



**UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE FONOAUDIOLÓGÍA**

# **“PAUTA DE COTEJO DE CONDUCTAS DE RIESGO VOCAL EN PRE-ESCOLARES”**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE FONOAUDIÓLOGO Y AL GRADO  
ACADÉMICO DE LICENCIADO EN FONOAUDIOLÓGÍA**

Alumnos tesistas:

Alexis Palta López

Nathalia Ponce Aguilera

Camila Romero González

Profesora Guía:

Flga. Cristina Carmona

**Valparaíso, Octubre 2009**

## AGRADECIMIENTOS

*“Luego de este gran camino que he recorrido, puedo decir que todo este proceso hubiese sido imposible sin el apoyo de muchas personas que me han acompañado de alguna forma para finalizar de la mejor manera posible esta etapa. Mis más sinceros agradecimientos a mi familia: Ale, Magaly, Yocelyn y Verónica. A mi pareja y gran compañera Daniela, a mis amigas y compañeras de tesis Camila y Nathalia y a mi amiga Cona. A todos uds. que de una u otra forma me brindaron su ayuda, infinitas gracias”*

*Alexis Palta L.*

*En primer lugar, quisiera agradecer a mis padres y hermano, por se un pilar fundamental durante toda mi vida, brindándome su incondicional apoyo y comprensión; sin ustedes no hubiese logrado llegar hasta donde estoy, los amo. A mis amigos, por las constantes risas, consejos y por ser un soporte en los momentos en que los necesite. Y finalmente a Dios por guiarme en este camino que decidí seguir, y forjar en mi el sentimiento de ayuda al otro.*

*Muchas Gracias. Nathalia Ponce A.*

*“Llegamos al fin... y sin duda mis mayores agradecimientos serán para mi familia, a mis hermanos, por estar siempre conmigo, siendo fundamental en mi vida. Y en especial a mis papis, a quienes debo todo lo que soy; gracias por su apoyo, por creer y confiar en mí, por darme todo su amor, es gracias a ustedes he llegado hasta aquí. Agradezco también a mis amigos, por permitirme conocerlos y ser parte de su vida, por todo y cada uno de los grandes momentos que he vivido con ustedes y que nunca olvidare. Por ultimo agradezco también a mi equipo de tesis; por todo por su cariño, compañía y tolerancia en este año. Por ser parte del último escalón para poder alcanzar este sueño, que ahora es una realidad.”*

*Camila Romero G.*

## AGRADECIMIENTOS

*“Lo más hermoso del trabajo en equipo es que siempre tienes a otros de tu lado”*

**(Margaret Carty)**

Al finalizar esta etapa sentimos que es imposible no agradecer a tantas personas que colaboraron de una u otra forma en la realización de nuestra investigación.

En primer lugar, al psicólogo Rodrigo Cabrera, fonoaudiólogos Delma Riquelme, Luis Salas, Loreto Nercelles, Celina Malebrán, Laura Neira, Marco Guzmán, Otorrino Alba Testart y Educadora Gilda González; por sus recomendaciones, sugerencias y buena disposición siempre que lo requerimos.

Al equipo de metodología junto con ayuda estadística, por guiarnos con su sabiduría hacia un estudio investigativo exitoso.

Al mayordomo y personal auxiliar de nuestra sede, por su colaboración y ayuda constante, por entregarnos día a día una sonrisa y hacer que nuestro trabajo anual fuese lo más agradable posible.

Al establecimiento Liceo Parroquial San Antonio y su equipo de educadoras de párvulo, por su disposición e interés por participar en nuestro estudio, además de compartir su experiencia laboral con los niños.

Y en especial a nuestra Profesora Guía, Fonoaudiólogo Laura Cristina Carmona, por sus constantes recomendaciones, gran paciencia y entrega durante este proyecto investigativo.

A todos ustedes... “¡Gracias, muchas gracias!”

