

Artículo Original

Propuesta teórica de planificación terapéutica en el área de voz: aplicación del modelo de la CIF

Jaime Crisosto ^{a,b} *

^a Escuela de Fonoaudiología, Facultad de las Ciencias de la Rehabilitación, Universidad Andres Bello, Chile.

^b Departamento de Español, Universidad de Concepción, Chile.

RESUMEN

La presente propuesta tiene como objetivo unificar ciertos criterios utilizados en el proceso de planificación terapéutica fonoaudiológica en el área de voz considerando el modelo del CIF promovido por la Organización Mundial de la Salud. Se ofrece un marco que considera la organización de los contenidos terapéuticos bajo un adecuado criterio de jerarquización en concordancia con las orientaciones terapéuticas que el/la fonoaudiólogo/a determine, así como lineamientos en torno a la formulación de objetivos y características que éstos deben poseer de manera que respeten el formato SMART sugerido por la literatura. Además, se indica la importancia de los factores contextuales del/la usuario/a en el establecimiento de actividades de generalización/transferencia de los logros clínicos como etapa vinculante entre los niveles de "Función / Estructura" y "Participación / Actividad". Se espera que esta propuesta logre generar una discusión profesional que propenda a establecer parámetros adecuados de organización terapéutica tanto para efectos académicos como para el ejercicio clínico.

Palabras clave:

Planificación Terapéutica, Objetivos; Fonoaudiología; Voz; CIF; SMART

Theoretical proposal for therapy planning in vocal practice: a ICF model application

ABSTRACT

The present proposal aims to unify certain criteria used in the speech therapy planning process in the voice area, considering the CIF model promoted by the World Health Organization. A framework is offered that considers the organization of therapeutic contents under an adequate hierarchical criterion in accordance with the therapeutic orientations that the speech therapist determines, as well as guidelines around the formulation of objectives and characteristics that they must have of respect the SMART format suggested by the literature. In addition, the importance of the contextual factors of the user is indicated in the establishment of activities of generalization / transfer of clinical achievements as a binding stage between the levels of "Function / Structure" and "Participation / Activity". It is expected that this proposal will generate a professional discussion that tends to establish adequate parameters of therapeutic organization both for academic purposes and for clinical practice.

Keywords:

Therapy planning; goals; speech therapy; voice; CIF; SMART

*Autor/a correspondiente: Jaime Crisosto

Email: jaimecrisosto@gmail.com

Recibido: 11-08-2020

Aceptado: 15-01-2021

Publicado: 09-06-2021

INTRODUCCIÓN

La planificación terapéutica es una herramienta que define los lineamientos a seguir con los/as usuarios/as y, además, permite una adecuada organización y estructuración de la progresión en el proceso de rehabilitación de acuerdo con los resultados que se van obteniendo (Bovend'Eerd et al., 2009). Aspectos generales de la planificación aparecen mencionados en términos gruesos en la literatura (Behlau et al., 2010; Farías, 2007, 2016; Landis et al., 2004; Stemple, 2019), pero hasta el momento no se advierte un marco que establezca lineamientos específicos sobre cómo deba ser abordada esta tarea en el área vocal. Sin duda, esta falta de especificidad ocurre debido a que las posibilidades terapéuticas son variadas y dependen principalmente de la condición del/la usuario/a, de las posibilidades, habilidades y formación del/la terapeuta, de las condiciones del centro, restricciones de tipo económico que limiten la dosis terapéutica, etc., lo que dificulta la tarea.

Es así como, en las diversas áreas de la Fonoaudiología, el establecimiento de objetivos terapéuticos ha resultado una labor desafiante. Uno de los grandes desafíos de la intervención fonoaudiológica es lograr enmarcarse en una propuesta que considere la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF, de aquí en adelante en el texto- (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). Ello resulta esencial, debido a que la consideración del modelo de la CIF sirve como referencia para las políticas y recomendaciones de la OMS. Además, esta clasificación fue aceptada por la ONU y en la actualidad sirve de marco de referencia para agencias especializadas como la División Estadística de la ONU (UNSTAT), la Organización Educativa, Científica y Cultural de la ONU (UNESCO) y la Organización Internacional del Trabajo (ICO) (Fernández-López et al., 2009).

Las propuestas de un formato de planificación terapéutica, en esta línea, son más bien escasas en la literatura, laxas en sus definiciones y, muchas veces, son encontradas en literatura gris que no es posible considerar seriamente en el ejercicio académico y/o clínico o bien, provienen de una estructura de objetivos que se adapta escasamente a nuestra realidad nacional (ASHA, 2020a; Landis et al., 2004; Lignugaris/Kraft et al., 2001; Moore, 2018). Dichas condiciones orientan la finalidad de este artículo, que busca proveer un marco de acción que apunte hacia las condiciones necesarias para la formulación de una planificación terapéutica organizada.

MÉTODO

El objetivo de este trabajo es proveer un marco de discusión de la planificación terapéutica incorporando los lineamientos del modelo de la CIF, el cual es inexistente hoy en día en el quehacer fonoaudiológico en el área vocal. De acuerdo a la clasificación de Grant & Booth (2009) la estructura metodológica de este artículo responde a una revisión crítica. En él, se presenta un resumen de la literatura especializada en el tema y se describen sus características. La propuesta incluye diferentes grados de análisis e innovación. Se explicitan las propuestas más significativas en el campo, la valoración de los artículos está realizada en base a su contribución a la disciplina. Su estructura es narrativa – conceptual.

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Con el fin de dar contexto a la propuesta del estudio, cabe señalar que la CIF (OMS, 2001) clasifica el funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud a través de la organización de las actividades sanitarias en torno a un modelo biopsicosocial, donde se comprende la discapacidad como situación, proceso y resultado de la interacción del estado de la salud de la persona con los factores contextuales, los cuales pueden servir de barreras o facilitadores. Se entiende así que la discapacidad no sólo supone deficiencias de las funciones y estructuras corporales, sino que éstas en interacción con los factores contextuales pueden dar lugar a limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. De este modo, el funcionamiento y la discapacidad son entendidos como un continuo.

Esta propuesta de planificación considera que el proceso de planificación terapéutica cuenta con etapas y/o tareas que son útiles para establecer lineamientos adecuados en el proceso de intervención vocal posterior. Aunque la organización en fases no tiene una estructura eminentemente cronológica, se sugiere la realización ordenada. Esto no significa que el/la fonoaudiólogo/a no pueda “regresar” a una etapa previa para revisar, recordar, reestructurar o reevaluar algún aspecto, no obstante, permite que el proceso se realice de manera metódica. La propuesta se divide en dos etapas. La primera contiene los elementos que dirigen el proceso de planificación terapéutica (y por ende, la intervención fonoaudiológica propiamente tal); aquí se selecciona el encuadre en el cual el/la terapeuta organizará su actuar. Dicha etapa recibe el nombre de Marco Terapéutico. En la segunda etapa se formulan los objetivos y se estructura la intervención en concordancia al modelo de la CIF (OMS, 2001). Esta segunda etapa se denomina

Organización Terapéutica. Ambos procesos son co-dependientes y la división entre ellos responde a razones más bien teóricas que prácticas. Una panorámica del proceso general y sus etapas se muestra a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1. Etapas de la planificación terapéutica.

Etapa I: Marco Terapéutico	
	Determinación de parámetros a intervenir.
	Determinación del criterio de jerarquización.
	Determinación de la orientación o filosofía de rehabilitación.
	Determinación del enfoque terapéutico.
	Determinación del método de intervención.
Etapa II: Organización Terapéutica	
	Análisis de Factores Contextuales.
	Factores Ambientales.
	Factores Personales.
	Análisis Nivel Participación / Actividad.
	Formulación Objetivo General.
	Análisis Nivel Función / Estructura.
	Formulación Objetivos Específicos.
	Formulación Objetivos Operacionales.
	Nivel Vinculante de Generalización / Transferencia.

A continuación, se describen cada una de las etapas en detalle.

Etapa I: Marco Terapéutico

En esta primera etapa se fijan los parámetros con los que se va a ordenar el proceso de planificación terapéutica. Estos ajustes iniciales permitirán realizar un proceso ordenado y coherente con las necesidades de/la usuario/a (caracterizadas durante el proceso de evaluación) y las características del terapeuta. Sus fases se describen como sigue:

Determinación de parámetros a intervenir

Se deben poner de manifiesto los contenidos terapéuticos que se deben abordar con el/la usuario/a, determinando además el orden, la lógica o la urgencia con que se abordarán, mediante el criterio de jerarquización seleccionado por el/la terapeuta considerando también las apreciaciones del/la propio/a usuario/a, aspecto que queda abordado en el siguiente apartado.

El orden clásico o “terapia vocal antigua” (Fariás, 2016) estipula abordar elementos de educación – higiene vocal con el/usuario/a, luego los parámetros no locutivos (donde se encuentran parámetros de tonicidad muscular, respiración y postura) y finalmente los vocales. Dicho orden presenta una lógica más o menos bien estructurada que se sustenta en que algunos desórdenes vocales son de naturaleza “corporal” y que es el mal uso o sobreuso vocal el que desencadena alteraciones funcionales – musculares que terminan generando, o no, un daño orgánico en la cuerda vocal. Sin embargo, es necesario entender que no es posible trabajar aspectos corporales sin un abordaje vocal en las sesiones, a excepción de lo que podría ocurrir con una orientación higiénica. Los parámetros vocales deben ser intervenidos transversalmente durante el curso de la terapia. Asimismo, el abordaje de parámetros no locutivos no puede considerarse como un elemento independiente de la intervención de parámetros vocales debido a las características del aprendizaje sensoriomotriz (Stemple, 2019). Sin embargo, bajo ciertos esquemas terapéuticos, es posible establecer un énfasis importante en el abordaje de los parámetros corporales en las primeras sesiones sobretodo en aquellos/as usuarios/as con disfonías funcionales y/o mixtas con un claro desorden corporal, que resulta necesario corregir con el fin de establecer una adecuada generalización / transferencia de los logros al habla espontánea, esto para continuar posteriormente con sesiones de abordaje exclusivamente vocal en el caso de los/as usuarios/as con patología y que requieren rehabilitación, aunque la organización de este proceso de transferencia aún no está del todo clara (Desjardins & Bonilha, 2019).

