


	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 1 de 17

GUÍA CLÍNICA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE VOZ Y SUS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Psicología Clínica del Area de Psicología de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje	Encargado de la División de Rehabilitación Integral	Dirección Médico
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 2 de 17	

1. Propósito

Mejorar en el más amplio sentido, la atención médica de los pacientes con trastorno de voz a fin de poner al alcance de los individuos y sus familias los recursos de diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación y prevención del trastorno de voz

2. Alcance

Guía Clínica realizada para personas que trabajen los trastornos de voz y sus implicaciones psicológicas; así como personas interesadas en el tema de la voz.

En los siguientes niveles:



- a) Acciones preventivas y fomento de la salud
- b) Facilitar las acciones diagnósticas, curativas y de readaptación del paciente con trastorno de voz
- c) Mejorar la calidad de la atención de los profesionistas médicos y paramédicos

3. Responsabilidades

- Subdirectora del área de Rehabilitación Psicológica
- Coordinadora de Psicología del área de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje
- Psicólogos Adscritos al servicio de Audición, Foniatría y Patología de Lenguaje

4. Políticas de operación y normas.

La revisión de la guía será cada dos años o antes si fuera necesario realizar algún cambio al programa.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03 Hoja: 3 de 17

5. Definición

La voz se puede definir como el conjunto de sonidos que se emiten gracias a la interacción y coordinación de diferentes aparatos: el respiratorio (pulmones, tráquea, nariz y diafragma), la fonador (laringe y cuerdas vocales) y el resonador (cavidad bucal, faringe, paladar, senos maxilares y frontales)

Cada voz tiene unas características distintas a las de cualquier otra persona. El tiempo, la intensidad, el timbre y el tono son cualidades que influyen para diferenciar una voz de otra. Es una señal de identidad. Además existen otros factores externos que influyen en la producción vocal como son la relajación, la respiración, la posición, postura y actitud, resonancia y articulación, la emisión y la fonación y la higiene vocal.

Tras este análisis anatómico nos centramos en la verdadera función de la voz: servir de vehículo comunicativo para expresar nuestras ideas, nuestras emociones, opiniones... la efectividad del acto comunicativo está relacionado íntimamente con la calidad de la voz.

La acción reside en la voz decía Aristóteles y la utilización de sus cualidades (armonía, la magnitud y el ritmo, según afirmaba el filósofo griego) influirá en lo que queramos comunicar.

La función principal de la voz consiste en la comunicación con otras personas y tiene un importante componente social que sirve para eliminar los sentimientos de aislamiento psicológico.

Para hablar, es necesario disponer de un aparato orgánico capaz de producir sonidos, intención psicológica de comunicarse y un contexto social. Así pues, la producción de voz, se basa en el resultado de la interacción orgánica, psicológica y social.



Es importante indicar que el funcionamiento del ser humano es el resultado de la constante interrelación de pensamientos, emociones y acciones.

La voz de un individuo es un indicador muy sensible de sus emociones, actitudes y roles; por lo tanto, las alteraciones de la función de la voz se acompañan de conflictos psicológicos.

Existen cuatro variables que influyen directa y recíprocamente unas sobre otras en la emisión de la voz: el entorno, la persona, los hábitos personales y la actividad que se desempeñe.

Los factores que producen una voz disfónica son una compleja combinación de características orgánicas y psicológicas que se dan en un contexto social determinado.

Infecciones en garganta, alteración por pólipos, edemas, neoplasias, esofagitis por reflujo y laringitis ácida son algunas de las alteraciones orgánicas que se relacionan con los aspectos psicológicos; así como el inadecuado uso vocal.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03 Hoja: 4 de 17

Los trastornos de la voz pueden ser producidos por un uso inadecuado de los músculos voluntarios de la fonación, como la laringe, faringe, mandíbula, lengua, cuello, sistema respiratorio y es frecuente la mala alineación postural general.

Se caracterizan por una anomalía en el volumen, calidad, tono o resonancias vocales; sin menospreciar la calidad del vocabulario, el déficit en la cantidad o calidad de los conceptos propios de la lengua.