# ÍNDICE

<b>Resumen</b>	6
<b>Summary</b>	7
<b>Introducción</b>	8
<b>Capítulo I: Marco Teórico</b>	10
1.1. Voz normal.	11
1.2. Abuso y mal uso vocal.	13
1.3. Disfonía.	15
1.4. Disfonía infantil.	16
1.4.1. Desarrollo normal del niño. (3- 6 años)	16
1.4.2. El mundo social del niño.	17
1.4.3. Definición.	18
1.4.4. Prevalencia.	18
1.4.5. Características.	19
1.4.5.1. Características acústicas.	19
1.4.5.2. Características laringoscópicas.	20
1.4.5.3. Características corporales.	21
1.4.6. Clasificación.	21
1.5. Salud y prevención.	26
1.5.1. Prevención.	27
1.6. Procedimientos de evaluación.	30
1.6.1. Pauta de cotejo.	30
<b>Capítulo II: Material y método</b>	34
2.1. Problema de investigación	34
2.1.1 Justificación de la investigación	34
2.1.2. Pregunta de investigación.	34
2.2 Objetivos.	35
2.2.1. Objetivo General.	35
2.2.2. Objetivos Específicos.	35
2.3. Tipo de estudio.	35

2.4 Selección de la muestra.	36
2.5. Instrumento de evaluación y materiales.	36
2.5.1. Instrumento de evaluación.	36
2.5.2. Procedimiento de evaluación.	38
<b>Capítulo III: Resultados</b>	40
<b>Capítulo IV: Discusión</b>	50
<b>Capítulo V: Conclusión</b>	58
<b>Referencias Bibliográficas</b>	61
<b>Anexos</b>	66

## RESUMEN

Habitualmente, en el área de voz, así como en otras áreas de la comunicación se ha manifestado el interés por la patología más que por las medidas preventivas que evitarían su aparición. En este sentido, ha de considerarse que durante la niñez se produce la incorporación del menor al ambiente escolar y se desarrolla su carácter; ello significa que puede adquirir algunas conductas que con el tiempo podrían desarrollar una patología vocal. Este supuesto ha motivado la presente investigación, con el propósito de detectar conductas de riesgo vocal en un grupo determinado de pre-escolares, mediante la creación y aplicación de una pauta de cotejo. Para cumplir con el objetivo expuesto, la aplicación fue realizada por un equipo de educadoras de párvulo del liceo parroquial San Antonio de Viña del Mar, durante el mes de agosto de 2009, a doscientos veinticinco niños pertenecientes a los cursos de pre-kínder y kínder de dicho establecimiento. Las conductas evaluadas en la pauta de cotejo creada fueron: características vocales, características psico-emocionales, salud, ámbito físico y ámbito social. Tras la evaluación de éstas y el análisis de los resultados obtenidos, se demostró que la pauta de cotejo es capaz de pesquisar las conductas de riesgo evaluadas, detectando la presencia de conductas de bajo riesgo vocal en un 15% de la muestra total, lo que correspondió a 34 niños.

## SUMMARY

Usually, in the voice area, like in other communications levels, it had been showed/expressed more interest for the pathology than for the preventive measurements, which could avoid its apparition. In this sense, it have to considered that during the childhood, occurred the insertion of the child in the school environment and there is when the character is developed, it means that the child can acquire some behaviors that with the time could develop a vocal pathology. This postulation had motivated the present investigation; with the purpose of detect risk vocal behaviors in a group of preschoolers, by the creation and application of a pattern matching. To achieve this goal, the application was done for a team of early childhood educators from Liceo Parroquial San Antonio, during august of 2009, to two hundred twenty five kids from the four pre kindergarten classes in that institution. The evaluated behaviors in the created pattern matching were vocal features, psycho emotional features, health, physical and social domain. After the evaluation and the analysis of the reach results, it been demonstrated that the pattern matching is able to detect the risk behavior evaluated, perceiving the presence of low risk vocal behaviors in a 15% of the total sample, which correspond to 34 kids.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano siempre ha tenido la necesidad de comunicarse, continuamente ha buscado la forma de relacionarse con otros y transmitir sus emociones, necesidades, inquietudes y pensamientos. Es por esto que la voz cobra tanta importancia tanto para niños como adultos.

Desde el nacimiento el niño comienza a utilizar la voz como medio de comunicación, expresándose a través de gritos y chillidos. Dicha manifestación se irá modificando hasta adquirir el lenguaje hablado. Al pasar los años el menor se enfrentará a un gran desafío, el ingreso a la etapa escolar, donde aumentará la demanda vocal que sumado a la inestabilidad de sus órganos fonatorios y otros factores, harán a los menores susceptibles a sufrir una disfonía. Dentro de los factores que favorecerán la aparición de una patología vocal nos podemos encontrar por ejemplo con el ruido de la sala de clases, las demandas vocales que exigen algunos juegos en los recreos, imitación de un profesor disfónico, entre otros.