Los programas fisiológicos o “modernos” de terapia vocal (Behlau et al., 2010) son una serie de abordajes vocales que siguen los lineamientos de la corriente filosófica de rehabilitación “fisiológica”, como lo describiera Stemple (1993) y que fueron recogidos por Van Stan et al. (2015) bajo la etiqueta de “programas de terapia vocal”. Tal como lo evidencia la American Speech – Language – Hearing Association [ASHA] (2020b), algunos de los programas fisiológicos de intervención vocal incorporan ciertos parámetros no locutivos en el abordaje terapéutico, generalmente en las etapas tempranas de terapia. por ejemplo, la Terapia de Voz Resonante (Verdolini, 2000; Verdolini et al., 1998) que incorpora estiramientos musculares iniciales autoguiados por el/la usuario/a y un abordaje respiratorio basado en la activación de la cincha abdómino – diafragmática (Stemple et al., 2010). Otro ejemplo es el Método del Acento (Kotby et al., 1993; Malki et al., 2008; Smith & Thyme, 1976), un programa terapéutico que comienza con ejercicios centrados en la propiocepción y énfasis en la activación diafragmática para luego

proseguir con tareas vocales, sólo cuando los objetivos referentes a la dinámica respiratoria están logrados. En relación con estos programas resulta importante mencionar que, así como existen métodos que incluyen los parámetros no locutivos, otras propuestas como Lee-Silverman Voice Therapy – LSVT (Ramig et al., 1995), la Terapia de Voz Confidencial (Colton et al., 1995) o el programa de Ejercicios de Entrenamiento de la Resistencia Fonatoria – PhORTE (Ziegler & Hapner, 2013) no los consideran de la manera tradicional, sino que estos quedan inmersos dentro de actividades que abarcan todos los subsistemas a la vez, o al menos, los que reconoce como tales. Otros programas, como la Terapia Manual Laríngea (Mathieson et al., 2009), la Terapia Manual Circumlaríngea (Aronson, 1990) o el Programa de Entrenamiento de la Fuerza Muscular Espiratoria – EFME (Pitts et al., 2009) se enfocan fuertemente en aspectos no locutivos, los cuales podrían ser complementados con otro programa o ejercicios que aborden lo estrictamente vocal.

También resulta relevante indicar que, de acuerdo a (Stemple, 2019), los programas fisiológicos sólo reconocen como subsistemas de la producción de la voz la respiración, la fonación y la resonancia, excluyendo otros aspectos que pudieran ser relevantes en la producción y mantenimiento de una patología vocal como, por ejemplo, la postura corporal (Franco et al., 2014; Hoit, 1995; Moradi et al., 2014; Staes et al., 2011) o la vivencia psicoemocional del individuo (Lima Barbosa et al., 2020). En consecuencia, la incorporación de estos contenidos terapéuticos requiere de cierta flexibilidad, habilidad y creatividad por parte del/la terapeuta.

En los programas fisiológicos, la progresión desde un contenido terapéutico a otro está más o menos fijada de antemano. Sin embargo, en otros enfoques dependerá del juicio clínico del/la terapeuta el momento de abordaje, la cantidad de ejercicios de uno u otro contenido y el cómo intervenirlos.

Es importante mencionar también que no siempre es necesario abordar todos los parámetros no locutivos en un/a usuario/a con patología vocal. Esto estará determinado por la propia evaluación fonoaudiológica, en donde el/la evaluador/a pudiese hallar características de normalidad en uno u otro subsistema o bien, por ejemplo, recibir un/a usuario/a vía derivación del/la médico/a otorrinolaringólogo/a con una disfonía orgánica para terapia prequirúrgica, donde algunos de los parámetros corporales no revisten mayor urgencia y podrían quedar relegados a una etapa posterior (Behlau et al., 2010). Por ello y aunque parezca de perogrullo, la determinación de los contenidos siempre debe estar orientada por los hallazgos de la evaluación y es un proceso cuya responsabilidad recae en el equipo clínico.

Determinación del criterio de jerarquización

Aun cuando no ha sido posible rastrear el fundamento teórico de la existencia de los criterios de jerarquización, sino sólo apreciar su presencia en vasta literatura gris disponible en diversos sitios web, clásicamente en Chile se ha considerado la existencia de tres criterios, que parecieran provenir de una tradición más ligada a la fonoaudiología infanto-juvenil que específicamente al área vocal, por lo que su aplicación pudiese resultar conflictiva con los propósitos específicos del área. En concordancia, esta propuesta reconoce:

El criterio sintomatológico jerarquiza los contenidos de la terapia de acuerdo con la importancia de los signos o síntomas que presenta el/la usuario/a, es decir, se consideran inicialmente los signos o síntomas más evidentes, para luego ir abordando aquellos que no poseen tanta notoriedad para el/la terapeuta y/o el/la usuario/a.

El criterio funcional jerarquiza los contenidos de acuerdo con la limitación funcional de los síntomas que refiere el/la usuario/a, es decir, se consideran primero los signos o síntomas que suponen una mayor limitación en la vida cotidiana, para luego ir abordando aquellos que no poseen tanta influencia en el funcionamiento del individuo.

En el área infanto-juvenil existe otro criterio, el evolutivo, cuya aplicación no es posible en el área vocal, debido a que supone la organización de los contenidos terapéuticos en concordancia a una organización cronológica de aparición de habilidades a lo largo del desarrollo, característica que no se observa en el comportamiento vocal.

Ahora bien, es posible que el/la terapeuta decida que su jerarquización responde tanto a criterios sintomatológicos como funcionales, por lo que se propone la existencia de un tercer criterio sintomatológico – funcional que aborda tanto la reducción sistemática de los síntomas del/la usuario/a, así como la progresiva funcionalidad de su voz de manera sostenida. Es posible que la mayoría de las jerarquizaciones terapéuticas en el área vocal en realidad respondan a este último criterio, en la medida en que los síntomas que son más notorios son también aquellos que generan mayor impacto funcional en el/la usuario/a.

En este punto de la planificación terapéutica se debería contar con una selección de contenidos a abordar en la terapia organizados y jerarquizados con un criterio particular.

Determinación de la orientación o filosofía de rehabilitación

Inicialmente, (Stemple, 1993) propone cinco enfoques terapéuticos que han sido ampliamente difundidos en la literatura especializada: sintomatológico o sintomático, psicológico, etiológico, fisiológico y ecléctico. Farías (2007) además suma un sexto enfoque, el denominado abordaje cognitivo basándose en los trabajos de Beck (2004) y Gasparini et al. (2003).

Con base en los trabajos de Thomas & Stemple (2007), Farías (2016) sostiene la idea de reducir estas orientaciones a sólo tres: higiénica, sintomática y fisiológica. Indica además que el componente etiológico y el psicológico están presentes (o debiesen estarlo) de manera transversal en todos los abordajes terapéuticos de la voz. Es responsabilidad del/la terapeuta incluir estos dos aspectos para asegurar una adecuada respuesta terapéutica de parte del/la usuario/a, es decir, atender siempre a la causa de la disfonía y considerar la vivencia psicoemocional del/la usuario/a, proceso que debe siempre considerar los recursos cognitivos disponibles como coadyuvantes del proceso.

En términos generales, la terapia higiénica responde al abordaje de las conductas fonotraumáticas como herramienta principal de intervención. La terapia sintomática intentará la modificación de los síntomas presentes. La terapia fisiológica hará foco en el restablecimiento del balance funcional de los subsistemas respiratorio, fonatorio y resonancial.

La propuesta aquí presentada coincide con las posturas “simplificadas” de tres orientaciones de Thomas & Stemple, (2007) y Farías (2016), debido a que reflejan de manera efectiva el trabajo realizado en el área vocal, aunque es necesario advertir y problematizar dos aspectos.

Primero, que la terapia higiénica entendida como acciones tendientes a evitar el abuso o mal uso vocal mediante pautas y consejería nunca es considerada como un único enfoque terapéutico, por lo que, en realidad será necesario siempre complementarla con los otros dos enfoques; sintomático o fisiológico. Es posible considerar este enfoque como una acción de prevención, mas no en el contexto de terapia.

Segundo, es necesario reintroducir el enfoque ecléctico como un cuarto enfoque, ya que expone de una buena manera la forma de trabajo de fonoaudiólogos/as que realizan abordajes que incluyen terapias sintomáticas y fisiológicas, decisión que responde a la necesidad del/la usuario/a y las características propias del/la terapeuta.

Entonces, en consideración de lo anterior, esta propuesta considera que los enfoques son: higiénico (exclusivamente para el caso de actividades de prevención o actividades terapéuticas aisladas centradas exclusivamente en el manejo de conductas fonotraumáticas), sintomático o sintomatológico, fisiológico y ecléctico.

Determinación del enfoque terapéutico

Según Van Stan et al. (2015) y la ASHA (2020b) es posible identificar dos enfoques terapéuticos. El enfoque directo considera toda intervención que modifique el comportamiento vocal mediante la ejecución motora, la retroalimentación somatosensorial y el *feedback* auditivo (Guenther et al., 2006). De acuerdo con Stemple (2019) se reconoce bajo este enfoque cualquier intervención cuyo objetivo sea mejorar el balance de los subsistemas que producen la voz. Un error sería considerar como enfoque directo el trabajo a nivel fonatorio, e indirecto, el de los parámetros no locutivos, entendidos estos últimos como los subsistemas que cooperan en la producción de la voz y cuya base orgánica reside fuera de la laringe.