Son patologías frecuentes en profesionales que dependen de su aparato vocal o en personas que abusan forzando su mecanismo vocal más allá de sus límites.

El abuso de la voz se produce por la mala técnica vocálica, respiración inadecuada o tensión neuromuscular, y tales abusos pueden ser: gritar, forzar la voz, tos en exceso, aclarar la garganta frecuentemente, cantar sin técnica vocal, hablar o cantar con ruido ambiental, hablar en exceso y hablar cuando las cuerdas se encuentran debilitadas.



El mal uso de la voz se refiere cuando se aumenta el tono y la intensidad para producir la voz.

Recordando la historia y de acuerdo a la literatura especializada, se sabe que Shakespeare en su novela de Hamlet indica *“Lagrimas en los ojos, aspecto distraído, una voz rota.....”* y con ello se comprueba que en estas palabras se identifica una relación entre las ideas de carga emocional y un trastorno de la voz.

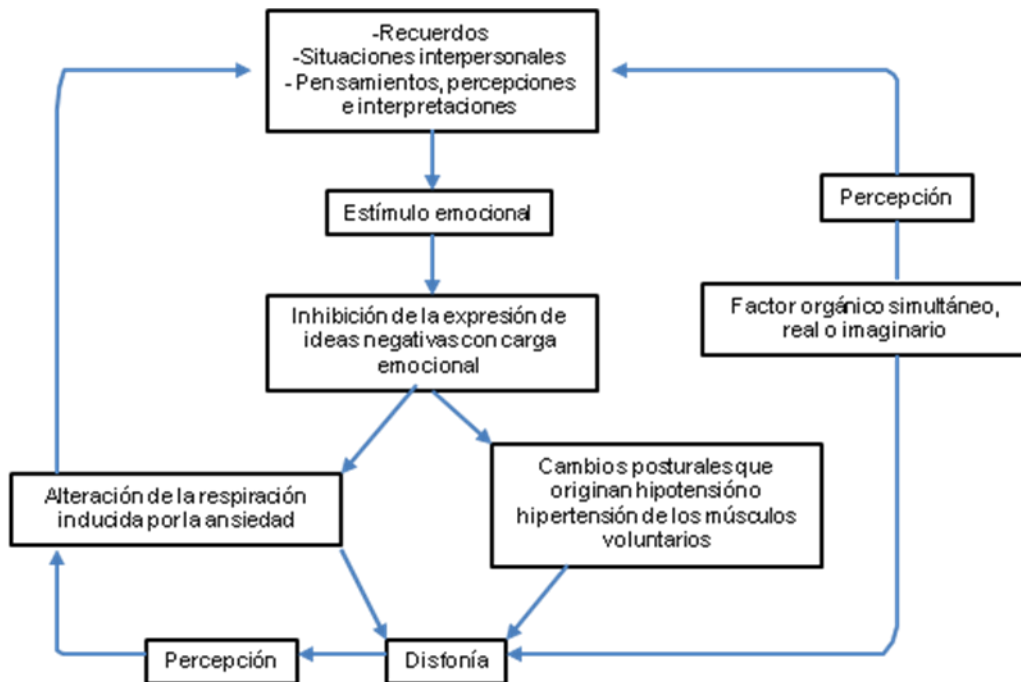
Durante más de un siglo, se han asociado al trastorno psiquiátrico de la histeria, la afonía y la disfonía; además de que se relacionan a los trastornos de depresión, distímicos, de ansiedad, de conversión, fóbicos, somatomorfos, por estrés postraumático y dificultades de rasgos de personalidad. Sólo en casos excepcionales, la disfonía se debe a un trastorno esquizofrénico.

La disfonía puede estar presente, en individuos que no presentan ningún trastorno psiquiátrico clínico. Los síntomas tensionales se originan en una hiperactividad del sistema nervioso autónomo y voluntario en individuos que presentan un grado de alerta indebido y ansiedad; esto ocasiona un uso muscular inadecuado voluntario, generalmente con hipertonicidad muscular generalizada.

