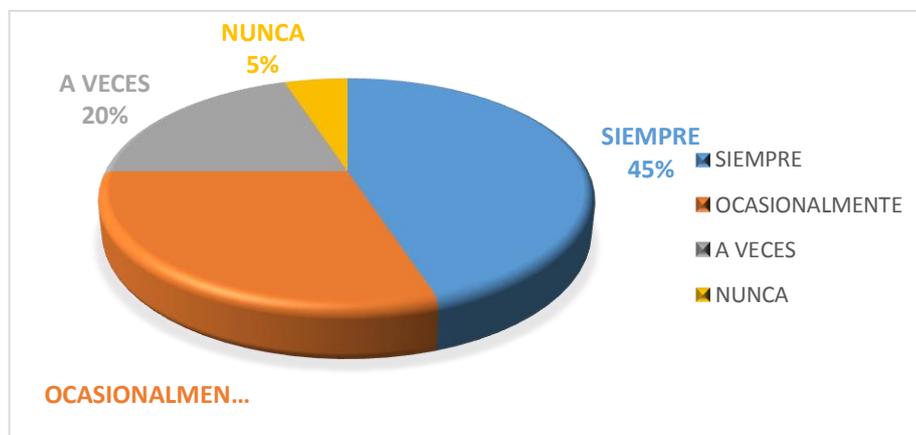
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|-------------|
| 7 | SIEMPRE | 9 | 45% |
| | OCASIONALMENTE | 6 | 30% |
| | A VECES | 4 | 20% |
| | NUNCA | 1 | 5% |
| | TOTAL | 20 | 100% |

Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 16.

Pregunta 7 a representantes



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: En el gráfico podemos observar que el 45% consideran que siempre las técnicas de relajación contribuyen a mejorar las cualidades de la voz, el 30% ocasionalmente, el 20% considera que a veces y el 5% nunca contribuyen.

8. ¿Considera usted que se deberían dar charlas a los padres acerca del cuidado de la voz en niños?

CUADRO # 19.

Pregunta 8 a representantes

| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|------------|
| 8 | SIEMPRE | 11 | 55% |
| | OCASIONALMENTE | 7 | 35% |
| | A VECES | 1 | 5% |
| | NUNCA | 1 | 5% |
| | TOTAL | 20 | 100% |

Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 17.

Pregunta 8 a representantes



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: En el presente gráfico podemos concluir que el 55% consideran que siempre se deberían brindar charlas a los padres sobre el cuidado de la voz en sus hijos/as, el 35% ocasionalmente, el 5% a veces y el 5% nunca.

9. ¿Cree usted que una correcta respiración influye positivamente en la rehabilitación de la voz de su hijo/a?

CUADRO # 20.

Pregunta 9 a representantes

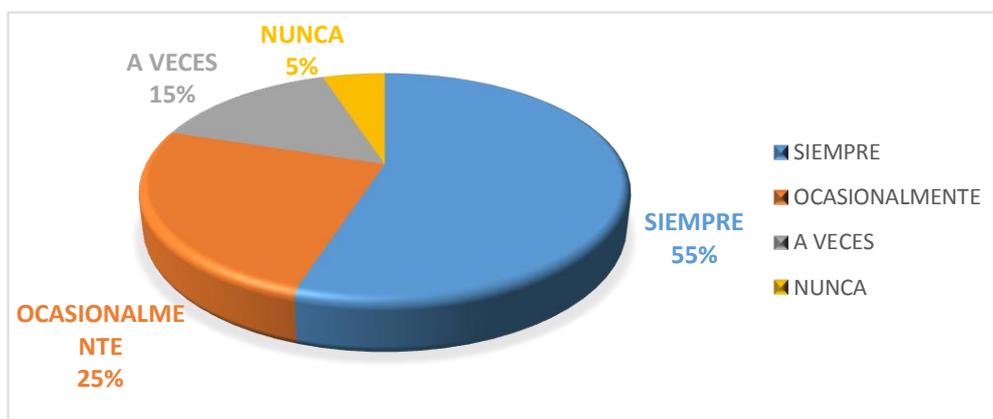
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|-------------|
| 9 | SIEMPRE | 11 | 55% |
| | OCASIONALMENTE | 5 | 25% |
| | A VECES | 3 | 15% |
| | NUNCA | 1 | 5% |
| | TOTAL | 20 | 100% |

Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 18.

Pregunta 9 a representantes



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: En el gráfico podemos evidenciar que el 55% consideran que siempre la correcta respiración influye en la rehabilitación de la voz de sus hijos/as, el 25% ocasionalmente, el 15% a veces y el 5% nunca influye.

10. ¿Con qué frecuencia su niño/a realiza en casa los ejercicios trabajados en las sesiones de terapia de lenguaje?

CUADRO # 21.

Pregunta 10 a representantes

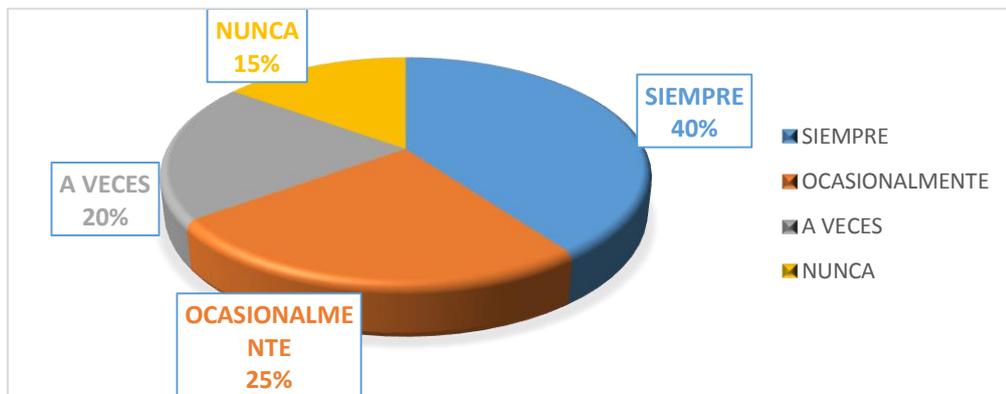
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|-------------|
| 10 | SIEMPRE | 8 | 40% |
| | OCASIONALMENTE | 5 | 25% |
| | A VECES | 4 | 20% |
| | NUNCA | 3 | 15% |
| | TOTAL | 20 | 100% |

Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 19.