La propuesta de Van Stan et al. (2015) considera una subdivisión de las posibles intervenciones con un enfoque directo. En términos generales, se consideran como categorías de este enfoque los abordajes (a) auditivo, (b) somatosensorial, (c) de la función vocal, (d) respiratorio y (e) musculoesquelético; cada uno con ciertas características y procedimientos asociados. Un panorama general acerca de esta organización taxonómica se encuentra en el Anexo I. Para cada sesión terapéutica se sugiere que se expliciten las categorías de abordaje directo utilizadas para permitir una evaluación a posteriori de las elecciones del/la terapeuta respecto de los mecanismos terapéuticos utilizados y de este modo, cambiar el tipo de abordaje o complementarlo con acciones de otra categoría que le permitan al/la usuario/a alcanzar los objetivos planteados. Cabe señalar que una misma actividad terapéutica podría incorporar aspectos de las cinco categorías “a la vez”, es decir, que la realización de un determinado ejercicio contemple el abordaje de aspectos respiratorios, musculoesqueléticos, de función vocal, etc. Esto lógicamente dependerá de las necesidades del/la usuario/a y de la planificación terapéutica del/la fonoaudiólogo/a.

El enfoque indirecto, por su parte, modifica los factores cognitivos, conductuales, psicológicos y físicos en los cuales la voz ocurre (Roy et al., 2001; Thomas & Stemple, 2007). Se describen dos categorías de abordaje indirecto:

La educación al/la usuario/a, proceso en el que se aborda, con una finalidad ilustrativa, la fisiología de la producción vocal y el

impacto de la patología en la voz, entregando información relativa a la higiene vocal.

La consejería, proceso que permite identificar e implementar estrategias de manejo y modificación de los factores psicosociales que afectan de forma negativa el proceso vocal.

Al igual que en el enfoque directo, las categorías del indirecto también tienen sus propias herramientas, las cuales están referidas en el Anexo II. Al igual que lo sugerido para el enfoque indirecto, esta propuesta considera pertinente la explicitación de los mecanismos utilizados bajo este enfoque. Se recomienda revisar la propuesta de los autores para mayor nivel de detalle.

Determinación del método de intervención

Los métodos definidos en esta propuesta son tres; el extrínseco, el intrínseco y el extrínseco-intrínseco, que se ha decidido nombrar de tal modo porque recoge características de ambos.

Esta distribución sigue la propuesta de Van Stan et al. (2015). Los métodos terapéuticos hacen referencia al marco de intervención mediante el cual el/la usuario/a es abordado por el/la terapeuta. De esta forma, el/la fonoaudiólogo/a puede contar con una serie de estructuras generales de rehabilitación. Precisamente estas “estructuras” son las que definen cada uno de los métodos, las cuales están referidas en detalle en el Anexo III.

A través de la elección de los métodos, el/la terapeuta reconoce que durante el proceso terapéutico, incluso en ausencia de *feedback* externo (o extrínseco) por parte del/la propio/a fonoaudiólogo/a, puede existir un *feedback* interno (o intrínseco) del/la usuario/a que se genera a partir de la realización de las tareas solicitadas y pudiese formar parte, de manera intencionada, de la actividad planificada (Hart et al., 2014). Esta autorregulación de parte del/la usuario/a en el contexto terapéutico es necesaria además para una adecuada transferencia de los logros terapéuticos desde el contexto clínico a la vida diaria, por lo que se espera que, durante el curso de la terapia vocal, los métodos seleccionados por el/la terapeuta comenzaran siendo extrínsecos, luego extrínsecos – intrínsecos, a modo de transición, y luego intrínsecos, cuando el/la usuario/a pudiese autorregularse más eficientemente. Evidentemente, el paso de un método a otro queda a juicio clínico del/la terapeuta, puesto que dependerá de las condiciones y factores propios de cada usuario/a, su contexto, el diagnóstico, las condiciones del centro clínico, etc.

Así como los enfoques poseen “herramientas” a través de los cuales se materializan, los métodos poseen “estructuras” mediante los cuales se explicitan. Se recomienda, sesión a sesión, indicar

los métodos de intervención utilizados para monitorear el tránsito de lo extrínseco a lo intrínseco y poder proyectar eventuales espaciamientos terapéuticos mediante la disminución de la dosis semanal, por ejemplo, o planificar actividades que obedezcan a tareas de generalización. Las estructuras de los métodos están explicitadas en el Anexo III.

Etapa II: Organización Terapéutica

El modelo de la CIF (Fig. 1) propone la integración de los modelos biomédico y social de la discapacidad, para lo cual adopta el modelo biopsicosocial como marco conceptual desde el cual se analizan las necesidades del/la usuario/a. Por otra parte, al reconocer como relevantes a los factores ambientales y personales, permite describir cómo éstos pueden ser un elemento clave para comprender la discapacidad y el funcionamiento de los individuos, y cómo se pueden adoptar cambios y medidas sociales que permitan reducir su impacto cuando éste resulta ser negativo (Ayuso-Mateos et al., 2006; Querejeta González, 2004).

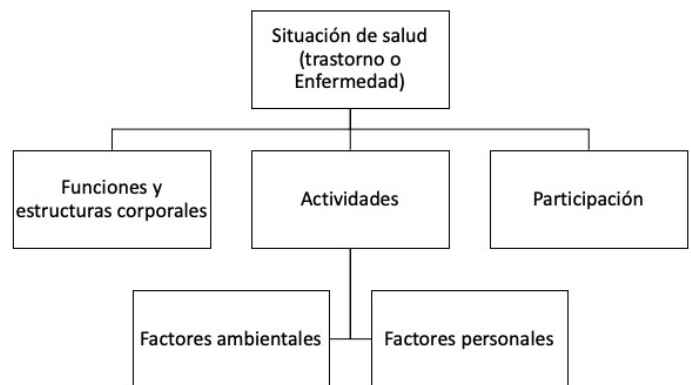


Figura 1. Esquema de los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, CIF.

Para la etapa de Organización Terapéutica, la ASHA (2020a), indica que el/la terapeuta deberá tener en consideración los criterios de la CIF durante el proceso de formulación de los objetivos. Para tal efecto, se proponen tres preguntas esenciales como guías del proceso de planificación, planteadas en concordancia con los componentes del modelo. Para el área vocal, éstas son:

- a. ¿Qué impedimentos afectan más la función, según la evaluación clínica y el autorreporte del individuo?


- b. ¿Cómo afecta el impedimento vocal del/la usuario al cumplimiento de los roles de la vida diaria (ocupacional, social, recreativo)?
- c. ¿Qué características ambientales y personales ayudan o dificultan la participación del/la usuario/a en actividades o situaciones?

Como se puede apreciar en estas preguntas, la propuesta de la ASHA fusiona en un solo apartado los niveles de Actividad y Participación: en definitiva el desempeño del/la usuario/a en tareas vocales cotidianas y su reincorporación a la esfera familiar, social y/o laboral, en su conjunto, se consideran como el elemento subyacente que debiera orientar la intervención.

Además, las preguntas planteadas impactan en las decisiones del/la clínico/a relativas a la evaluación fonoaudiológica, debido a que éstas precisan de información no sólo acerca de la calidad

vocal, sino también de los posibles roles familiares, sociales y/o laborales que el/la usuario/a desempeña (o desempeñaba hasta la aparición de la patología vocal) y cómo la afectación de la voz impacta en dichas actividades.

El contar con una planificación estructurada bajo el modelo de CIF permite maximizar los impactos funcionales que la intervención terapéutica pueda tener, optimizar el potencial del/la usuario/a para participar en actividades significativas y facilitar la participación del individuo y la familia en el proceso de rehabilitación (ASHA, 2020b).

Esta etapa de Organización Terapéutica está representada en la Figura 2 y descrita por punto a continuación. Cabe señalar que el símbolo  releva la importancia de que el planteamiento de los objetivos sea un proceso dinámico.

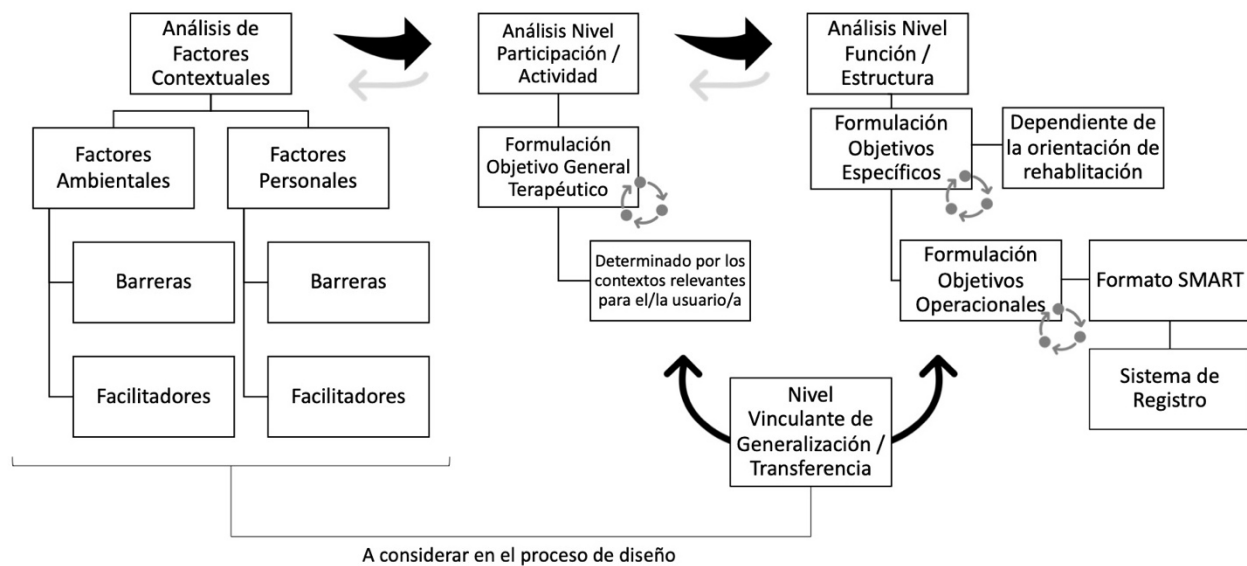


Figura 2. Etapa de organización terapéutica.