Por otro lado se producen síntomas simbólicos debidos a una sustitución inconsciente de un conflicto psicológico por un síntoma somático que afecta el sistema nervioso sensitivo o motor voluntario y provoca afonías o disfonías; por lo que se sugiere trabajar con los mecanismos conscientes en la producción de los síntomas (se distrae al paciente y se observa una gran mejoría en la tonicidad de la voz), pero si reaparece el síntoma, el deterioro se vuelve a centrar en sus dificultades para la expresión de voz.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03 Hoja: 5 de 17

Mecanismos de producción de la disfonía





(1) *Tratamiento de los trastornos de voz; Morrison, M; Edit. Masson, Barcelona, España, 1996*

IMPACTO

Debido a que el individuo es resultado de la interacción bio-psico-social, sus reacciones dependerán no solo de su estado físico, también de su estado emocional y social.

Las personas reaccionan de manera distinta ante los acontecimientos ordinarios y extraordinarios, de acuerdo con su capacidad de integración y adaptación, resultado de su historia personal y de la forma en que se ha desenvuelto ante las diferentes exigencias que le presenta el medio ambiente.

Las herramientas que los individuos utilizan para adaptarse en orden cronológico son: las fuerzas biológicas primitivas y la fuerza reguladora y adiestrada del intercambio social: instintos, lenguaje, memoria, juicio social, razonamiento, aprendizaje, adaptación y sentido de realidad. Estas estructuras son las que permiten que el individuo se adapte o reaccione a la realidad, lo que incluye no solo los estados saludables, si no también, los procesos mórbidos.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 6 de 17

Por esta razón un trastorno de voz generará un impacto importante para la vida de los individuos, cuya gravedad también impactará a la familia y a la sociedad, por varias razones, una de ellas que es fundamental, es que se verá afectada la productividad del individuo lo que tendrá un costo económico no sólo por la cobertura de la atención médica en si misma (atención ambulatoria, medicamentos, exámenes y pruebas de gabinete); sino por la pérdida de jornadas laborales para el paciente y para los familiares y/o cuidadores del mismo; por la pérdida de actividades domésticas o recreativas que son fundamentales para el desarrollo de los individuos; y por el costo no cuantificable de sufrimiento moral-emocional que el trastorno de voz representa para el paciente, su familia y comunidad.

Así pues la intervención del psicólogo se dará en los siguientes términos generales:

- a) Actitud y comportamiento del enfermo frente al problema de su trastorno de voz
- b) Intervenir en la prevención del trastorno de voz a través de la información y propaganda del uso adecuado de la voz
- c) Intervención con la familia a fin de evitar que el trastorno se agrave o complique
- d) Apoyar al personal médico en los procesos sustantivos de atención a fin de devolver al paciente un estado de bienestar

CLASIFICACION:

Los trastornos de voz se dividen en disfonías y afonías

1. La **disfonía** es el desorden de la voz caracterizado por las dificultades para hablar debidas a la contracción continua o repetitiva de las estructuras del aparato fonador, en particular de las curvas vocales.



Se puede producir voz apagada, sofocada, ronca, leñosa, bitonal, emocoide (voz anormalmente aguda en un hombre adulto), quebrada, fatiga vocal o voz a sacudidas.

- 1.1. Disfonía funcional simple.

Se refiere a la pérdida del timbre normal de la voz, cambios en el volumen (intensidad) o altura (voz baja o alta), sin lesión objetivable. Se trata de las más habituales y las más fáciles de tratar porque no existen lesiones en el aparato fonador.

- 1.2. Difonía orgánica

Son alteraciones en el timbre, intensidad o altura de la voz, derivadas de una lesión anatómica en cualquier estructura del aparato fonador, resonador o incluso respiratorio involucrados en la producción del habla.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03 Hoja: 7 de 17

Ya sea porque una disfonía funcional simple se complique por la aparición de nódulos, quistes, pólipos, úlceras, etc. Son que sí registran lesiones anatómicas y suelen producirse por patologías en la laringe, por problemas de origen neurológico o por alteraciones de origen traumático y quirúrgico.