Pregunta 10 a representantes



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: En el gráfico podemos comprobar que el 40% de los niños realizan siempre los ejercicios trabajados durante la terapia en casa, el 25% ocasionalmente, el 20% a veces y el 15% nunca los realiza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A TERAPISTAS DE LENGUAJE QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ROBERTO GIBERT ELIZALDE

1. ¿Con qué frecuencia acuden a su consulta niños/as por presentar disfonías?

CUADRO # 22.

Pregunta 1 a Terapistas de lenguaje

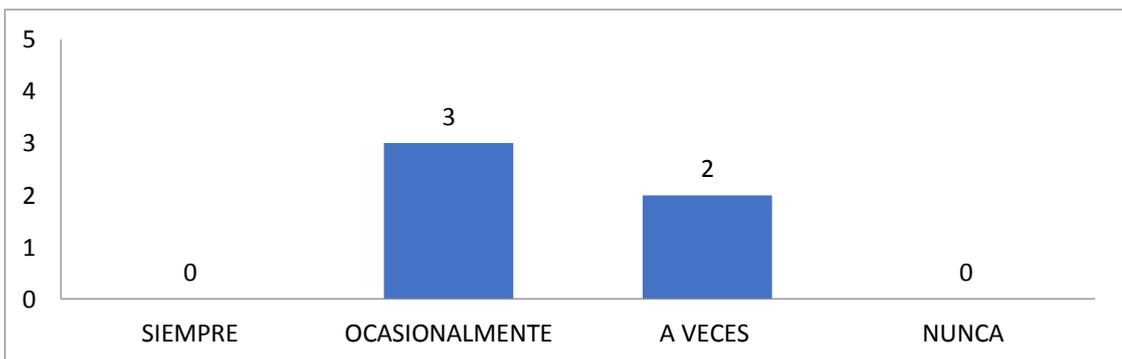
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|-------------|
| 1 | SIEMPRE | 0 | 0% |
| | OCASIONALMENTE | 3 | 60% |
| | A VECES | 2 | 40% |
| | NUNCA | 0 | 0% |
| | TOTAL | 5 | 100% |

Fuente: Resultado de las entrevistas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 20.

Pregunta 1 a Terapistas de lenguaje



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: Mediante el gráfico podemos evidenciar que el 60% de los terapeutas entrevistados ocasionalmente atienden en su consulta pacientes con disfonías y el 40% reciben a veces usuarios con esta patología.

2. ¿Considera usted que el desinterés por parte de los padres en la terapia de lenguaje repercute en el avance del tratamiento?

CUADRO # 23.

Pregunta 2 a Terapistas de lenguaje

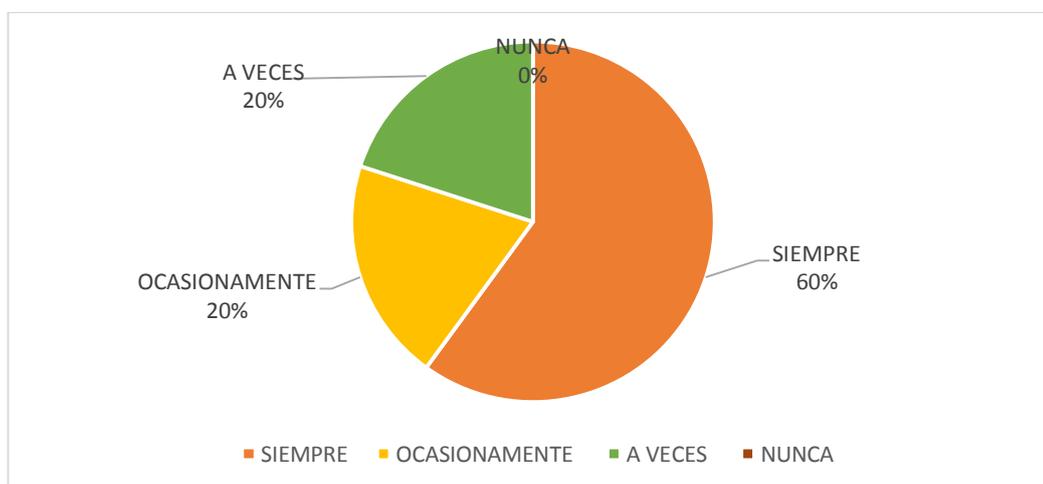
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| 2 | SIEMPRE | 3 | 60% |
| | OCASIONALMENTE | 1 | 20% |
| | A VECES | 1 | 20% |
| | NUNCA | 0 | 0% |
| | TOTAL | 5 | 100% |

Fuente: Resultado de las entrevistas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 21.

Pregunta 2 a Terapistas de lenguaje



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: Mediante el gráfico podemos evidenciar que el 60% de los terapeutas entrevistados consideran que el desinterés de los padres siempre repercute en el avance del tratamiento, el 20% ocasionalmente, y el 20% solo a veces.

3. ¿Recomienda usted a sus pacientes la higiene vocal?

CUADRO # 24.

Pregunta 3 a Terapistas de lenguaje

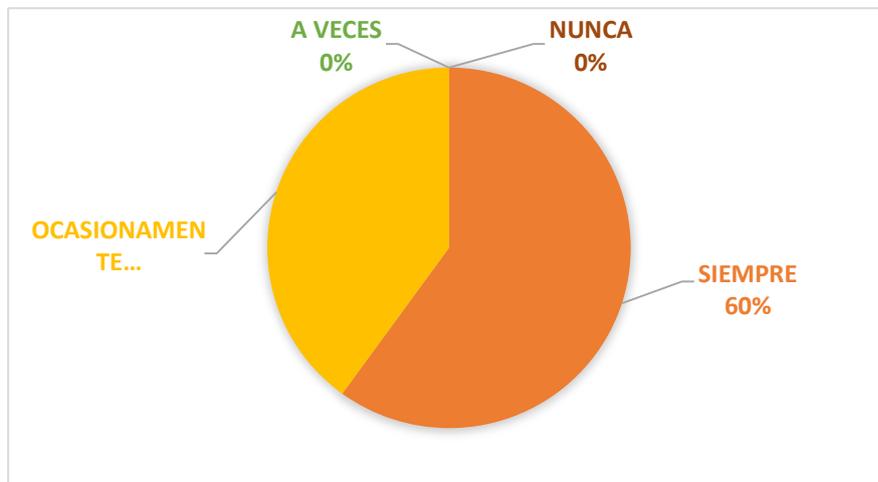
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|------------|
| 3 | SIEMPRE | 3 | 60% |
| | OCASIONALMENTE | 2 | 40% |
| | A VECES | 0 | 0% |
| | NUNCA | 0 | 0% |
| | TOTAL | 5 | 100% |

Fuente: Resultado de las entrevistas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 22.