Análisis de Factores Contextuales

Los factores contextuales del/la usuario/a con disfonía se refieren a todos aquellos aspectos extrínsecos (ambientales) o intrínsecos (personales) que forman el contexto de la vida de un individuo y como tal, afecta el funcionamiento de esa persona (Servicio Nacional de Discapacidad, 2017). Inicialmente será necesario organizar la información relevante referente a los factores

contextuales que puedan facilitar o dificultar el proceso terapéutico.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013a) indica que los factores contextuales con los cuales las personas viven y se desarrollan influyen su funcionamiento sustancialmente. Si la influencia es positiva, el desempeño del individuo será por sobre la capacidad esperada. Por el contrario, si la influencia es negativa, el desempeño será por debajo del nivel esperado. De este

modo, cuando un factor contextual mejora el desempeño, se debe considerar un facilitador; por otro lado, cuando lo disminuye, se considera una barrera. Aun cuando los factores contextuales sean más o menos similares entre dos o más usuarios/as, así como la población tiene distintos niveles de capacidad, también se presume que los factores contextuales podrían afectar de modo distinto a diversas personas (Fernández-López et al., 2009; Servicio Nacional de Discapacidad, 2017). Ello enfatiza la necesidad de contar con un proceso de evaluación fonoaudiológica orientado no sólo al nivel de función / estructura sino que además también considere los niveles de participación y actividad (Ma et al., 2007).

La consideración de estas características permitirá disponer las ayudas necesarias para asegurar un adecuado éxito terapéutico o bien, establecer un pronóstico que responda no sólo a la condición médica de manera aislada sino de forma situada, teniendo en cuenta al/la usuario/a en su medio. Este análisis permitirá más tarde, planificar actividades que logren transferir los logros obtenidos desde un contexto terapéutico a la vida cotidiana con mayores probabilidades de éxito dada su atinencia (Fernández-López et al., 2009).

Factores Ambientales

Se definen como el ambiente físico, social y actitudinal en el cual una persona vive. El ICF Checklist (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013b) propone una lista de factores ambientales que pueden considerarse barreras o facilitadores en diferente grado. Se sugiere revisar dicha propuesta para mayor detalle. Entre aquellos que pueden resultar relevantes para el área vocal destacan: entorno ruidoso, clima, red de apoyo familiar, red de apoyo de amigos, apoyo del sistema de salud, actitudes individuales de diversos actores, prácticas e ideologías sociales, acceso a diversos servicios, etc. No obstante, la detección de los factores ambientales relevantes para el/la usuario/a debe estar orientado por el propio proceso de evaluación fonoaudiológica. El Servicio Nacional de Discapacidad (2017), a partir de la base de datos del II Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile, evalúa cada uno de los factores bajo los indicadores “facilita mucho”, “facilita poco”, “ni facilita ni dificulta”, “dificulta poco”, “dificulta mucho”, lo que resulta útil para su análisis.

Factores personales

La OMS (2013a, 2013b) considera que los factores personales de tipo sociodemográfico como género, edad, etnia, edad, estilos de vida, educación, profesión u orientación sexual pueden determinar el funcionamiento particular de individuo. Sin embargo, advierte la necesidad de considerar estos factores

tomando en cuenta el contexto sociocultural en el que el/la usuario/a está inserto/a, debido a que las comunidades necesariamente influyen el peso crítico que estas características puedan tener. Por otra parte, factores de tipo psicológico, como la motivación, la responsabilidad, la adherencia terapéutica, la relación que el/la usuario/a logra establecer con el/la terapeuta, etc., también deben quedar definidos en este apartado. Por la naturaleza de estos factores, es poco probable contar con una lista acabada debido a su gran variabilidad posible, por lo cual el/la fonoaudiólogo/a debiese ser culturalmente competente en el entorno del/la usuario/a para advertir temprana y eficazmente las posibles barreras o facilitadores terapéuticos a nivel personal.

Análisis Nivel Participación / Actividad

Se definen como Actividades las acciones y tareas ejecutadas por los individuos, mientras que la Participación hace referencia a su involucramiento en situaciones de la vida cotidiana (OMS, 2013a).

Con el análisis de factores contextuales acabado, el/la fonoaudiólogo/a se encuentra en condiciones de formular su objetivo general de intervención. Tal como se advierte en la Fig. 2, además de ir avanzando entre etapas (lo que está indicado con la flecha grande superior entre etapas), también es posible volver a una fase previa (lo que está indicado con la flecha pequeña inferior) para que la información recabada y los planteamientos terapéuticos sean revisados, reestructurados, puestos en perspectiva, discutidos con el/la usuario/a y/o la familia, etc. lo que permite que el propio proceso de planificación (además del de evaluación y de intervención vocal) sea dinámico y responda de forma adecuada a las necesidades del/la usuario/a.

Formulación Objetivo General Terapéutico

De acuerdo con Landis et al. (2004), el objetivo general fonoaudiológico no requiere ser planteado con criterios de logro medibles sino más bien indicar qué es lo que se espera que el/la usuario/a logre cuando finalice el proceso terapéutico. En la práctica clínica estadounidense es común la diferencia en el planteamiento de objetivos a largo y corto plazo (ASHA, 2020a). Estos objetivos a largo y corto plazo pueden coincidir con la noción fonoaudiológica chilena de objetivos específicos y operacionales, correspondientemente. Sin embargo, además, se considera necesaria la inclusión de un objetivo general que responda de manera más evidente a las condiciones detectadas en relación con el nivel de Participación / Actividad y que pueda declarar los contextos relevantes para el/la usuario/a en su vida cotidiana.

La formulación del objetivo general dependerá de la condición de salud del/la usuario/a y del pronóstico de rehabilitación posible teniendo en consideración el diagnóstico otorrinolaringológico y el Análisis de Factores Contextuales. Esto determinará la estrategia con la que la intervención terapéutica será llevada cabo.

Para aquellos/as usuarios/as con un buen pronóstico, con diagnóstico de disfonía funcional (disfonías músculo tensionales, puberfonía de etiología no endocrinológica, disfonía psicógena, etc.) o mixta de posible resolución terapéutica (esbozos nodulares, nódulos vocales agudos, etc.), en el contexto donde se observa al individuo motivado y responsable con la terapia fonoaudiológica (entre otros factores contextuales facilitadores) y donde por ende, es posible la restitución de las condiciones de voz normal (Gonzalez & Donoso, 2000), el objetivo general de intervención vocal podría quedar planteado como:

Que el/la usuario/a logre una voz normal que le permita comunicarse funcionalmente en su contexto laboral, escolar, social y/o familiar.

Evidentemente, el/la fonoaudiólogo/a seleccionará los contextos relevantes para cada usuario/a. Cabe recalcar que es imprescindible el análisis de la condición médica en el contexto del/la usuario/a. Por ejemplo, un usuario con diagnóstico ORL de DMT – IIA, pero que vive lejos del centro médico donde se realiza la terapia, no cuenta con la motivación necesaria para seguir las instrucciones de higiene vocal y presenta una escasa afectación en la escala funcional medida a través del Voice Handicap Index – 30 (Jacobson et al., 1997), no contará con un buen pronóstico vocal, lo que forzará al/la fonoaudiólogo/a a reconsiderar el posible restablecimiento de una voz normal y por lo tanto modificar el objetivo general de intervención si es que éste había sido de restitución, en condiciones donde las conductas fonotraumáticas se mantienen en el tiempo. Es posible que este proceso de revisión de los posibles máximos terapéuticos no ocurra al inicio del proceso terapéutico, sino más bien durante el mismo, ya que el fortalecimiento del *rapport* permitirá observar y entender al/la usuario/a de mejor forma. Esto nuevamente evidencia la necesidad de contar con un proceso de planificación terapéutica que sea dinámico y responda a las modificaciones que el/la terapeuta pueda ir observando durante el proceso de abordaje fonoaudiológico.

Ahora bien, si el objetivo planea la compensación de las condiciones vocales del/la usuario/a (Fariás, 2007), en condiciones en las cuales existe la presencia de una disfonía mixta que pueda resultar resistente a la intervención terapéutica fonoaudiológica debido a que la lesión exhibe escasas

posibilidades de reabsorción, o bien, en un/a usuario/a con una disfonía orgánica donde los factores contextuales restrinjan la posibilidad de acceder a una cirugía laríngea o en el caso de un individuo con una disfonía funcional que presenta una serie de factores contextuales que hacen dudar de manera fundada acerca de la posibilidad de avance terapéutico, el objetivo general podría quedar planteado como:

Que el/la usuario/a logre mejorar la calidad de su voz de tal modo que le permita comunicarse funcionalmente en su contexto laboral, escolar, social y/o familiar.

Se planteará un objetivo de soporte en el caso de que el/la fonoaudiólogo/a contemple producir una emisión alaríngea mediante técnicas de voz esofágica o mediante el apoyo de dispositivos tecnológicos. Esto ocurrirá en el caso de los/las usuarios/as laringectomizados totales o incluso podría plantearse en alguna disfonía psicógena secundaria a un trastorno psiquiátrico mayor donde la emisión podría conseguirse mediante el acercamiento de las bandas vestibulares (Behlau et al., 2010). En tal caso, el objetivo general podría quedar planteado como:

Que el/la usuario/a logre comunicarse funcionalmente en su contexto laboral, escolar, social y/o familiar.

En el caso de aquellos usuarios que reciben intervención fonoaudiológica en el contexto de habilitación vocal, en ausencia de patología y requieran servicios fonoaudiológicos, se planteará un objetivo de potenciación de las habilidades vocales. Este objetivo podría presentar una gran variabilidad en su planteamiento debido a las múltiples necesidades que pudiesen requerir ser cubiertas por el trabajo fonoaudiológico. Una propuesta es la siguiente:

Que el/la usuario/a logre desarrollar habilidades vocales funcionales orientadas al/la (canto, docencia, actuación, declamación, etc.).