Debido a esto surge el interés por la prevención vocal, es así como en décadas pasadas autores como Glasgow (1944) hablaban acerca de impartir educación vocal a los profesores; Froeschels (1953) recomendaba el método de masticación en los jardines infantiles, escuelas secundarias, universidades y profesorado; y Kallen (1959) refería la necesidad de educar la voz a partir de la infancia, hasta que se establezca la voz en el adulto.

Todos estos autores apuntan al propósito del presente estudio, el cual consiste en evitar futuros problemas vocales. Es así como surge la necesidad de crear una herramienta de evaluación válida, fiable y de fácil aplicación, capaz de detectar en la etapa pre-escolar ciertas conductas que puedan llevar al desarrollo de una disfonía.

La presente investigación dará a conocer la creación de una pauta de cotejo para la pesquisa de conductas de riesgo vocal en pre-escolares, además la aplicación será realizada por las educadoras de párvulo de un establecimiento educacional de la quinta región a niños



pertenecientes a cursos de pre-kinder y kinder. Dicha investigación se fundamentará mediante un soporte teórico, incluyendo conceptos como voz normal, abuso y mal uso vocal, disfonía, disfonía infantil, prevención e instrumentos de evaluación. Además, se detallarán los procedimientos metodológicos utilizados para llevar a cabo el estudio, en los que se contemplan los objetivos, junto con la descripción de la muestra. Posteriormente, se expondrán los resultados obtenidos tras la aplicación de la pauta creada. Para terminar con las respectivas discusiones y conclusiones en relación a los hallazgos acerca del tema expuesto.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEORICO

La voz es un componente fundamental en el proceso de la comunicación; por medio de éste, las personas serán capaces de manifestarse y expresarse con sus pares y el medio que los rodea. “La voz es el soporte acústico de la palabra. Ella vehiculiza nuestros pensamientos, ideas y emociones (...) emerge, se proyecta, se modifica en nosotros mismos y a través de todo nuestro ser” (Bustos, 2007:13.) Según la misma autora, la voz de cada individuo manifiesta rasgos distintivos debido a la peculiar organización de los órganos que se activan al producirla:

(...) consideramos a la voz como una manifestación expresiva de la persona en su totalidad; a través de ella cada individuo logra expresarse y comunicarse con sus semejantes de una manera singular y única. La voz trasluce la vida psíquica y emocional de quien se expresa y en ella subyace una compleja acción de nervios, huesos, cartílagos y músculos que implica al cuerpo de manera global (Bustos, 1995: 25).

Para la producción de la voz es necesaria la intervención de tres sistemas: respiratorio, fonatorio y resonador. En otras palabras, se requiere una columna de aire que ascienda por el tracto respiratorio y fluya entre dos pliegues vocales, provocando su vibración. Allí, se genera el tono fundamental, sonido que continuará su camino ascendente amplificándose y enriqueciéndose tímbricamente por el amplio sistema resonador, constituyéndose así la voz. La calidad de ésta dependerá de la acción sinérgica de los órganos que conforman dicho mecanismo de producción vocal. “Esto se producirá si se dan ciertas condiciones anatómicas y fisiológicas las cuales requieren, además, un buen equilibrio psicológico, neurovegetativo y nervioso, a la vez que una correcta regulación hormonal. La voz no es, pues, un fenómeno aislado” (Tulón, 2000:19).

En definitiva, la voz es el medio universal de comunicación utilizado por los humanos, en quienes se pueden manifestar alteraciones, como la disfonía. Es frecuente en la clínica fonoaudiológica encontrar este tipo de afecciones, tanto en niños como en adultos. La

presente investigación se centrará en la elaboración de una pauta de cotejo para la pesquisa de conductas de riesgo vocal en pre-escolares y de tal manera aportar a la prevención de futuras disfonías en la población infantil. Para lo cual, el sustento teórico ha de proveer los aportes de algunos autores acerca de voz normal y los conceptos asociados a dicho término. Posteriormente, se presentarán las conductas abusivas que inducen a la presencia de una disfonía, para continuar con disfonía infantil. Luego, se abordará lo concerniente a salud, su prevención y una aproximación al nuevo término de “sanología”. Por último, se precisará qué es una pauta de cotejo y su importancia como herramienta predictiva de disfonías en niños.