Pregunta 3 a Terapistas de lenguaje



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: En el presente gráfico se puede observar que el 60% de los terapeutas entrevistados recomiendan higiene vocal a sus pacientes, mientras que el 40% lo hace ocasionalmente.

4. ¿Cree usted que una correcta respiración influye positivamente en la rehabilitación de la voz?

CUADRO # 25.

Pregunta 4 a Terapistas de lenguaje

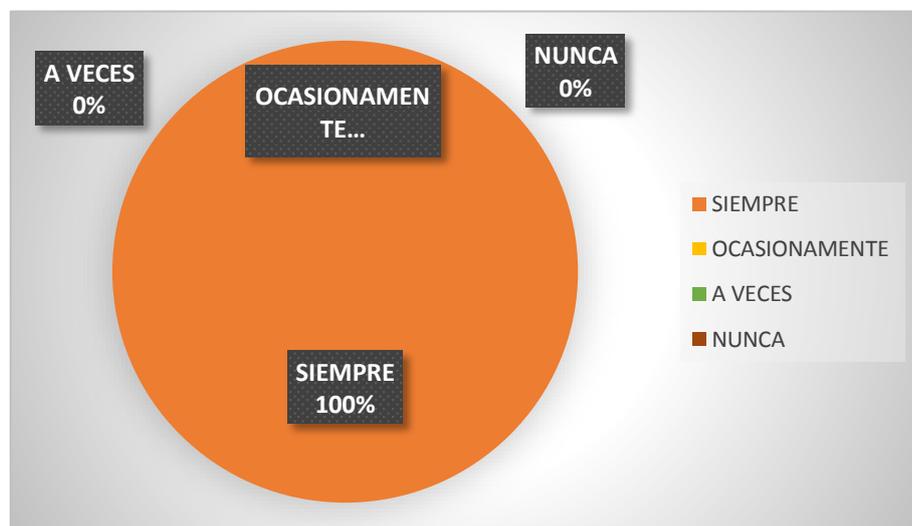
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|-------------|
| 4 | SIEMPRE | 5 | 100% |
| | OCASIONALMENTE | 0 | 0% |
| | A VECES | 0 | 0% |
| | NUNCA | 0 | 0% |
| | TOTAL | 5 | 100% |

Fuente: Resultado de las entrevistas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 23.

Pregunta 4 a Terapistas de lenguaje



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: Mediante el gráfico podemos evidenciar que el 100% de los terapeutas entrevistados consideran que la correcta respiración influye de manera positiva en la rehabilitación de la voz.

5. ¿Considera usted que la intervención del terapeuta de lenguaje es fundamental para la rehabilitación de la voz en niños/as?

CUADRO # 26.

Pregunta 5 a Terapeutas de lenguaje

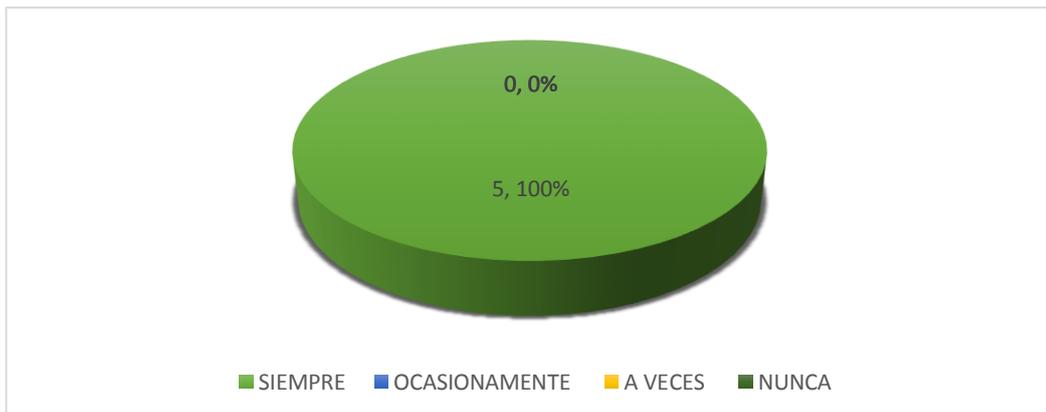
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|------------|
| 5 | SIEMPRE | 5 | 100% |
| | OCASIONALMENTE | 0 | 0% |
| | A VECES | 0 | 0% |
| | NUNCA | 0 | 0% |
| | TOTAL | 5 | 100% |

Fuente: Resultado de las entrevistas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 24.

Pregunta 5 a Terapeutas de lenguaje



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: Mediante el gráfico podemos evidenciar que el 100% de los terapeutas entrevistados manifiestan que la intervención del terapeuta del lenguaje es fundamental para la rehabilitación de la voz en infantes.

6. ¿Considera usted necesario la participación de los padres en la rehabilitación de voz?

CUADRO # 27.