2. La **afonía** es la incapacidad para producir voz, la pérdida completa de la voz o la pérdida parcial de la misma.

Es la primera afección de la voz que sufren nueve de cada diez personas. Su origen se encuentra en la mala utilización de la voz (hablar rápido, con nervios...), tumores sobre las cuerdas vocales, parálisis de las cuerdas vocales, extirpación total de la laringe (cáncer) y parálisis histéricas y se caracteriza por la pérdida de la voz completa o parcialmente. Con reposo y un tratamiento adecuado suele recuperarse en un par de días.

Otro trastorno es la **ronquera** que se caracteriza por un tono bajo y suele estar originado por enfermedades en el aparato respiratorio como faringitis, amigdalitis, tos persistente, nódulos.

La inflamación de la laringe o laringitis sin que presente lesión el Sistema Nervioso Central, suele estar causada por un virus aunque también puede deberse a un uso excesivo de la voz, y sus síntomas son tos, carraspeo y mucosidad que acaban por irritar y lesionar los tejidos. Su curación se trata con medicamentos, relajación y reposo y paciencia.



PREVALENCIA:

Edad y género:

Disfonía en la niñez:

Se calcula que la incidencia de trastornos de voz en niños asciende al 5 o 6%. La mayoría de los trastornos de voz son funcionales. Algunos niños experimentan afonía histérica y disfonía espástica. También pueden presentar disfonía orgánica, siendo el más frecuente los nódulos seguidos de pólipos.

Disfonía en los adolescentes:

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03 Hoja: 8 de 17

En los adolescentes se presenta el falsete. La disfonía espástica y la afonía histérica son poco frecuentes. Los principales tipos orgánicos son los nódulos. Entre los 6 y 8 años y prepúberes la alteración se presenta con más frecuencia en hombres y en el caso de prepúberes asociada a la alteración anatómica de la laringe.

Disfonía en edad joven y adulta:

Entre los 25 y 45 años se presenta con más frecuencia en mujeres que en hombres, en cuyo caso se ha encontrado que un 22% de profesionales son afectados.

Disfonía geriátricas:

Se presentan disfonías orgánicas por trastornos neurológicos como la enfermedad de Parkinson. Las personas adultas mayores experimentan una vocalización incorrecta y abusiva de la voz hablada en forma rutinaria y a largo plazo, por lo que conduce a síntomas vocales negativos y a la disfonía.

6. Diagnóstico



- Trastornos Somatomorfos

CUADRO CLÍNICO

- Alteraciones en el estado emocional como angustia, estrés, miedo, ansiedad, depresión por un periodo mayor a 15 días e identificados por el cambio de voz.

7. Tratamiento

- Entrevista e historia clínica
- Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2
- Pruebas proyectivas (Dibujo de la Figura Humana, HTP)
- Test de Maduración Visomotora Lauretta Bender.
- Cuestionario de Calidad de vida para Adultos FS-36
- Inventario de Depresión de Beck
- Test Psicométrico de Depresión de Hamilton
- Test de Ansiedad

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
	Hoja: 9 de 17		

8. Evaluación del resultado

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

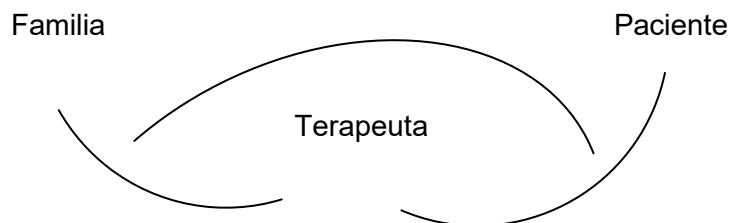
Los pacientes son canalizados por el servicio de Foniatría.

Se realiza una entrevista clínica inicial y una evaluación psicométrica, en donde se detectan principalmente los problemas emocionales por los que atraviesa el paciente y se relacionan con el trastorno de voz que presenta.