## **1.1 Voz Normal**

Se entiende por normal cualquier fenómeno de la naturaleza que cumple con criterios estándares o cuyos rasgos comparte con un universo. La Real Academia Española (2002) define normal a “todo aquello que se encuentra en su medio natural y que por su naturaleza, forma o magnitud, se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano” (RAE, 2002: Pág.). En consecuencia, una voz normal es aquella que es producida según ciertos parámetros vocales, los cuales al estar indemnes producen una emisión de calidad y sin dificultad: esta emisión se modifica de acuerdo a la situación o el contexto de comunicación, reflejando así la condición de salud vocal, atributos que caracterizan la eufonía” (Behlau & Pontes, 1995). Según la RAE (2002), se entiende por eufonía a la “sonoridad agradable que resulta de la acertada combinación de los elementos acústicos de las palabras” (RAE, 2002).

Los parámetros vocales son:

- Intensidad. Corresponde a la percepción que se tiene del volumen de la voz; esta depende de la presión de la salida del aire de los pulmones al pasar por el borde de la glotis y de la fuerza de oposición que ejerza la laringe sobre ésta. De esta manera, la intensidad de la emisión será percibida como fuerte o débil.
- Tono o altura. Corresponde a la percepción de la frecuencia de vibración de las cuerdas vocales por segundo. Dicha vibración dependerá de la forma y morfología que adopte

la laringe con sus estructuras para producir los diferentes sonidos (agudos, medios o graves).

- Timbre. Se relaciona con la cantidad e intensidad de armónicos originados por la aducción de las cuerdas vocales y por la morfología de las cavidades que actúan como resonadores. Esta característica es la que permite reconocer y diferenciar una voz de otra, aún si los demás parámetros vocales son iguales.

Cabe destacar que los parámetros acústicos no deben encontrarse alterados para tener una “voz normal”. Aún así, no existe una forma única de sonido considerada como “voz normal”. Según Bustos (1995), para que se produzca la voz adecuadamente se necesita tanto de la indemnidad de los órganos que la producen, como de una adecuada respuesta del cuerpo a los estímulos y tensiones que recibe del medio. Al respecto, Tulón (2000) agrega:

La voz normal, es pues, muy resistente si se conserva la mecánica original; si no se establece ningún mal hábito; si ningún elemento perturbador altera la tonicidad muscular de los repliegues vocales, el equilibrio de la mucosa, el equilibrio psicológico, etc. (Tulón, 2000:46)

El umbral que separa “voz normal” de “disfonía” dependerá de los criterios de cada observador. Por lo tanto, es posible sólo establecer criterios generales sobre la “voz normal”. Autores como García-Tapia & Cobeta (1996) y Casado & Adrián (2002) refieren que los parámetros para acercarse a una “voz normal” son:

- El volumen ha de estar acorde al contexto donde se encuentre, con una diferencia no menor a 30 dB. entre el volumen mínimo y máximo que el individuo utilice al fonar.
- El tono debe ser adecuado en correspondencia a la edad y al sexo del individuo. Así como también abarcar una extensión mínima de dos octavas.
- El timbre debe ser agradable, con resonancia oral para los fonemas orales y con resonancia nasal para los nasales. Y no debe presentar escape de aire.
- El ritmo del habla y duración de la fonación deben ser necesarios para mantener una conversación.
- La flexibilidad debe ser la adecuada para la expresión de énfasis, intencionalidad y significado.

- Según funcionalidad, la persona debe cumplir con los objetivos comunicacionales del usuario.

Sin embargo, existen conductas inapropiadas que pueden alterar esta normalidad vocal, propiciando la aparición de una posible disfonía. Dichas conductas corresponden al abuso y mal uso vocal, las cuales serán tratadas a continuación.

## **1.2. Abuso y mal uso vocal**

La alteración de la voz se relaciona directamente con el concepto de patología vocal, la cual se entiende como toda perturbación de la voz en cualquiera de sus tres cualidades, ya sea en altura tonal, intensidad o timbre. Según Jackson-Menaldi (2002), esto altera la voz, provocando un síntoma que es la “disfonía”, que puede ir desde una manifestación transitoria por el simple mal uso y abuso vocal hasta la pérdida total de la emisión.