Pregunta 6 a Terapistas de lenguaje

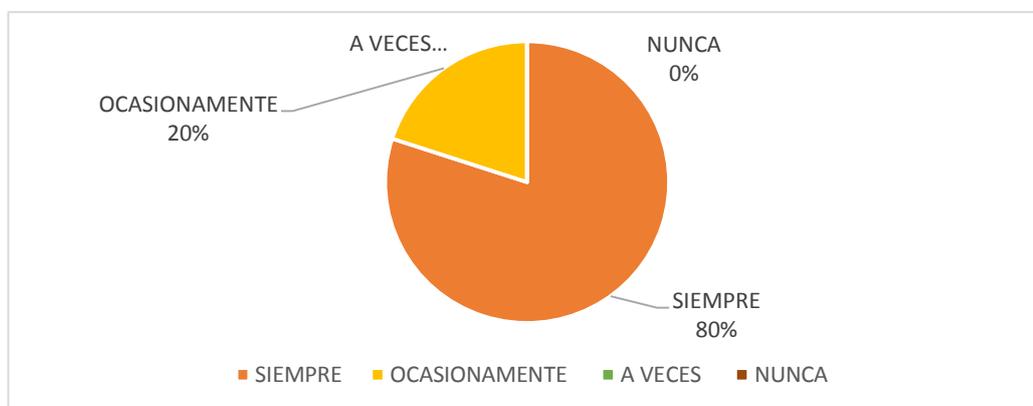
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|-------------|
| 6 | SIEMPRE | 4 | 80% |
| | OCASIONALMENTE | 1 | 20% |
| | A VECES | 0 | 0% |
| | NUNCA | 0 | 0% |
| | TOTAL | 5 | 100% |

Fuente: Resultado de las entrevistas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 25.

Pregunta 6 a Terapistas de lenguaje



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: Por medio del gráfico podemos evidenciar que el 80% de los entrevistados consideran necesaria la participación de los padres en la rehabilitación de la voz y el 20% que lo es ocasionalmente.

7. ¿Cree usted que es necesario aplicar técnicas de relajación para mejorar la calidad de la voz?

CUADRO # 28.

Pregunta 7 a Terapistas de lenguaje

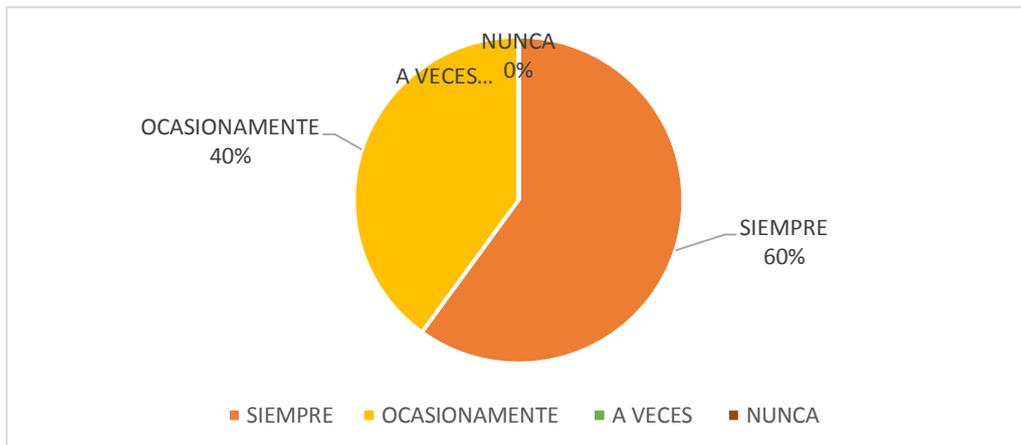
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| 7 | SIEMPRE | 3 | 60% |
| | OCASIONALMENTE | 2 | 40% |
| | A VECES | 0 | 0% |
| | NUNCA | 0 | 0% |
| | TOTAL | 5 | 100% |

Fuente: Resultado de las entrevistas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 26.

Pregunta 7 a Terapistas de lenguaje



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: Según el gráfico podemos demostrar que el 60% de los entrevistados siempre consideran necesario la aplicación de técnicas de relajación en la rehabilitación de la voz para mejorar su calidad y el 40% que lo es ocasionalmente.

8. ¿Con qué frecuencia emplea usted la técnica de trabajo vocal en las sesiones de la terapia?

CUADRO # 29.

Pregunta 8 a Terapistas de lenguaje

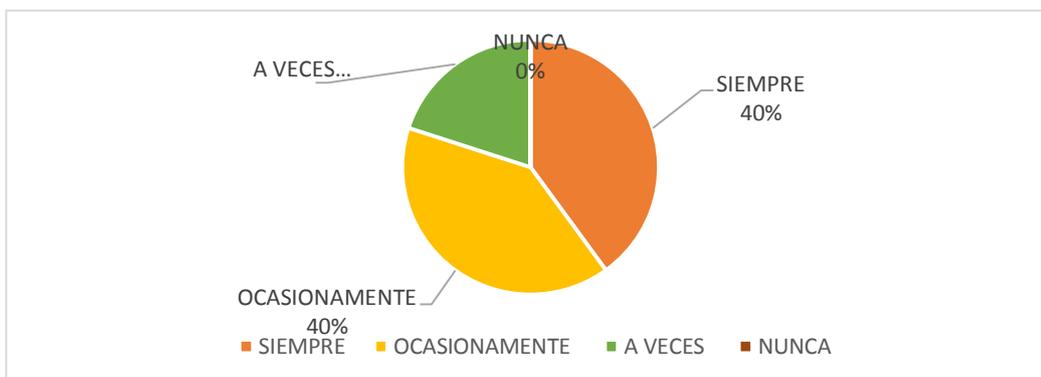
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|------------|
| 8 | SIEMPRE | 2 | 40% |
| | OCASIONALMENTE | 2 | 40% |
| | A VECES | 1 | 20% |
| | NUNCA | 0 | 0% |
| | TOTAL | 5 | 100% |

Fuente: Resultado de las entrevistas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 27.

Pregunta 8 a Terapistas de lenguaje



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: Mediante el gráfico podemos evidenciar que el 40% de los terapeutas entrevistados emplean siempre la técnica de trabajo vocal en sus sesiones de terapia, el 20% lo hace ocasionalmente, y el restante 20% solo a veces.

9. ¿Cree Ud. que hábitos como respirar por la boca, hablar más alto o en un tono inadecuado pueden ser corregidos a tiempo y así evitar la disfonía?

CUADRO # 30.