Se integran a un taller de pacientes con trastorno de voz y se trabaja desde la línea sistémica, abordando la emoción del temor que prevalece en el paciente con trastorno de voz, ya que el temor tiene en general, aspectos útiles y perjudiciales; el temor legítimo es fuente de progreso; pero los temores infundados perjudican la relación médico-paciente y con los familiares, y la rehabilitación del problema de voz al no superar la ansiedad que el mismo trastorno les genera en relación a las consecuencias mórbidas y/o de invalidez o discapacidad que les provoca.

Así mismo el psicólogo trabajará la indefensión y reactividad de los pacientes tanto en los tratamientos convencionales de reeducación de voz, prevención del abuso o la intervención quirúrgica.

El proceso terapéutico que se lleva a cabo es el modelo sistémico que consiste en el encuentro entre el paciente, la familia y el terapeuta, en donde hay una observación para focalizar el sistema relacional en el contexto, realizar una lectura circular y atribuir un rol interactivo entre la enfermedad, el paciente, la familia y el terapeuta.





El síntoma cumple una función protectora, permitiendo que el conflicto no salga a la luz.

Es claramente ambivalente: por una parte, es la expresión de una disfunción y un sufrimiento; por otra, mantiene el equilibrio del sistema desviando el foco de atención del conflicto.

Es coherente con el estilo de comunicación predominante en la familia, lo cual le da un significado simbólico.

Para comprender el síntoma es necesario que el síntoma psicossomático represente una comunicación coherente con las modalidades y reglas de la red comunicacional en que aparece.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
	Hoja: 10 de 17		

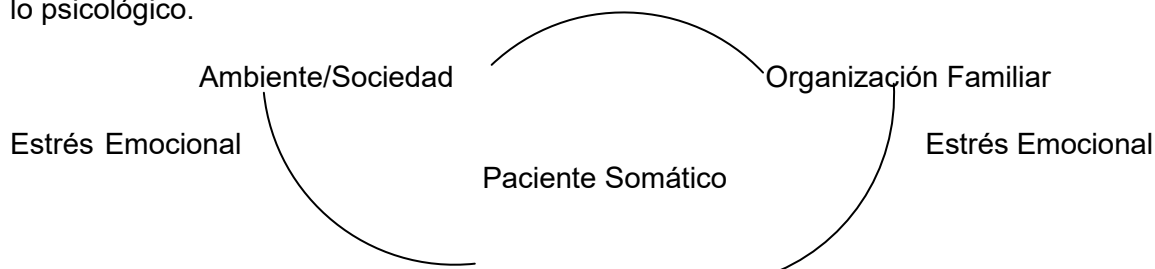
Sintetiza el sentido comunicativo del contexto en que aparece, de sus características y reglas, reforzando a su vez el mantenimiento de éstas.

Solo es descifrable dentro de ese contexto: la propia familia.

Con frecuencia representa una metáfora familiar, algo que debe ser comunicado y que no puede serlo más que a través del cuerpo.

El trabajo terapéutico sistémico, se puede verificar, cuando el síntoma psicossomático se hace decodificable y comprensible, en su manifestación y en su estabilización, si se tiene la posibilidad de observarlo en el contexto en que aparece.

Cuando se focaliza la enfermedad es importante resaltar la complementariedad entre lo biológico y lo psicológico.



9. Criterios de alta



Re-valoración de los estudios psicométricos después de 6 meses de psicoterapia.

10. Anexos

CRITERIOS DE ALTA

Se aborda el trabajo realizado desde el aspecto psicológico con el médico foniatra y se acuerda para el alta del paciente, siempre y cuando se observen avances en el tratamiento y que los síntomas disminuyan y el paciente logre re-integrarse a sus actividades diarias y sociales.