Se entiende por abuso vocal al comportamiento impropio y excesivo de la voz. Autores como Prater y Swift (1986), entienden que ello obedece a una pobre higiene vocal e incluyen cualquier comportamiento que tenga un efecto traumatizante en los pliegues vocales. Dichos autores reconocen las siguientes conductas como parte del abuso vocal:

- Chillar o gritar: Se consideran todas las vocalizaciones producidas por una hiperaducción y una vibración violenta de los pliegues vocales. Los niños que realizan deportes son particularmente sensibles a sufrir traumatismos laríngeos por dicho comportamiento.
- Vocalizaciones forzadas: Son producidas, generalmente, por niños que intentan imitar sonidos de máquinas, como camiones, autos, motos, ametralladoras, etc. Estas fonaciones se producen con alta intensidad, en un tono agudo y con una hiperaducción de los pliegues vocales. Dichas vocalizaciones también pueden estar presente cuando hay un intento de fonación mientras se está realizando alguna fuerza, como por ejemplo, empujar o llevar algún objeto pesado.

- Hablar excesivamente: La cantidad de producción vocal, que se puede utilizar sin forzar el órgano fonador, varía de un individuo a otro. Sin embargo, existe un límite fisiológico para cada persona.
- Uso frecuente de un ataque glótico duro: Se produce cuando se aducen los pliegues vocales antes del inicio de la espiración, elevándose así la presión de aire subglótico hasta que termina como una explosión abrupta al iniciar la producción de las vocales. La presencia de este ataque glótico provoca una irritación de las cuerdas vocales, derivando en una voz áspera y ronca.
- Excesiva aclaración de la garganta y demasiada tos: El uso continuo de estas conductas abusivas hacen vibrar violentamente los pliegues vocales, pudiendo causar un traumatismo en ellos.
- Inhalación de polvo, humo de cigarrillo y gases nocivos.
- Cantar con una técnica vocal inapropiada o en condiciones abusivas del ambiente.
- Hablar abusivamente cuando las cuerdas vocales se encuentran débiles.

El mal uso vocal es el manejo o uso inadecuado del tono y de la intensidad en la producción vocal de manera frecuente. Usualmente, se tiende a elevar la intensidad vocal ante la presencia de altos niveles de ruido ambiental, lo cual genera un aumento de la tensión laríngea, que podría provocar un traumatismo en las cuerdas vocales. Asimismo, el aumento en la intensidad vocal tiende a acompañarse de un incremento en el tono vocal.

La primera característica, tanto del abuso como del mal uso vocal, es la hiperaducción de la musculatura intrínseca y extrínseca laríngea, frecuentemente, acompañada de una excesiva y violenta vibración de los pliegues vocales. Al existir un aumento exacerbado de la tensión laríngea durante la fonación, podrían producirse frecuentes cambios en los tejidos laríngeos, pudiendo causar alteraciones de la masa, elasticidad y tensión de los pliegues vocales, lo que afectará la vibración de éstos.

Los aspectos descritos no son los únicos que pueden producir una disfonía, ya que existen otras aristas dentro de este síntoma que afectan directamente a la voz. En consecuencia, habrá que profundizar en el concepto de disfonía y sus clasificaciones.

### 1.3 Disfonía

El término disfonía procede del griego *dys*, dificultad, y de *phone* voz. Hace más de cuatro siglos que se trata de definir este término, lo que indica la preocupación e importancia que el ser humano le ha otorgado a la voz. Dicha inquietud se manifiesta en el momento que el individuo sufre alguna alteración en el proceso de comunicación, la cual se relaciona directamente con la voz debido a que ésta es el instrumento de expresión por excelencia. Para Jackson Menaldi (2002), la disfonía se trata de una alteración de la voz que perturba la comunicación.

Con respecto a la clasificación de disfonía, existen diversos autores que categorizan ésta. Entre ellas se encuentran: según la etiología de la patología, fisiopatología subyacente, región afectada, tratamiento a seguir, edad de inicio de los síntomas entre otras. En relación a la clasificación etaria esta se refiere a la edad en que se instaura la patología entre ella podemos encontrar:

- Recién nacidos: es bastante común encontrar mal formaciones congénitas a nivel laríngeo , como por ejemplo sulcus vocal , sinequia entre otros
- Niños mayores de un año: son un grupo de alto riesgo debido al mal uso de la voz, lo que puede ocasionar patologías infecciosas o inflamatorias, como laringitis aguda
- Adolescentes: la alteración más común es el trastorno de muda vocal, la cual en la mayoría de los casos evoluciona espontáneamente
- Adultos: estos sujetos pueden sufrir patologías vocales de diversa etiología siendo más frecuente disfonías funcionales y orgánicas
- Adulto mayor: en este grupo encontramos la patología vocal propia de la edad llamada Presbifonía.