Pregunta 9 a Terapistas de lenguaje

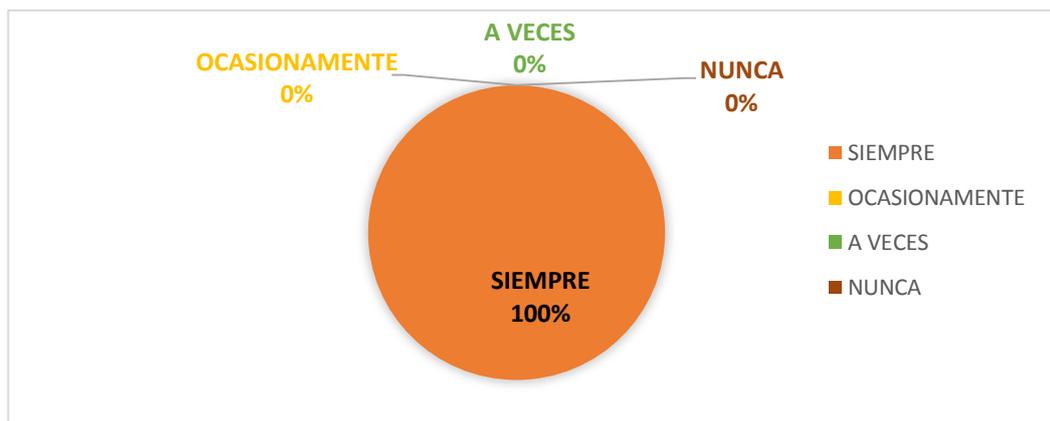
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|------------|
| 9 | SIEMPRE | 5 | 100% |
| | OCASIONALMENTE | 0 | 0% |
| | A VECES | 0 | 0% |
| | NUNCA | 0 | 0% |
| | TOTAL | 5 | 100% |

Fuente: Resultado de las entrevistas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 28.

Pregunta 9 a Terapistas de lenguaje



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: Por medio del gráfico podemos demostrar que el 100% de los terapeutas entrevistados consideran siempre que los malos hábitos sobre el cuidado de la voz pueden ser corregidos a tiempo para evitar la disfonía.

10. ¿Con qué frecuencia considera usted que se debería brindar charlas sobre el cuidado de la voz a padres de familia para prevenir disfonías?

CUADRO # 31.

Pregunta 10 a Terapistas de lenguaje

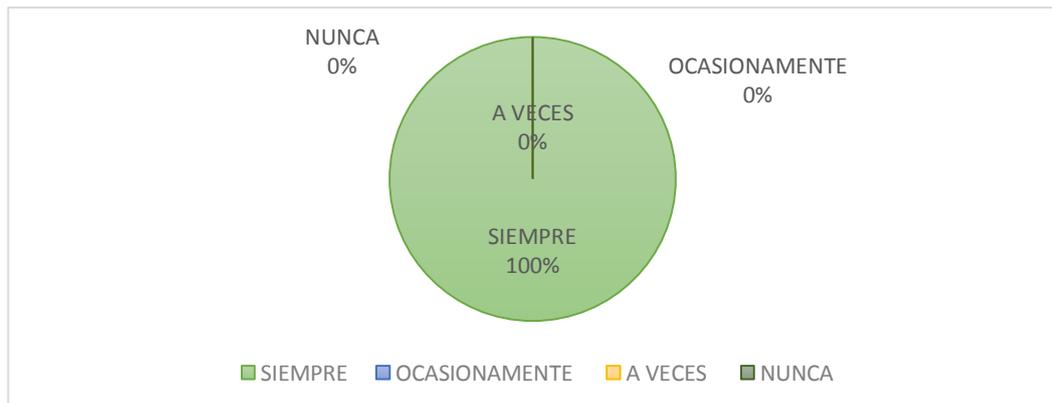
| ITEM | CATEGORÍA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|----------------|------------|------------|
| 10 | SIEMPRE | 5 | 100% |
| | OCASIONALMENTE | 0 | 0% |
| | A VECES | 0 | 0% |
| | NUNCA | 0 | 0% |
| | TOTAL | 5 | 100% |

Fuente: Resultado de las entrevistas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

GRÁFICO # 29.

Pregunta 10 a Terapistas de lenguaje



Fuente: Resultado de encuestas realizadas en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: Karen Sotomayor León

Análisis de datos: De acuerdo al gráfico podemos observar que el 100% de los entrevistados consideran que siempre se deben brindar charlas sobre el cuidado de la voz a los padres de familia para ayudar a prevenir las disfonías.

CAPÍTULO IV

MARCO ADMINISTRATIVO

CRONOGRAMA

CUADRO #32. Cronograma

| ITEM | DETALLE | Nov. / 2015 | | | | Dic. / 2015 | | | | Enero/ 2016 | | | | Feb. / 2016 | | | | Marzo/ 2016 | | | | Abril/ 2016 | | | | Mayo / 2016 | | | |
|------|--|-------------|---|---|---|-------------|---|---|---|-------------|---|---|---|-------------|---|---|---|-------------|---|---|---|-------------|---|---|---|-------------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Selección del tema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Aprobación del tema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Selección de área a realizar investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Observación a pacientes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Selección de pacientes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Historia clínica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Evaluación inicial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Aplicación de Técnicas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Desarrollo capítulo I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Desarrollo capítulo II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Evaluación final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Desarrollo capítulo III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Desarrollo de capítulo IV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

Autor: Karen Sotomayor León

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Estudiante: Karen Sotomayor León

Tutor: Lic. José Benalcázar Game. Msc

Colaboradores: Lic. Betty Gaibor Msc.

Lic. Karen Neira Campaña

Terapistas de lenguaje que laboran en Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde, representantes de menores y niños con disfonías que acuden a dicha casa de salud.

RECURSOS MATERIALES

Libros de Disfonía infantil y patologías de la voz, artículos relacionados con el cuidado de la voz, fichas de trabajo para la disfonía, fichas de evaluación, velas, fósforos, cuentos, burbujas, videos musicales, computadora, impresora.

RECURSOS FINANCIEROS

CUADRO # 33.