En todo momento se toma en consideración los criterios clínico y terapéutico de percepción subjetiva de mejoría, determinado por los integrantes del contexto familiar y el paciente mismo.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
	Hoja: 11 de 17		

ANEXOS:

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

Es uno de las pruebas de personalidad más usadas en el campo de la salud mental. Su diseño está enfocado a la identificación del perfil de personalidad y la detección de psicopatologías.

- Aplicación: individual y/o colectiva
- Duración: variable, de 90 a 120 minutos.
- Aplicación: solamente adultos (19-65 años).

El MMPI registra 3 escalas de Validez y 10 escalas clínicas básicas para la elaboración de un perfil básico. Después tiene 15 escalas suplementarias.

El contenido de los ítems varia cubriendo áreas como la salud general, afectiva, neurológica, síntomas motores, actitudes sexuales/políticas y sociales, aspectos educativos, ocupacionales, familiares y maritales y manifestaciones de conductas neuróticas y psicóticas.



En su versión **MMPI-2** (revisión para adultos por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989), el test se compone de 567 ítems dispuestos en 10 escalas clínicas, que exploran distintos aspectos de la personalidad, y en 3 escalas de validación, que señalan el grado de confiabilidad de las respuestas obtenidas. Si se quisieran evaluar sólo las escalas básicas, con los primeros 370 reactivos sería suficiente *pero* es conveniente realizarlo completo para poder valorar todas las escalas.

En esta versión, se introdujeron 150 ítems nuevos y se revisaron 82 antiguos.

- 3 Escalas clínicas o de Validez
 - L (Mentira)
 - F (Incoherencia) o Validez
 - K (Corrección) o Defensa

También se puede añadir la escala ? (Interrogación)

- 10 Escalas clínicas o Básicas
 - 1 Hs (Hipocondría)
 - 2 D (Depresión)
 - 3 Hy (Histeria)
 - 4 Pd (Desviación Psicopática)
 - 5 MfV (Masculinidad-Feminidad: Varones)
 - 5 MfM (Masculinidad-Feminidad: Mujeres)

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 12 de 17

- 6 Pa (Paranoia)
- 7 Pt (Psicastenia)
- 8 Sc (Esquizofrenia)
- 9 Ma (Hipomanía)
- 0 Si (Introversión Social)



- 15 Escalas de Contenido
 - ANX (Ansiedad)
 - FRS (Miedos)
 - OBS (Obsesividad)
 - DEP (Depresión)
 - HEA (Preocupaciones por la salud)
 - BIZ (Pensamiento extravagante)
 - ANG (Hostilidad)
 - CYN (Cinismo)
 - ASP (Conductas antisociales)
 - TPA (Comportamiento tipo A)
 - LSE (Baja autoestima)
 - SOD (Malestar social)
 - FAM (Problemas familiares)
 - WRK (Interferencia laboral)
 - TRT (Indicadores negativos de tratamiento)

TEST DE LA FIGURA HUMANA

El dibujo de la figura humana vehiculiza especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal.

En adultos no valoramos el desarrollo de habilidades intelectuales, porque aunque están sigan desarrollándose, se mantienen bastante estables después de los 18 años, además a esta edad ya se tiene el esquema corporal internalizado. En los adultos sí se evalúa cómo este asume su rol psicosocial y psicosexual, cómo se está manifestado en su entorno, cómo asume su propio rol y el de otro género. Esto nos va a reflejar aspectos globales de la personalidad y de cómo asume su rol. Lo importante es valorar cómo lo ha dibujado no si es bonito o no. Pasos a seguir:

- Se le da una hoja en blanco en posición vertical y un lápiz blando No. 2.
- Se le da la instrucción al sujeto: "Por favor, dibújame una figura humana/persona. Si está a gusto dibujando se le pide cuando termine este dibujo que realice un 2º dibujo del género contrario al que ha dibujado previamente.
- Se le pide que haga un relato acerca de cada dibujo. Si vemos que le cuesta hacer esto, se le realizan algunas preguntas generales para ayudarlo.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
	Hoja: 13 de 17		

Si al realizar el primer dibujo el sujeto está tenso, después de que termine se le pide que haga el relato de ese dibujo. Luego se le pide que realice el 2º dibujo y su respectivo relato.