Es necesario también tener en cuenta que los usuarios con un mal pronóstico terapéutico requerirán que tanto ellos/as mismos/as como su entorno más próximo se adapten a las condiciones nuevas de producción vocal. Esto es más evidente en el caso de aquellos/as usuarios laringectomizados/as totales cuya condición vocal es muy diferente antes y después de la intervención quirúrgica. No obstante, también es posible que usuarios/as con patologías glóticas de naturaleza menos severa, pero con una insuficiente respuesta terapéutica también requieran de este proceso de aceptación y reconocimiento de esta nueva voz. Este proceso, denominado adaptación psicosocial (Gonzalez & Donoso, 2000), ya clásico en el área de la fonoaudiología del

adulto y adulto mayor, y que requiere necesariamente de apoyo profesional, debe ser incluido como parte del abordaje terapéutico vocal y por tanto debe estar reconocido como un segundo objetivo general de intervención, en los casos que así lo ameriten, considerando los participantes de los contextos relevantes para el usuario:

Que el/la usuario/a y (la comunidad, la familia, los/las compañeros/as de trabajo, los/as amigos/as, etc.) logren una adaptación psicosocial relativa a la condición vocal.

Análisis Nivel Función / Estructura

Según la CIF (OMS, 2001), en este nivel se debe operar a un nivel psicológico y físico, reconociendo funciones, tanto somáticas como psicológicas, y estructuras corporales (Ayuso-Mateos et al., 2006). Sprafka (2006) indica, bajo los principios de la práctica médica osteopática, que una intervención terapéutica racional debiese estar basada en el conocimiento de la unidad del cuerpo, los mecanismos autorreguladores y, precisamente, la interrelación entre estructura y función. La rehabilitación vocal apunta muchas veces a la recuperación de estas dos últimas, sin poder realizar una desagregación de los procedimientos para uno u otro subnivel. Las disfonías funcionales presentan una alteración en la función sin trastorno estructural, por lo que es relativamente simple indicar que el abordaje terapéutico está orientado a la función. Sin embargo, no se posee la misma claridad al analizar el caso de las disfonías mixtas u orgánicas, ya que no necesariamente se rehabilita sólo la función, sino que también es esperable que, a causa de la intervención vocal, se observe un cambio en la estructura laríngea (reabsorción de lesiones, disminución de la rigidez tisular, desinflamación, etc.) aunque este cambio no siempre sea posible por las condiciones biológicas de las cuerdas vocales. En este nivel se realizará la formulación de objetivos específicos y operacionales, además del diseño de sistema de registro, que se estructuran como sigue.

Formulación Objetivos Específicos

Los objetivos específicos son los que permiten la consecución del objetivo general y enuncian acciones para tal efecto (Aspeé, 2015). En esta propuesta, al contrario de lo que se advierte en otras (Landis et al., 2004; Lignugaris/Kraft et al., 2001), se propone que los objetivos específicos se encuentran entre aquellos de largo (general) y corto plazo (operacionales) y su naturaleza considera una descomposición del objetivo general en subniveles que permitan un abordaje más organizado.

Se considera que los objetivos específicos son más o menos invariables en la planificación vocal, en la medida que, en general,

se abordan contenidos de educación y consejería, los parámetros no locutivos y los parámetros vocales. Esta organización responde a la jerarquización que se supone ya fue anteriormente realizada.

- a. Que el/la usuario/a logre conocer los procesos anatomofisiológicos involucrados en la producción de la voz.
- b. Que el/la usuario/a logre adecuados hábitos de higiene vocal.
- c. Que el/la usuario/a logre una postura corporal adecuada durante la producción de la voz.
- d. Que el/la usuario/a logre un tono muscular adecuado en durante la producción de la voz.
- e. Que el/la usuario/a logre un proceso respiratorio adecuado durante la producción de la voz.
- f. Que el/la usuario/a logre parámetros vocales adecuados.

De este modo, los objetivos específicos van a ser formulados dependiendo del enfoque seleccionado; los objetivos *a* y *b* corresponden al enfoque indirecto, mientras que los objetivos *c*, *d*, *e* y *f*, al directo. Evidentemente, éstos serán planteados en la medida en que las necesidades del/la usuario/a así lo determinen.

Ahora bien, aunque esta organización podría plantearse sin reservas bajo una terapia de orientación higiénica, higiénico - sintomatológica o ecléctica, La terapia fisiológica basada en la intervención en base a los diversos programas terapéuticos presenta un desafío, ya que se orienta a desencadenar el equilibrio de los subsistemas productores de la voz a la vez (Stemple, 1993, 2005, 2019).

Algunas posturas podrían señalar que los objetivos planteados en Stemple et al. (1994) resultarían útiles como objetivos específicos bajo una orientación fisiológica; a saber: (a) mejorar el balance entre los subsistemas de la producción de la voz: respiración, fonación y resonancia, (b) mejorar la fuerza, balance, tono y resistencia de los músculos laríngeos y (c) desarrollar una cubierta mucosa saludable de los pliegues vocales. Tal consideración resulta problemática debido a que debe existir una vinculación entre los objetivos operacionales y los específicos, de este modo, si se realiza una “división” de los objetivos terapéuticos por subsistema o por otro criterio, como en la propuesta de los autores señalados, no tiene sentido luego que la intervención vocal implique abordarlos todos a la vez. Además, en la propuesta de los autores, se observa que el proceso fonatorio, presente en el objetivo *a*, se relaciona íntimamente con los objetivos *b* y *c*.

En consecuencia, para evitar la redundancia en el proceso de planificación terapéutica y respetar las orientaciones de los programas de orientación fisiológica (Guzmán, 2012), si el terapeuta trabaja bajo esta filosofía, basta con que se plantee un solo objetivo específico como el que a continuación se indica:

Que el/la usuario/a logre mejorar el balance entre los subsistemas de la producción de la voz: respiración, fonación y resonancia.

No obstante, es necesario agregar los objetivos de educación y consejería en el caso de ser abordados.

Finalmente, en caso de haber decidido utilizar el objetivo general de adaptación psicosocial, resulta adecuado desagregar en objetivos específicos por cada uno de los contextos o grupos de personas relevantes para el/la usuario/a.

Formulación objetivos operacionales

Los objetivos operacionales están planteados como metas a corto plazo y definen tareas que el/la usuario/a debe realizar para así ser evaluadas con determinados criterios de logro.

La decisión de qué parámetros se van a intervenir debe ser específica para cada usuario/a y varía de acuerdo con los hallazgos de la evaluación. Todos los aspectos evaluados y considerados como insuficientes y/o alterados durante el proceso deben estar considerados en la etapa de formulación de objetivos y han de quedar organizados en el transcurso de la intervención terapéutica coherentemente con el criterio de jerarquización seleccionado por el/la terapeuta en concordancia con la información entregada por el/la usuario/a.

El Center for Disease Control and Prevention (CDC) en Estados Unidos ha recomendado el uso de la metodología SMART (Doran, 1981) para el planteamiento de objetivos que orienten la intervención terapéutica, considerando dicho modelo como el gold estándar debido a que entrega direcciones claras y específicas tanto para la etapa de planificación como de implementación de acciones (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2008; Turner-Stokes, 2009). En la presente propuesta se ha decidido incorporar este modelo en la propuesta de objetivos operacionales, aún cuando la descripción metodológica inicial no establece sobre qué tipo de objetivos se pueden utilizar. Además, el modelo se ajusta adecuadamente al planteamiento de objetivos bajo la lógica del modelo de la CIF (Bovend'Eerdt et al., 2009). Actualmente, a nivel internacional, la propuesta SMART ha sido incorporada en el abordaje tanto fonoaudiológico como de las otras ciencias de la rehabilitación (Angeli et al., 2018, 2019; Bailey, 2017; Bowman et al., 2015; Fu et al., 2020; Hersh et al., 2012; Prescott et al., 2019; Řasová et al., 2020).

La propuesta aquí discutida adapta este formato a las condiciones terapéuticas del área vocal. El formato SMART deriva de un

acrónimo, cuyas características (Ogbeiwi, 2017) y aplicación se discuten a continuación:

- a. *Specific* (Específico). En el caso del área vocal, el objetivo operacional debe indicar claramente cuál es el resultado buscado, cómo se va a desarrollar, cuál será el criterio de logro y cómo será medido, con el mayor nivel de concreción posible. Debe tener toda la información para ser lo suficientemente particular y lograr medirlo con independencia de otros objetivos que pudieran ser planteados en el plan terapéutico. El resultado buscado a través del ejercicio no puede quedar planteado en términos fisiológicos no medibles in situ (por ejemplo, “mejorar la onda mucosa”, “lograr un adecuado cierre glótico”, “reabsorber la lesión de masa”), sino que a través de efectos perceptuales y/o instrumentales que sean efectivamente mensurables en el contexto de la terapia (“disminuir la aspereza”, “disminuir la soplosidad”, “disminuir el jitter en un 0.5%”, por ejemplo, correspondientemente). Además, el objetivo no debe incluir más de una tarea a realizar ni tampoco puede ser similar al objetivo específico desde el cual se propone; los objetivos operacionales, precisamente, deben operacionalizar lo que el objetivo específico plantea.
- b. *Measurable* (Medible). Se debe plantear un mecanismo de medición para el objetivo abordado. Este punto puede suponer varias interpretaciones, debido a que la medición de la eficacia de la terapia vocal resulta aún un tema polémico (Desjardins et al., 2017), no obstante, durante la sesión de terapia vocal resulta poco práctico poder realizar evaluaciones objetivas y/o instrumentales luego de cada ejercicio, a modo de cuantificar la consecución de un logro en la misma sesión, por lo que la mayoría de objetivos que apuntan a lo vocal (o incluso a los parámetros no locutivos) tendrían un criterio de logro subjetivo perceptual (auditivo, visual, táctil y/o propioceptivo de parte del/la terapeuta y/o del/la usuario/a). Este método de medición cualitativo es útil cuando no es posible cuantificar el logro, por ejemplo: la disminución de la ronquera o el aumento de la flexibilidad vocal (Bovend'Eerdt et al., 2009). Esto no implica que no sea útil realizar reevaluaciones instrumentales periódicas para cuantificar los cambios que un usuario ha logrado con el abordaje terapéutico, lo que resulta relevante sobretudo en un abordaje de orientación fisiológica, pero la naturaleza de los logros a nivel operacional impide su medición cuantitativa inmediata. Ahora bien, en otros casos, como por ejemplo, la disminución de una cantidad de tonos determinada durante la producción vocal o la cantidad de quiebres tonales producidos durante una emisión, son características cuantificables que pueden dar lugar a

mediciones in situ. En aquellos objetivos que se pueda establecer un criterio de logro porcentual, la literatura especializada aún se encuentra definiendo el ideal, por lo que es una temática aún en discusión, aún cuando la tradición heredada de Van Riper propone el 80% (Fuller & Fienup, 2018; McDougale et al., 2020; Moore, 2018). Cabe señalar que la consecución del logro no debe confundirse con la cantidad de veces que una determinada tarea se realiza en la sesión terapéutica.