Presupuesto de investigación

| INSTRUMENTO | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|-----------------------|-----------------|--------------|
| Transporte | \$ 2.50 | \$100 |
| Material de impresión | \$ 0,15 ctvs. | \$150 |
| Alimentación | \$ 3 | \$360 |
| TOTAL | \$ 5.65 | \$640 |

Fuente: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

Autor: Karen Sotomayor León

CONCLUSIONES

Después de realizar el estudio de campo se llegó a determinar las siguientes conclusiones:

1. Muchos de los padres atribuyen la voz disfónica de sus hijos a procesos gripales y no les brindan la debida importancia, debido a la falta de conocimiento sobre esta alteración de la voz. La mayor prevalencia de la disfonía se da en el sexo masculino, siendo estos niños de etapa escolar.
2. Falta de información en docentes y en el entorno en general acerca de las consecuencias que genera una disfonía no tratada a tiempo. Se demostró que mediante buenos hábitos de higiene vocal, técnicas de respiración, relajación y postura se puede prevenir una disfonía infantil.
3. Los pacientes mejoraron notoriamente la calidad estética de la voz con las técnicas de rehabilitación aplicadas durante los 4 meses de intervención.

RECOMENDACIONES

1. Concientizar a los niños acerca de la importancia en el cuidado de la voz realizando buenos hábitos de higiene vocal y motivar a los padres para que sean partícipes de las terapias de sus hijos practicando en casa los ejercicios realizados durante las sesiones.
2. Los padres deben conocer y practicar los correctos hábitos de higiene vocal como la hidratación, alimentación adecuada, evitar los gritos y esfuerzos vocales, correcta respiración, evitar el cambio brusco de temperatura y de lugares con mucho humo o polvo, no hablar mientras se está realizando un deporte o esfuerzo físico, etc.
3. Realizar más campañas de prevención y cuidados de la voz en los infantes, mostrando sus consecuencias al no ser tratadas a tiempo.

GLOSARIO

Carraspeo.- Emisión de una tos ligera para aclarar la garganta o quitar la carraspera.

Comunicación.- La palabra deriva del latín *communicare*, que significa “compartir algo, poner en común. A través de la comunicación, las personas o animales obtienen información respecto a su entorno y pueden compartirla con el resto.

Diagnóstico.- Arte o acto de reconocer o distinguir los signos o los síntomas de una enfermedad.

Escotadura.- Depresión o indentación en el borde de un hueso o de otro órgano.

Foniatra.- Médico que debe ocuparse de prevenir, diagnosticar y tratar todo lo que se refiere a la patología de la voz, habla, lenguaje y audición, siempre que afecte a los niveles anteriores.

Fonoarticulatorio.- Órganos de gran importancia para la emisión y la comprensión de lo que es la voz, de lo que es el habla y de lo que es el lenguaje.

Intensidad.- Cualidad por la cual un sonido se oye a mayor o menor distancia, que depende de la mayor o menor amplitud de las vibraciones sonoras.

Lenguaje.- Sistema de signos que utiliza una comunidad para comunicarse oralmente o por escrito.

Lesión.- Alteración o daño que se produce en alguna parte del cuerpo a causa de un golpe, una enfermedad, etc.

Ligamento.- Pliegue membranoso que enlaza o sostiene en la debida posición un órgano del cuerpo.

Patología.- La patología es el estudio de las enfermedades en su amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas.

Postura.- Manera de tener dispuesto el cuerpo o las partes del cuerpo una persona o un animal.

Rehabilitación.- Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un accidente o de una enfermedad.

Resonancia.- Sonido elemental que, junto con otros, acompaña al principal en una nota musical y comunica un timbre particular a cada voz o instrumento.

Ronquera.- Afección de la laringe que hace tener una voz áspera y grave.

Técnicas.- Es un procedimiento o un conjunto de procedimientos prácticos, en vistas al logro de un resultado, o a varios resultados concretos, valiéndose de herramientas o instrumentos, y utilizando el método inductivo y/o analógico, en cualquier campo del saber o del accionar humano.

Timbre.- Cualidad del sonido que resulta de la unión del tono fundamental con los hipertonos o armónicos.

Tono.- Grado de elevación del sonido que depende de la cantidad de vibraciones por segundo.

Translúcida.- Cuerpo a través del cual pasa la luz, pero que no deja ver sino confusamente lo que hay detrás de él.

BIBLIOGRAFÍA

- ARIAS , F. G. (2006). *EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN* . CARACAS: APISTIMES.
- ARIAS MARSAL, C., & ESTAPE I VILLA, M. (2005). *DISFONÍA INFANTIL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO*. BARCELONA, ESPAÑA: ARS MEDICA.
- BORRÁS SANCHIS, S. (30 de JULIO de 2011). EDUCACIÓN DE LA VOZ Y PREVENCIÓN DE LAS DIFERENTES DISFONÍAS. *EL PERIÓDICO D'ONTINYENT*, pág. 23.
- BRIONES, G. (2002). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA EN CIENCIAS SOCIALES* . BOGOTÁ: ARFO.
- CABANILLAS ALVARADO, G. (2013). *COMO HACER LA TESIS EN EDUCACIÓN Y CIENCIAS AFINES*. LIMA: CEPREDIM.
- CARRO FERNÁNDEZ, P. (2013). *PATOLOGÍA DE LA VOZ*. BARCELONA: MARGO MEDICA BOOKS.
- COBETA, I., NUÑEZ , F., & FERNÁNDEZ, S. (2013). *PATOLOGÍA DE LA VOZ* . BARCELONA: MARGE MEDICA BOOKS .
- COLL, R. (2013). *PATOLOGÍA DE LA VOZ*. BARCELONA: MARGO MEDICA BOOKS.
- GARCÍA TAPIA , R., & FERNÁNDEZ, S. (2013). *PATOLOGÍA DE LA VOZ* . BARCELONA: MARGE MEDICA BOOKS.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C., & BAPTISTA LUCIO, M. D. (2010). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. MÉXICO: INTERAMERICANA EDITORES S.A DE C.V.
- MORENO MANSO, J. M. (2004). *CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD Y ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN*

EDUCACION INFANTIL Y PRIMARIA . REVISTA
IBEROAMERICANA DE EDUCACION , 14.

NUÑEZ, F. (2013). *PATOLOGÍA DE LA VOZ*. BARCELONA : MARGE
MEDICA BOOKS.

Sañudo, J. R., Maranillo , E., & León, X. (2013). *PATOLOGÍA DE LA VOZ*
(1 EDICIÓN ed.). (H. SOLER, Ed.) BARCELONA , ESPAÑA:
MARGE MEDICA BOOKS.