## **1.4 Disfonía infantil**

Durante los primeros años de vida, los órganos que participan en la producción de la voz, el habla y la organización del lenguaje oral, alcanzan su madurez funcional. Durante la primera infancia, la laringe es un eficiente instrumento para la deglución, respiración y protección de la vía aérea. Sin embargo, a temprana edad, este órgano es un instrumento fonatorio que no cumple a cabalidad sus funciones debido a que es corto, curvado y estrecho. Posteriormente, en la etapa de la infancia, los trastornos vocales se presentan con mayor incidencia debido a que los órganos que actúan en el proceso de la producción de la voz se encuentran bajo constantes transformaciones. Ello produce que el aparato respiratorio y emisor, junto con el órgano resonador, se encuentren trabajando en todo momento de manera incoordinada. (Sigal, 2006)

El niño generalmente, se expresa a través de gritos y chillidos, lo que altera la voz habitual, disminuyendo su intensidad y extensión tonal. Lo anterior, sumado a la inestabilidad de los órganos fonatorios junto con los cambios psicológicos que sufre el menor durante este periodo, conducirán a una potencial disfonía. Para efectos de la presente investigación, antes de abordar esta patología corresponde describir el desarrollo normal del niño.

### **1.4.1 Desarrollo normal del niño (3 – 6 años)**

En cuanto al desarrollo físico, los niños crecen rápidamente; el común de los infantes adelgaza y se alarga. Necesitan menos sueño que en etapas anteriores y presentan problemas con su reposo y vigilia. Mejoran en habilidades como correr, brincar, saltar y lanzar una pelota. En el aspecto motriz, también se muestran más hábiles al atar sus zapatos, dibujar con lápices de colores, servir el cereal, entre otros; además de comenzar a mostrar preferencia por el uso de una de sus manos.



Con respecto al desarrollo cognitivo, los niños en este periodo se encuentran en la “etapa preoperacional”. Su característica más significativa es una aventajada expansión en el uso del pensamiento simbólico, o habilidad de representación mental (palabras, números o imágenes), con ausencia del pensamiento lógico. Piaget utiliza el término “función simbólica” para referirse a la habilidad de usar representaciones mentales a las cuales el niño ha asignado un significado. Dicha función les permite reflexionar sobre la gente, acerca de los objetos y de los eventos que no están físicamente presentes. Esto se demuestra en la imitación diferida, el juego de simulación y el lenguaje.

En relación al lenguaje, sólo mencionar que durante la niñez temprana el vocabulario aumenta considerablemente, y avanzan en su desarrollo gramatical y sintáctico. Los niños se tornan más competentes en su accionar pragmático, aumentando de esta manera su actividad comunicativa.

#### **1.4.2 El mundo social del niño**

Sin lugar a dudas que el medio social constituye el ambiente natural para el desarrollo humano. Desde el momento en que el niño nace estará expuesto a la influencia de este ambiente social, necesario para convertirlo en un adulto normalmente desarrollado. Para este proceso de adaptación, cuenta con dos variables importantes. Por un lado, posee competencia, que representa la capacidad de adaptación activa del niño a su entorno, y la vulnerabilidad, la cual constituye la capacidad de resistencia a los apremios del ambiente.

Con respecto al mundo social de los niños y a las relaciones que ellos poseen, éstas se van a centrar durante la etapa preescolar en su familia y en la escuela. Estos aspectos influirán directamente en la formación de la personalidad de los menores y los irá marcando para el resto de sus vidas. La motivación que haya desarrollado el menor para determinadas tareas, así como la manera de expresar sus emociones, en muchos casos, serán el reflejo fiel de los sentimientos y conocimientos que les traspasen sus padres.

La escuela será otro aspecto que “moldeará” al niño y constituirá un segundo hogar para éste. Por lo tanto, el profesor juega un rol fundamental, ya que el niño se forma una imagen de él digna de imitar. La personalidad y conductas que el niño adquiera durante la etapa preescolar dependerán de su adaptación para ingresar al mundo educativo, ya que además de cumplir por primera vez en su vida con reglas, deberá relacionarse con otros niños, con todas las dificultades que conlleva esto. Sin embargo, Esta etapa puede enriquecer el ambiente físico, cognoscitivo y social del niño. (Papalia, *et al*, 2005).