- c. *Attainable* (Alcanzable). El planteamiento del objetivo debe ser concordante con el nivel de desempeño del usuario observado mediante la evaluación. Además, evidentemente, debe apuntar a una posible transferencia posterior hacia las actividades relevantes en su vida cotidiana. Se recomienda no planificar una cantidad determinada de repeticiones de tareas vocales debido a que la propia exploración vocal en la terapia dirigirá tanto la cantidad de repeticiones como los facilitadores presentados al/la usuario/a, así como la necesidad de desechar una técnica o ejercicio debido a características propias del individuo que son descubiertas en el transcurso de la sesión.
- d. *Relevant* (Relevante). La importancia del objetivo debe ser crucial para la decisión de abordarlo en la intervención terapéutica. Además, este punto hace referencia a que será posible alcanzarlo con los recursos terapéuticos disponibles y en una ventana de tiempo determinada. Precisamente estas características hacen que la planificación terapéutica sea, necesariamente, un procedimiento que deba realizarse independientemente para cada usuario/a. La relevancia debe ser decidida por el/la mismo/a usuario/a y el/la terapeuta. Así como en el punto anterior, el objetivo debe apuntar hacia su posible generalización en contextos relevantes para quien recibe la intervención vocal.
- e. *Time – Bound* (con un criterio temporal). Los objetivos fonoaudiológicos en el área vocal se plantearán sesión a sesión, siendo ése precisamente su margen temporal. Esto no significa que no puedan volver a abordarse en siguientes sesiones si no se alcanza la consecución del logro.

Si el criterio de logro es cuantitativo, el sistema de registro debiera consignar la cantidad de repeticiones, duración, frecuencia, etc., a realizar una tarea determinada y un porcentaje de corte donde se considera que el objetivo se logra (criterio de logro), así como el rendimiento del/la usuario/a en dicha actividad. Generalmente este porcentaje suele ser el 80%, pero tal como se indicó más arriba, puede modificarse en vista del rendimiento del paciente o en condiciones especiales. También, es posible establecer criterios porcentuales gradados en términos de la consecución del

objetivo (Fuller & Fienup, 2018; McDougale et al., 2020; Moore, 2018).

Si el criterio de logro es cualitativo, se registra cualitativamente el rendimiento del paciente, considerando la evaluación perceptual por parte del terapeuta y/o el usuario/a. Se debe considerar que la cantidad de repeticiones de un ejercicio puede no tener relación con la consecución del objetivo, por lo que sólo registrar la cantidad de repeticiones en el sistema de registro puede resultar en considerar como logrados objetivos que no lo están (Bovend'Eerd et al., 2009).

Nivel vinculante de Generalización / Transferencia

Al observar lo planteado en los objetivos específicos y operacionales y compararlo con lo indicado en el objetivo general, se logra advertir la dicotomía entre los niveles “Función / Estructura” y “Participación / Actividad”, correspondientemente. Por ello, resulta necesario plantear un nivel “de enlace” que permita lograr que las habilidades logradas en el contexto terapéutico sean generalizadas hacia las actividades de la vida diaria mediante un proceso de transferencia. La propuesta de actividades de generalización, no es nueva, no obstante, no estaba contemplada dentro de la práctica fonoaudiológica como un nivel “de paso” entre los dos niveles de la CIF.

Precisamente para tal efecto se propone este Nivel Vinculante de Generalización / Transferencia con el fin de que las actividades terapéuticas puedan ser aplicadas en actividades relevantes para el/la usuario. Por cierto, esto no escapa a la dinámica de toda la planificación terapéutica. Las actividades planteadas bajo este nivel deben quedar consignadas igualmente en el registro de la sesión y tener aparejados los objetivos terapéuticos necesarios. Sin embargo, cabe señalar, que, en este nivel, al/la usuario/a ya no se le solicita la realización de un ejercicio o técnica particular, sino que se trabaja en torno a una tarea fonatoria que sea común en su contexto natural. Farías (2016) señala que por ejemplo, si al/la usuario/a le gusta cantar, es posible aplicar lo trabajado en vocalizaciones en canciones que él/ella proponga, si coordina grupos de trabajo, es posible realizar un *role-playing* de una reunión o bien, si es docente, se podría solicitar la tarea de lectura en voz alta de cuentos a sus hijos durante 15 a 20 minutos. Sólo en la medida en que las técnicas terapéuticas se vinculen con el nivel de “Participación / Actividad” serán provechosas y la terapia vocal resultará beneficiosa para el/la usuario/a.

Cabe señalar, que para planificar actividades en este nivel y dependiendo de la lógica detrás de la intervención, se requiere que el/la usuario/a haya alcanzado cierto rendimiento en la ejecución de tareas vocales, por lo que es aconsejable que se plantee sólo

cuando algunos objetivos operacionales ya han sido alcanzados. Sin embargo, es posible comenzar un trabajo a nivel de Actividad y Participación desde etapas tempranas del abordaje terapéutico para favorecer los resultados. Resulta esencial considerar las barreras y facilitadores contextuales del/la usuario/a para diseñar una experiencia terapéutica adecuada.

CONCLUSIONES

Esta propuesta pretende ordenar una serie de acciones terapéuticas en el marco del modelo de la CIF a través de la entrega de algunos lineamientos teóricos que faciliten el trabajo del/la fonoaudiólogo/a que trabaja con usuarios/as con dificultades vocales. No obstante, esto debe entenderse como un trabajo en curso, ya que la propuesta queda abierta a sufrir modificaciones y está aquí expuesta con el único fin de generar discusión y debate entre los profesionales del área, más que servir como un marco invariable en el cual todas las acciones terapéuticas tengan lugar. Se reconoce también que todas las intervenciones vocales están situadas en un contexto determinado por múltiples factores (características del/la usuario/a, del/la terapeuta, del centro clínico, disponibilidad de tiempo, recursos materiales, etc.) y, por ende, es tarea imposible dar cuenta de todas las realidades particulares a las que la terapia vocal podría tener que adaptarse, quedando aquellas más peculiares, posiblemente fuera de este marco.

REFERENCIAS

- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (2020a). *Person-centered focus on function: Voice*. <https://www.asha.org/siteassets/uploadedFiles/ICF-Voice-Disorders.pdf>
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (2020b). *Voice Disorders*. American Speech-Language-Hearing Association; American Speech-Language-Hearing Association. <https://www.asha.org/practice-portal/>
- Angeli, J. M., Harpster, K. L., Hanson, E., Sheehan, A., & Schwab, S. M. (2018). Patient- and caregiver-identified preferences: Dimensions of change in developmental therapy treatment goals. *Developmental Neurorehabilitation*, 22(1), 39–46. <https://doi.org/10.1080/17518423.2018.1425754>
- Angeli, J. M., Schwab, S. M., Huijs, L., Sheehan, A., & Harpster, K. (2019). ICF-inspired goal-setting in developmental rehabilitation: An innovative framework for pediatric therapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1692392>
- Aronson, A. E. (1990). *Clinical Voice Disorders* (3era ed.). Thieme Stratton.
- Aspé, J. (2015). Metodología de planificación operacional. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, 12, 82–102.
- Ayuso-Mateos, J. L., Nieto-Moreno, M., Sánchez-Moreno, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): Aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 126(12), 461–466. <https://doi.org/10.1157/13086326>
- Bailey, R. R. (2017). Goal Setting and Action Planning for Health Behavior Change. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 13(6), 615–618. <https://doi.org/10.1177/1559827617729634>
- Beck, J. (2004). *Frequent Asked Questions about Cognitive Behavior Therapy*. Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. <https://beckinstitute.org/frequently-asked-questions/>
- Behlau, M., Madazio, G., Feijó, D., Azevedo, R., Gielow, I., & Rehder, M. (2010). Aperfeiçoamento Vocal e Tratamento Fonoaudiológico das Disfonias. En M. Behlau (Ed.), *Voz: O Livro do Especialista* (Vol. 2). Revinter.
- Bovend'Eerd, T. J., Botell, R. E., & Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: A practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 352–361. <https://doi.org/10.1177/0269215508101741>
- Bowman, J., Mogensen, L., Marsland, E., & Lannin, N. (2015). The development, content validity and inter-rater reliability of the SMART-Goal Evaluation Method: A standardised method for evaluating clinical goals. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(6), 420–427. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12218>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2008). *Evaluation Briefs. Goals and Objectives*. <https://tinyurl.com/yb4nzttd>
- Colton, R., Casper, J., & Leonard, R. (1995). *Understanding Voice Problems: A Physiological Perspective for Diagnosis and Treatment* (Williams&Wilkins).
- Desjardins, M., & Bonilha, H. S. (2019). The Impact of Respiratory Exercises on Voice Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Voice*, 34(4), 648.e1-648.e39. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.01.011>
- Desjardins, M., Halstead, L., Cooke, M., & Bonilha, H. S. (2017). A Systematic Review of Voice Therapy: What “Effectiveness” Really Implies. *Journal of Voice*, 31(3), 392.e13-392.e32. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.10.002>
- Doran, G. (1981). There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35–36.
- Fariás, P. (2007). *Ejercicios que restauran la función vocal* (1ª ed.). Akadia Internacional. <https://www.casadellibro.com/libro-ejercicios-que-restauran-la-funcion-vocal-observaciones-clinicas/9789875700482/1868618>
- Fariás, P. (2016). *Guía Clínica Para El Especialista En Laringe y Voz – akad*. Akadia Internacional. <https://www.librosmedicos.cl/producto/guia-clinica-para-el-especialista-en-laringe-y-voz-akad/>
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., Geoffrey, R., Stucki, G., & Cieza, A. (2009). Funcionamiento y discapacidad: La clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 83(6), 775–783. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272009000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Franco, D., Martins, F., Andrea, M., Fragoso, I., Carrão, L., & Teles, J. (2014). Is the Sagittal Postural Alignment Different in Normal and Dysphonic Adult Speakers? *Journal of Voice*, 28(4), 523.e1-523.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.01.002>