TORRES MIRANDA, V. (2010). INTERVENCIONES INDIRECTA Y
DIRECTA CON ALUMNOS CON ALTERACIONES DE LA VOZ.
CSIFREVISTAD, 8.

TULON ARFELIS, C. (2000). *LA VOZ. TÉCNICA VOCAL PARA LA
REHABILITACIÓN DE LA VOZ EN LAS DISFONÍAS
FUNCIONALES* . BARCELONA : PAIDOTRIBO .

ANEXOS

FORMATO DE ENTREVISTA REALIZADA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ROBERTO GILBERT ELIZALDE EN CONSULTA EXTERNA DEL ÁREA DE OTORRINOARINGOLOGÍA A TERAPISTAS DE LENGUAJE QUE LABORAN EN LA INSTITUCIÓN

1. **¿Con qué frecuencia acuden a su consulta niños/as por presentar disfonías?**

- Siempre
- Ocasionalmente
- A veces
- Nunca

2. **¿Considera usted que el desinterés por parte de los padres en la terapia de lenguaje repercute en el avance del tratamiento?**

- Siempre
- Ocasionalmente
- A veces
- Nunca

3. **¿Recomienda usted a sus pacientes la higiene vocal?**

- Siempre
- Ocasionalmente
- A veces
- Nunca

4. **¿Cree usted que una correcta respiración influye positivamente en la rehabilitación de la voz?**

- Siempre
- Ocasionalmente
- A veces
- Nunca

5. ¿Considera usted que la intervención del terapeuta de lenguaje es fundamental para la rehabilitación de la voz en niños/as?

- Siempre
- Ocasionalmente
- A veces
- Nunca

6. ¿Considera usted necesario la participación de los padres en la rehabilitación de voz?

- Siempre
- Ocasionalmente
- A veces
- Nunca

7. ¿Cree usted que es necesario aplicar técnicas de relajación para mejorar la calidad de la voz?

- Siempre
- Ocasionalmente
- A veces
- Nunca

8. ¿Con qué frecuencia emplea usted la técnica de trabajo vocal en las sesiones de la terapia?

- Siempre
- Ocasionalmente
- A veces
- Nunca

9. ¿Cree Ud. que hábitos como respirar por la boca, hablar más alto o en un tono inadecuado pueden ser corregidos a tiempo y así evitar la disfonía?

Siempre

Ocasionalmente

A veces

Nunca

10. ¿Con qué frecuencia considera usted que se debería brindar charlas sobre el cuidado de la voz a padres de familia para prevenir disfonías?

Siempre

Ocasionalmente

A veces

Nunca

**FORMATO DE ENCUESTA REALIZADA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO
ROBERTO GILBERT ELIZALDE EN CONSULTA EXTERNA DEL ÁREA DE
OTORRINOARINGOLOGÍA A REPRESENTANTES DE INFANTES CON
DISFONÍA QUE ACUDEN A DICHA CASA DE SALUD**

1. ¿Con qué frecuencia ha escuchado usted hablar acerca de la disfonía?

- Siempre
 Ocasionalmente
 A veces
 Nunca

2. Cuando su hijo/a presenta síntomas de ronquera u otras afecciones de la voz, ¿Con que frecuencia es llevado a consulta?

- Siempre
 Ocasionalmente
 A veces
 Nunca

3. ¿Cree Ud. que por una disfonía no tratada adecuadamente puede perder definitivamente la voz?

- Siempre
 Ocasionalmente
 A veces
 Nunca

4. ¿Cree usted necesaria la terapia de lenguaje para la rehabilitación de la voz en su niño/a?

- Siempre
 Ocasionalmente
 A veces
 Nunca

5. ¿Ayuda usted a su hijo/a a practicar hábitos de higiene vocal (evita gritar, hidratación frecuente, no forzar la voz, reposo vocal, etc.)?

Siempre

Ocasionalmente

A veces

Nunca

6. ¿Considera usted necesaria su participación como representante en la rehabilitación de voz?

Siempre

Ocasionalmente

A veces

Nunca

7. ¿Cree usted que aplicar técnicas de relajación contribuye a mejorar la calidad de la voz?

Siempre

Ocasionalmente

A veces

Nunca

8. ¿Considera usted que se deberían dar charlas a los padres acerca del cuidado de la voz en niños?

Siempre

Ocasionalmente

A veces

Nunca

9. ¿Cree usted que una correcta respiración influye positivamente en la rehabilitación de la voz de su hijo/a?

Siempre

Ocasionalmente

A veces

Nunca

10. ¿Con qué frecuencia su niño/a realiza en casa los ejercicios trabajados en las sesiones de terapia de lenguaje?

Siempre

Ocasionalmente

A veces

Nunca

MODELO DE EVALUACIÓN DE LAS DISFONIAS

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Teléfono:

Historia Clínica:

Motivo de consulta:

Tiempo de evolución:

Escolaridad:

ANTECEDENTES MÉDICOS

- Alergias:
- Reflujo gastroesofágico:
- Faringitis:
- Goteo nasal:
- Audición:

ANTECEDENTES DE ABUSO VOCAL (intensidad)

- Carraspeos:
- Habla imponiéndose al ruido:
- Uso de voz y ejercicio agotador:
- Exceso de canto o conversación:
- Gritos/ emociones:
- Conferencia:
- Imitación de voces:

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS

Factores psicológicos estresantes:

Percepción del trastorno de voz:

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO REALIZADAS

Estroboscopia:

MODELO DE EVALUACIÓN PARA LA RESPIRACIÓN

MODO:

- NASAL
- BUCAL
- MIXTO

TIPO:

- SUPERIOR O CLAVICULAR
- COSTO – DIAFRAGMÁTICA
- DIAFRAGMÁTICO O ABDOMINAL
- COMBINADO

USO:

- Buena coordinación fono/respiratorio
- Mala coordinación fono/respiratorio

RITMO:

- Lento
- Rápido
- Constante

FRECUENCIA RESPIRATORIA/ Sg.:

Tiempo de inspiración:

Tiempo de retención de aire:

Tiempo de espiración:

CONTEO:

Sosteniendo la m: _____seg

Sosteniendo la a: _____seg

Sosteniendo la o: _____seg

Sosteniendo la u: _____seg

Sosteniendo la e: _____seg

Sosteniendo la i: _____seg

FOTO #1

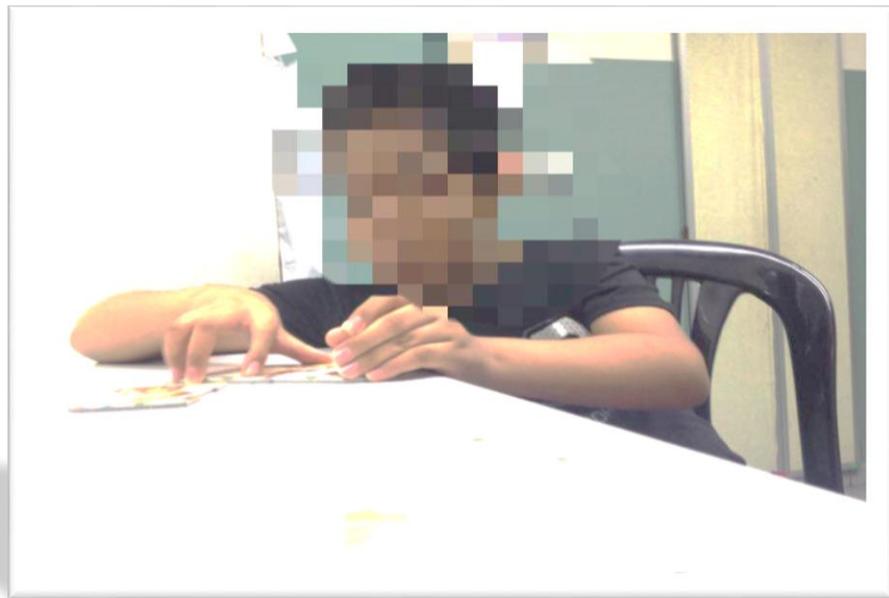


FUENTE: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

ELABORADO POR: Karen Sotomayor León

DETALLE: Menor realizando ejercicios de relajación

FOTO #2

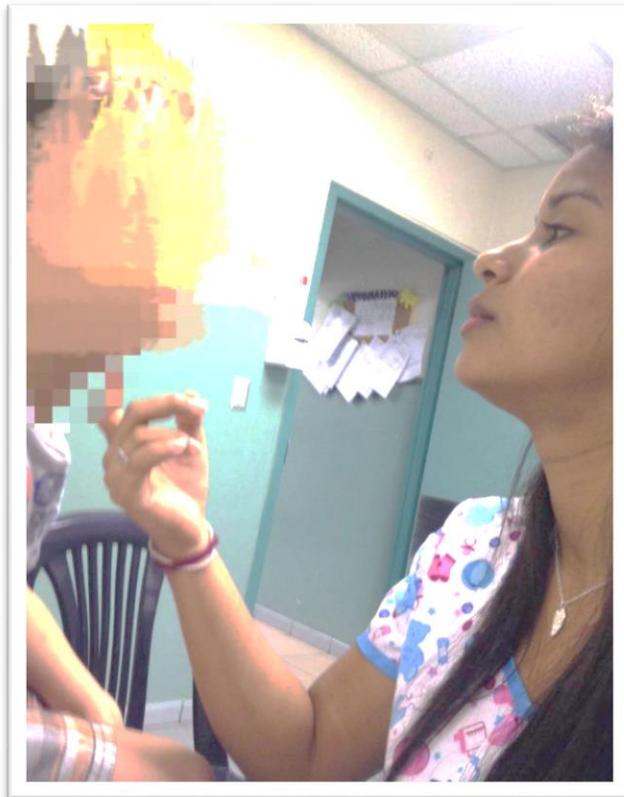


FUENTE: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

ELABORADO POR: Karen Sotomayor León

DETALLE: Menor armando un rompecabezas para luego narrar lo que observa practicando el trabajo vocal.

FOTO #3



FUENTE: Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde”

ELABORADO POR: Karen Sotomayor León

DETALLE: Trabajando junto al menor, ejercicios de postura y respiración

**CARTA DIRIGIDA AL JEFE DE ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO DE INVESTGACIÓN.**

 ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
TELÉFONO: 043-982302
DIRECCIÓN



Guayaquil, Diciembre 2 del 2015

DR. JHON PARKER BRUSSA
JEFE DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
HOSPITAL ROBERTO GILBERT
Presente.-

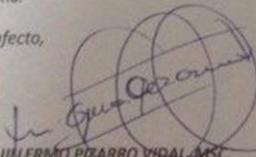
En mi calidad de Director de la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Guayaquil, agradezco la apertura brindada a la SRTA. KAREN NARCISA SOTOMAYOR LEON, portadora de la cédula de ciudadanía N°0919051383 de la carrera de Terapia del Lenguaje periodo lectivo 2015-2016, para la ejecución de su Trabajo de Campo a realizarse durante los meses de Diciembre 2015 a Febrero 2016, correspondiente al Proyecto de Titulación, previo a la obtención de su título como Licenciada.

Cabe indicar que la estudiante en referencia desiste en recibir remuneración o subvención por realizar el trabajo de campo, tampoco existirá relación laboral de ningún tipo entre Coordinador de la Práctica y la Institución que usted representa.

Al concluir el trabajo de campo, agradeceré a usted se sirva extender una Certificación que exprese la aptitud y desempeño que tuvo la Srta. Karen Sotomayor León, en el cumplimiento de las actividades encomendadas, indicando lo siguiente: área en la cual se desarrolló, jefe responsable, número total de horas asistidas, fecha de inicio y término del trabajo.

Por la atención que se sirva brindar al presente, reitero a Ud. mis sentimientos de consideración y estima.

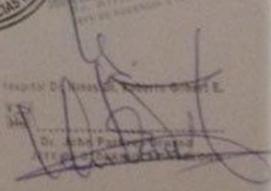
Con afecto,


DR. GUILLERMO PIZARRO VIDAL, MSC.
DIRECTOR
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA



C.c.: Archivo

GPV/kmm.


FOLIO DE REGISTRO N° 11
RECORRIDO DE AGENCIA
RECIBIDO
11 DIC 2015
13:51