Cada vez que un sujeto grafica una persona, en esta proyección de su propio YO confluyen:

- Experiencias personales y sus representaciones psíquicas.
- Imágenes de estereotipo sociales y culturales que tienen un mayor o menor peso para el sujeto.
- Aceptación o no de su etapa de vida.
- Identificación y asunción del propio sexo.
- El grado de estabilidad y dominio de sí mismo.
- La figura graficada debe asemejarse en sus atributos e imagen al sujeto mismo.

PRUEBA VISOMOTORA BENDER-GESTALT

La prueba de Percepción Viso Motora Bender-Gestalt evalúa las funciones gestálticas (de integración) de la persona. Consta de figuras geométricas que, al reproducirlas, reflejan la percepción sensorio-motora del evaluado.

Los resultados de esta prueba sugieren que, la ejecutoria, bajo estímulos no estructurados, se encuentra a un nivel adecuado al esperado para su edad. En cuanto a indicadores emocionales, la prueba sugiere la presencia de pobre tolerancia a la frustración y conductas explosivas que pueden incrementarse con la edad, impulsividad y pérdida de intereses o atención, que podría estar relacionado con alguna preocupación o el intento de dejar de hacer la tarea.



Objetivo:

- Evaluar la función gestáltica visomotora.
- Detectar retraso en la madurez perceptual.
- Evaluar madurez en el aprendizaje.
- Diagnosticar daño neurológico y discapacidad intelectual.
- Detectar algunos aspectos emocionales.

Normas:

- La observación de las conductas durante la prueba es fundamental.
- Registrar el tiempo empleado en la ejecución de la prueba.

El fundamento teórico de esta prueba se encuentra en la psicología de la percepción, de la teoría de la Gestalt. Para la construcción de la prueba se eligieron nueve de los patrones

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
	Hoja: 14 de 17		

elaborados por Wertheimer (1923), para demostrar los principios de la psicología de la Gestalt en relación con la percepción.

CALIDAD DE VIDA es un concepto utilizado para el [bienestar social](#) general de individuos y sociedades. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o [nivel de vida](#), que se basa primariamente en ingresos. Indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o [cohesión social](#).

Encuesta SF-36

La SF-36 (The Medical Outcomes Study Short Form 36) evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario.

Estos conceptos son:

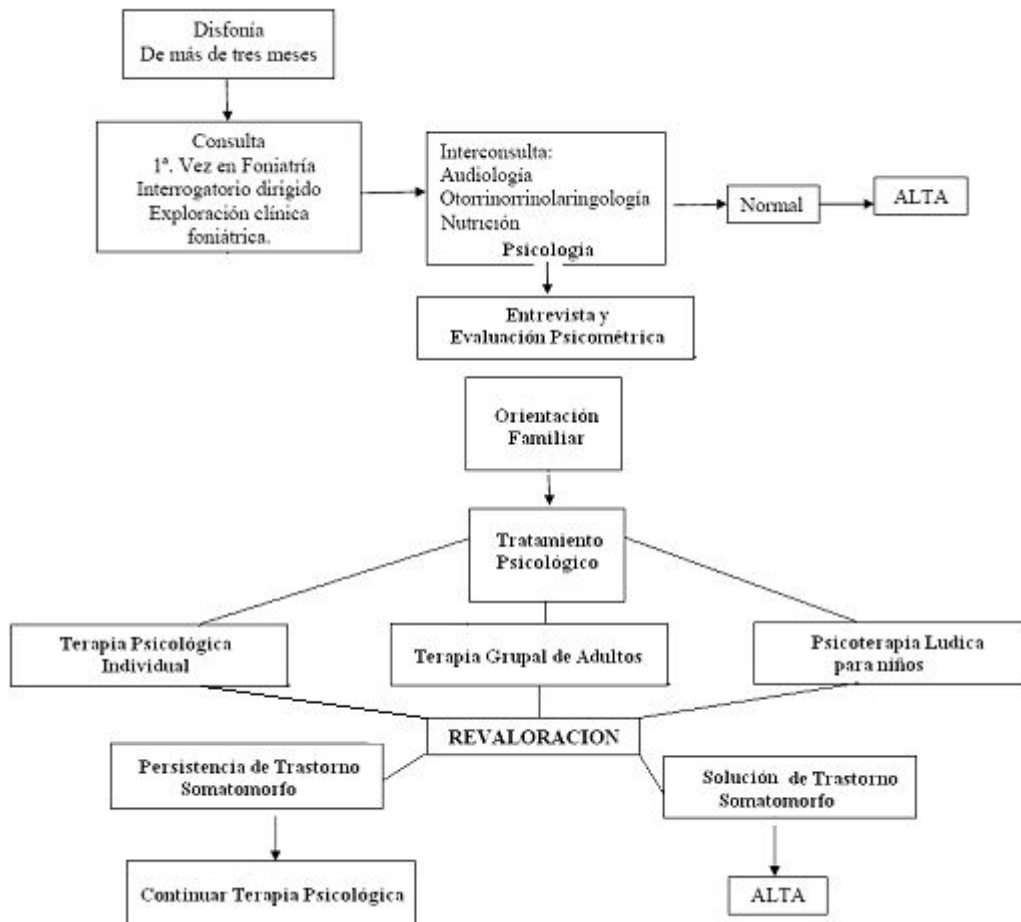
- a) función física (FF)
- b) rol físico (RF)
- c) dolor corporal (DC)
- d) salud general (SG)
- e) vitalidad (VT)
- f) función social (FS)
- g) rol emocional (RE)
- h) salud mental (SM).



Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior.

La respuesta a las preguntas describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud.

La SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

11. Flujograma



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
	Hoja: 16 de 17		

12. Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV.- Pichot, P; Edit. Masson, Barcelona, España, 1995

Actualización en los Trastornos Somatomorfos.- García-Campoayo, J. y cols., Edit. Médica Panamericana; Madrid, España, 2002

Tratamiento de los trastornos de voz; Morrison, M; Edit. Masson, Barcelona, España, 1996

Williams, JB. "A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale," Archives of General Psychiatry, American Medical Association, August 1988, Vol. 45, Num. 8, pp. 742-747

EBMG. Hoarseness, laryngitis and disfonía. [Internet] 2001. Disponible en: http://195.236.0.10/pls/ebmg/ltk.art_alue?art=ebm/ebm00876.htm&maa=ESP&u=9006357&alue=

Le Huche F, Allali A. La voz. Patología vocal: Semiología y disfonías disfuncionales. Edición española. Barcelona: Masson; 1999.

MacKenzie K, Millar A, Wilson JA, Sellars C, Deary IJ. Is voice therapy an effective treatment for dysphonia? A randomised controlled trial. BMJ. 2001; 323:1-6. [[Texto completo](#)]

Navarro S, Navarro F, P Romero. Voz: Trastornos y rehabilitación. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2002.



Simpson CB, Fleming DJ. Anamnesis médica y vocal en la valoración de disfonía. Otolaryngol Clin North Am. Edición española. 2000; 33(4):667-676 [[Medline Versión Original](#)]

Watts C, Whurr R, Nye C. Botulinum toxin for spasmodic dysphonia (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Colton R, Casper J, Leonard R. Understanding Voice Problems. A Physiological Perspective for Diagnosis and Treatment. 3rd ed. Baltimore Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006

García-Tapia R, Cobeta I. Clasificación de las disfonías. En: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz. Eds: García-Tapia R y Cobeta I. Editorial Garsi, S.A. 1996. Madrid.

Hopkins C, Yousaf U, Pedersen M. Tratamiento del reflujo ácido para la ronquera (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 17 de 17

Pedersen M, McGlashan J. intervenciones quirúrgicas versus no quirúrgicas para los nódulos de las cuerdas vocales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

13. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de Contenido, actualización del la imagen institucional	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001: 2015	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20