- Fu, V., Weatherall, M., McPherson, K., Taylor, W., McRae, A., Thomson, T., Gommans, J., Green, G., Harwood, M., Ranta, A., Hanger, C., Riley, J., & McNaughton, H. (2020). Taking Charge after Stroke: A randomized controlled trial of a person-centered, self-directed rehabilitation intervention. *International Journal of Stroke*, 15(9), 954–964. <https://doi.org/10.1177/1747493020915144>
- Fuller, J. L., & Fienup, D. M. (2018). A Preliminary Analysis of Mastery Criterion Level: Effects on Response Maintenance. *Behavior Analysis in Practice*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s40617-017-0201-0>
- Gasparini, G., Diaféria, G., & Behlau, M. (2003). Queixa vocal e análise perceptivo-auditiva de pacientes com doença de Parkinson. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 2(1), 72–76. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v2i1.4254>
- Gonzalez, R., & Donoso, A. (2000). Programa de rehabilitación fonoaudiológica para pacientes afásicos. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 2(3), 35–48. <https://n9.cl/ckt1u>
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Guenther, F. H., Ghosh, S. S., & Tourville, J. A. (2006). Neural modeling and imaging of the cortical interactions underlying syllable production. *Brain and Language*, 96(3), 280–301. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2005.06.001>
- Guzmán, M. (2012). Terapia con tracto vocal semi-ocluido: Un estudio de caso. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 11, 87-97. <https://revfono.uchile.cl/index.php/RCDF/article/view/24519>
- Hart, T., Tsaousides, T., Zanca, J. M., Whyte, J., Packel, A., Ferraro, M., & Dijkers, M. P. (2014). Toward a Theory-Driven Classification of Rehabilitation Treatments. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(1), S33-S44.e2. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.05.032>
- Hersh, D., Sherratt, S., Howe, T., Worrall, L., Davidson, B., & Ferguson, A. (2012). An analysis of the “goal” in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26(8), 971–984. <https://doi.org/10.1080/02687038.2012.684339>
- Hoit, J. D. (1995). Influence of body position on breathing and its implications for the evaluation and treatment of speech and voice disorders. *Journal of Voice*, 9(4), 341–347. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(05\)80196-1](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(05)80196-1)
- Jacobson, B., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M., & Newman, C. (1997). The Voice Handicap Index (VHI): Development and validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(3), 66–70. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0603.66>
- Kotby, M. N., Shiromoto, O., & Hirano, M. (1993). The accent method of voice therapy: Effect of accentuations on FO, SPL, and airflow. *Journal of Voice*, 7(4), 319–325. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(05\)80120-1](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(05)80120-1)
- Landis, K., Vander, J., & Jongsma, A. (2004). *The Speech-Language Pathology Treatment Planner*. John Wiley & Sons, Inc.
- Lignugaris/Kraft, B., Marchand-Martella, N., & Martella, R. C. (2001). Writing Better Goals and Short-Term Objectives or Benchmarks. *TEACHING Exceptional Children*, 34(1), 52–59. <https://doi.org/10.1177/004005990103400107>
- Lima Barbosa, I. K., Behlau, M., Wanderley Lopes, L., Alves Almeida, L. N., Do Nascimento, J. A., & Almeida, A. A. (2020). Voice and Self-Regulation: Integrating Review of the Literature. *Journal of Voice*, 0(0). <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.06.023>
- Ma, E. P.-M., Yiu, E. M.-L., & Verdolini Abbott, K. (2007). Application of the ICF in Voice Disorders. *Seminars in Speech and Language*, 28(04), 343–350. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986531>
- Malki, K. H., Nasser, N. H., Hassan, S. M., & Farahat, M. (2008). Accent method of voice therapy for treatment of severe muscle tension dysphonia. *Saudi Medical Journal*, 29(4), 610–613.
- Mathieson, L., Hirani, S. P., Epstein, R., Baken, R. J., Wood, G., & Rubin, J. S. (2009). Laryngeal Manual Therapy: A Preliminary Study to Examine its Treatment Effects in the Management of Muscle Tension Dysphonia. *Journal of Voice*, 23(3), 353–366. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.10.002>
- McDougale, C. B., Richling, S. M., Longino, E. B., & O'Rourke, S. A. (2020). Mastery Criteria and Maintenance: A Descriptive Analysis of Applied Research Procedures. *Behavior Analysis in Practice*, 13(2), 402–410. <https://doi.org/10.1007/s40617-019-00365-2>
- Moore, R. (2018). Beyond 80-Percent Accuracy. Consider alternative objective criteria in writing your treatment goals. *The ASHA Leader*, 23(5), 6–7. <https://doi.org/10.1044/leader.FMP.23052018.6>
- Moradi, N., Maroufi, N., Bijankhan, M., Nik, T. H., Salavati, M., Jalayer, T., Yazdi, M. J. S., Ghasemi, F., Soltani, M., Naderifar, E., Mardani, N., & Akbari, M. (2014). Intrarater and Interrater Reliability of Sagittal Head Posture: A Novel Technique Performed by a Physiotherapist and a Speech and Language Pathologist. *Journal of Voice*, 28(6), 842.e11-842.e16. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.02.014>
- Ogbeiw, O. (2017). Why written objectives need to be really SMART. *British Journal of Healthcare Management*, 23(7), 324–336. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2017.23.7.324>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (Ed.). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Grafo. https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013a). *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. OMS. <https://www.medbox.org/document/how-to-use-the-icf-a-practical-manual-for-using-the-international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-exposure-draft-for-comment#GO>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013b). *ICF CHECKLIST. Versión 2.1a. Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health*. OMS.
- Pitts, T., Bolser, D., Rosenbek, J., Troche, M., Okun, M. S., & Sapienza, C. (2009). Impact of Expiratory Muscle Strength Training on Voluntary Cough and Swallow Function in Parkinson Disease. *CHEST*, 135(5), 1301–1308. <https://doi.org/10.1378/chest.08-1389>
- Prescott, S., Doig, E., Fleming, J., & Weir, N. (2019). Goal statements in brain injury rehabilitation: A cohort study of client-centredness and relationship with goal outcome. *Brain Impairment*, 20(3), 226–239. <https://doi.org/10.1017/BrImp.2019.6>
- Querejeta González, M. (2004). Aportaciones de la CIF a la conceptualización de la dependencia. *Rehabilitación*, 38(6), 348–354. [https://doi.org/10.1016/S0048-7120\(04\)73491-X](https://doi.org/10.1016/S0048-7120(04)73491-X)

- Ramig, L., Countryman, S., Thompson, L., & Horii, Y. (1995). Comparison of Two Forms of Intensive Speech Treatment for Parkinson Disease. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 38*(6), 1232–1251. <https://doi.org/10.1044/jshr.3806.1232>
- Řasová, K., Martinková, P., Soler, B., Freeman, J., Cattaneo, D., Jonsdottir, J., Smedal, T., Romberg, A., Henze, T., Santoyo-Medina, C., & Feys, P. (2020). Real-World Goal Setting and Use of Outcome Measures According to the International Classification of Functioning, Disability and Health: A European Survey of Physical Therapy Practice in Multiple Sclerosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(13), 4774. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134774>
- Roy, N., Gray, S., Simon, M., Dove, H., Corbin-Lewis, K., & Stemple, J. (2001). An Evaluation of the Effects of Two Treatment Approaches for Teachers With Voice Disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 44*(2), 286–296. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2001\)023](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2001)023)
- Servicio Nacional de Discapacidad. (2017). *Factores Ambientales y Discapacidad. Incidencia de los factores ambientales en el desempeño de las personas según su nivel de capacidad*. Departamento de Estudios. Chile. <https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/4659>
- Smith, S., & Thyme, K. (1976). Statistic Research on Changes in Speech due to Pedagogic Treatment (the Accent Method). *Folia Phoniatrica et Logopaedica, 28*(2), 98–103. <https://doi.org/10.1159/000264037>
- Sprafka, R. (2006). Resolución de problemas clínicos. En R. Ward (Ed.), *Fundamentos de Medicina Osteopática*. Médica Panamericana.
- Staes, F. F., Jansen, L., Vilette, A., Coveliers, Y., Daniels, K., & Decoster, W. (2011). Physical Therapy as a Means to Optimize Posture and Voice Parameters in Student Classical Singers: A Case Report. *Journal of Voice, 25*(3), e91–e101. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.10.012>
- Stemple, J. (1993). *Voice Therapy: Clinical Case Studies* (1era ed.). Mosby Year Book.
- Stemple, J. (2005). A Holistic Approach to Voice Therapy. *Seminars in Speech and Language, 26*(02), 131–137. <https://doi.org/10.1055/s-2005-871209>
- Stemple, J. (2019). Principle of Successful Voice Therapy. En J. Stemple & E. Hapner (Eds.), *Voice Therapy: Clinical Case Studies* (5ta ed.). Singular Publishing.
- Stemple, J., Glaze, L., & Klaben, B. (2010). *Clinical Voice Pathology: Theory and Management* (4ta ed.). Singular Publishing.
- Stemple, J., Lee, L., D'Amico, B., & Pickup, B. (1994). Efficacy of vocal function exercises as a method of improving voice production. *Journal of Voice, 8*(3), 271–278. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(05\)80299-1](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(05)80299-1)
- Thomas, L., & Stemple, J. (2007). Voice Therapy: Does Science Support the Art? *Communicative Disorders Review, 1*(1), 49–77. https://www.researchgate.net/publication/284677065_Voice_Therapy_Does_Science_Support_the_Art
- Turner-Stokes, L. (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: A practical guide. *Clinical Rehabilitation, 23*(4), 362–370. <https://doi.org/10.1177/0269215508101742>
- Van Stan, J., Roy, N., Awan, S., Stemple, J., & Bogdan, R. (2015). A Taxonomy of Voice Therapy. *American Journal of Speech-Language Pathology, 24*(2), 101–125. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0030
- Verdolini, K. (2000). Lessac Madsen Resonant Voice Therapy. En J. Stemple (Ed.), *Voice Therapy: Clinical Case Studies* (2da ed.). Singular Publishing.
- Verdolini, K., Druker, D., Palmer, P., & Samawi, H. (1998). Laryngeal adduction in resonant voice. *Journal of Voice, 12*(3), 315–327. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(98\)80021-0](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(98)80021-0)
- Ziegler, A., & Hapner, E. (2013). The Behavioral Voice-Lift. *The ASHA Leader, 18*(3). <https://doi.org/10.1044/leader.FTR4.18032013.np>

ANEXO I

Categorías de intervención mediante un enfoque directo según Van Stan et. al (2015). Las categorías de Abordaje Auditivo y Abordaje Somatosensorial son vías que funcionan mediante un mecanismo de *feedback*, mientras que las de Abordaje de la Función Vocal, Respiratorio y Musculoesquelético, a través de un mecanismo de *feedforward*. Se recomienda revisar la propuesta de los autores para mayor detalle.

- a. **Abordaje Auditivo.** En el caso de que se modifique el input auditivo. Este tipo de intervención puede materializarse mediante herramientas terapéuticas:
 - a.a. **De conducción.** Requiere de la modificación del input auditivo dirigiendo la atención del/la usuario/a a una señal acústica degradada.
 - a.b. **Sensori neural.** Requiere la modificación del input auditivo dirigiendo la atención del/la usuario/a a su percepción de la altura tonal, el volumen o constructos auditivos más complejos (como por ejemplo, la calidad vocal).
- b. **Abordaje Somatosensorial.** En el caso de que se modifique el input somático o visual. Este tipo de intervención puede materializarse mediante herramientas terapéuticas de:
 - b.a. **Noticepción.** Requiere de la modificación del input somático dirigiendo la atención del usuario al dolor, el *discomfort*, la sensación de irritación o la temperatura.
 - b.b. **Discriminación.** Requiere la modificación del input somático dirigiendo la atención del/la usuario/a a la sensación de movimiento, esfuerzo, balance, tensión, vibraciones y presión.
 - b.c. **Procesamiento visual.** Requiere la modificación del input visual dirigiendo la atención del usuario hacia la percepción visual.
- c. **Abordaje de la Función Vocal.** En el caso de que se trabaje directamente con la modificación de la fonación. Este tipo de intervención puede materializarse mediante herramientas terapéuticas de:
 - c.a. **Contacto glótico.** Modifica el acto fonatorio dirigiendo la atención del/la usuario/a hacia la cantidad de contacto entre las cuerdas vocales por un tiempo prolongado.
 - c.b. **Modificación del tono.** Modifica el acto fonatorio dirigiendo la atención del/la usuario/a hacia la modificación o mantenimiento de una determinada altura tonal.
 - c.c. **Vocalizaciones vegetativas.** Modifica el acto fonatorio dirigiendo la atención del/la usuario/a hacia conductas vocales instintivas, fisiológicas o no comunicativas.
- d. **Abordaje Respiratorio.** Modificación de la función respiratoria. Este tipo de intervención puede materializarse mediante herramientas terapéuticas de:
 - d.a. **Modificación del volumen.** Modifica la función respiratoria dirigiendo la atención del/la usuario/a hacia la intensidad vocal por un período corto o largo de tiempo.
 - d.b. **Coordinación Respiratoria.** Modifica la función respiratoria dirigiendo la atención del/la usuario/a a la modificación respiratoria mediante maniobras glóticas y supraglóticas.
 - d.c. **Soporte Respiratorio.** Modifica la función respiratoria dirigiendo la atención del/la usuario/a a las características de la corriente de aire espiratorio mediante ejercicios y modificaciones de los movimientos torácicos y de la pared muscular abdominal.
- e. **Abordaje Musculoesquelético.** Modificación del tejido musculoesquelético y conectivo. Este tipo de intervención puede materializarse mediante herramientas terapéuticas de:
 - e.a. **Modificación cervical.** Requiere de la modificación del tejido musculoesquelético y conectivo dirigiendo la atención del/la usuario/a a los movimientos cervicales en la zona anterior, lateral y posterior del cuello.
 - e.b. **Modificación orofacial.** Requiere de la modificación del tejido musculoesquelético y conectivo dirigiendo la atención del/la usuario/a a los movimientos faciales y de su cavidad oral.
 - e.c. **Alineación postural.** Requiere de la modificación del tejido musculoesquelético y conectivo dirigiendo la atención del/la usuario/a a la alineación más eficiente de sus estructuras anatómicas.

e.d. **Estiramientos.** Requiere de la modificación del tejido musculoesquelético y conectivo dirigiendo la atención del/la usuario/a a las fuerzas internas o externas que ejercen algún grado de presión sobre los músculos o el tejido conectivo con el fin de aumentar su flexibilidad y rango de movimiento.

ANEXO II

Categorías de intervención mediante un enfoque indirecto según Van Stan et. al (2015). Se recomienda revisar la propuesta de los autores para mayor detalle.

- a. **Educación al/la usuario/a.** Se otorga conocimiento y estrategias tendientes a modificar la salud vocal. Este tipo de intervención puede materializarse mediante herramientas terapéuticas de:
 - a.a. **Mejora del conocimiento.** El/la terapeuta entrega conocimientos que le permiten al/la usuario/a modificar su salud vocal mediante el incremento de información.
 - a.b. **Higiene vocal.** El/la terapeuta entrega estrategias para mejorar la salud vocal modificando el entorno físico donde se produce la voz.
- b. **Consejería.** Identificación y modificación de los factores psicosociales que impactan negativamente en la salud vocal.
 - b.a. **Estrategias de afrontamiento.** El/la terapeuta intenta identificar y modificar los factores psicosociales que afectan negativamente la salud vocal mediante el refuerzo positivo de adaptaciones emocionales y de estilo de vida o la disuasión de patrones de conducta desadaptativos.
 - b.b. **Manejo del estrés.** El/la terapeuta intenta identificar y modificar los factores psicosociales que afectan negativamente la salud vocal mediante la discusión y aplicación de estrategias que ayuden al/la usuario/a a manejar sus niveles de estrés y ansiedad en varios contextos.
 - b.c. **Interacción terapéutica.** El/la terapeuta intenta identificar y modificar los factores psicosociales que afectan negativamente la salud vocal mediante la discusión con el/la usuario/a acerca de factores psicológicos o emocionales y mecanismos efectivos de resolución de problemas.

ANEXO III

Estructuras de intervención de acuerdo con los métodos terapéuticos según Van Stan et. al (2015). Se recomienda revisar la propuesta de los autores para mayor detalle.

- a. **Método Extrínseco.** Guiado por el/la terapeuta. Se explicita a través de las siguientes estructuras:
 - a.a. **De Exploración.** Estructura aplicada por el terapeuta al llevar a cabo una intervención utilizando actividades que requieren que el paciente explore diferentes aspectos de su voz. Un ejemplo clínico popular es el uso de la “práctica negativa”.
 - a.b. **De Jerarquía.** Estructura aplicada por el terapeuta al llevar a cabo una intervención utilizando una serie de actividades ordenadas en orden de complejidad.
 - a.c. **De Modelado.** Estructura aplicada por el terapeuta al llevar a cabo una intervención produciendo ejemplos vocales para efectos de imitación o juicios por parte del paciente (por ejemplo, realizando una emisión y luego preguntarle al/la usuario/a ¿acabo de hacerlo de manera adecuada o inadecuada?)
 - a.d. **Psicoterapéutica.** Estructura aplicada por el terapeuta al llevar a cabo una intervención utilizando actividades ordenadas o modeladas por la teoría del cambio conductual.
 - a.e. **De Entramiento.** Estructura aplicada por el terapeuta al llevar a cabo una intervención utilizando actividades ordenadas o modeladas por las teorías del aprendizaje.
- b. **Método Extrínseco – Intrínseco.** Guiado tanto por el/la terapeuta como por el/la usuario/a. Se explicita a través de las siguientes estructuras:

b.a. **De Feedback aumentado.** Estructura aplicada por el/la terapeuta o el/la usuario/a que entrega al/la paciente más información de la que es típicamente recibida en una tarea mediante el sistema sensorineural. Ejemplos incluyen *feedbacks* retrasados, inmediatos, bloqueo del mismo, entrega randomizada, variable, autocontrolada.

b.b. **De Práctica deliberada.** Estructura aplicada por el/la terapeuta o el/la usuario/a en la cual se utilizan actividades que han sido específicamente definidas para mejorar el nivel de performance del paciente. Incluye la habilidad de determinar la cantidad de “dosis terapéutica” (mediante el tiempo utilizado en cada ejercicio o la cantidad de días a la semana que la intervención se realiza).

b.c. **De Programas para el hogar.** Estructura aplicada por el/la terapeuta o el/la usuario/a fuera de la sesión terapéutica (por ejemplo, en el ambiente típico del/la usuario/a).

c. **Método Intrínseco.** Guiado por el/la usuario/a. Se explicita a través de las siguientes estructuras:

c.a. **De Autoevaluación.** Estructura aplicada por el/la usuario/a durante la intervención que consiste en la utilización de actividades que aumentan la atención al *feedback* inherente al ejercicio.

c.b. **De Autocorrección.** Estructura aplicada por el/la usuario/a durante la intervención que consiste en en la utilización de actividades que aumentan la atención sobre las variaciones y errores durante el ejercicio.

c.c. **De Automonitoreo.** Estructura aplicada por el/la usuario/a durante la intervención que consiste en en la utilización de actividades que aumentan las habilidades anticipatorias y la evitación de errores.