### **1.4.3 Definición**

En la actualidad existen diversas definiciones de autores con respecto al concepto de disfonía infantil, entre los que se destacan Arias (1992), Le Huche (1994), Echeverría (1998), Habbaby (2006) principalmente. Ahora bien, para tener una mayor claridad sobre el tema, este último autor define disfonía infantil como:

Las disfonías infantiles son alteraciones de la voz que se presentan en niños, generalmente entre los 5 y 7 años, cuya afección modifica las características acústicas de la voz (timbre, altura, intensidad, extensión y duración) y cuyo origen puede deberse a una patología orgánica y/o funcional. La causa principal suele ser el abuso o mal uso vocal, generalmente, por no respetar el registro vocal. Puede tratarse de niños que tienen un habla forzada, con excesiva tensión de los músculos de la cara, del cuello, de los hombros y, en algunos casos. La respiración suele estar alterada y ser tipo torácica superior, por lo que el sople espiratorio necesario para la emisión es débil. (Habbaby, 2006:2)

### **1.4.4 Prevalencia**

Los datos existentes en la literatura en torno a la incidencia de las alteraciones de la voz, indican que las disfonías infantiles son muy frecuentes, “afectando un 30 a 40% de la población escolar” (Arias, 2005:1). Así mismo, Habbaby (2006) refiere que la incidencia puede ir de un 5% a un 25% de los casos. Según algunos autores, como Dinville (1996), Habbaby (2006) y Bustos (1995), la disfonía se presenta desde los 5 o 6 años, generalmente, asociada a laringitis y nódulos vocales. Sin embargo, puede aparecer desde los 3 años, debido a que a esa edad se produce la madurez neurológica de la laringe del menor.

Las autoras Dinville (1996), Habbaby (2006) y Bustos (1995), sugieren que la disfonía se presenta con una mayor frecuencia en el sexo masculino; en una proporción de 2 - 3 casos es a 1. A su vez, Echeverría (1998) postula que esta disfonía suele presentarla con mayor frecuencia el hijo único, así como el tercer hijo de familias numerosas.

#### **1.4.5 Características**

La disfonía infantil suele aparecer de manera progresiva y, en muchas ocasiones, pasar inadvertida. En un comienzo, la disfonía en el niño dura solamente algunos días; luego de esto, el menor recupera su voz normal durante semanas. Estos episodios son cada vez más comunes y se prolongan hasta que la disfonía llega a ser constante (Echeverría, 1998).

##### **1.4.5.1 Características acústicas**

Echeverría (1998) señala que con frecuencia ni el niño ni sus padres son conscientes del problema vocal que el menor presenta, ya que dicha alteración no se manifiesta con ciertos síntomas que sí se observan en los adultos, como la picazón, tensión muscular, dolor u opresión respiratoria. Sin embargo, acústicamente la voz del niño disfónico será muy similar a la que aparece en las disfonías del adulto, donde se encontrarán alterados uno o todos sus parámetros vocales.

Autores, como Le Huche & Allali (1994) y Echeverría (1998), refieren que la alteración de la voz conversacional es variable, caracterizándose acústicamente por los siguientes síntomas: finales sofocados, agravación de la tonalidad, ronquera del timbre, reducción de la modulación, alteración de la articulación de la palabra debido al esfuerzo vocal y uso de una intensidad excesiva que se ve alternada de una afonía casi completa. (1)

A su vez, la autora Echeverría (1998) postula que estas alteraciones acústicas van acompañadas de un evidente comportamiento de sobreesfuerzo caracterizado por una

alteración del soplo fonatorio, de la verticalidad, y abultamiento yugular, entre otros. Así mismo, esta autora refiere que:

---

(1) Véase pág. 106. Le Huche & Allali. Tomo 2.1994

“Otras características que acompañan frecuentemente a la disfonía infantil son: la presencia de un mecanismo respiratorio invertido, la fonación en inspiración, la utilización del soplo torácico superior en el momento de la proyección vocal, desorganización de la mecánica de la laringe, presencia de crispaciones musculares y pereza articulatoria.” (Echeverría, 1998: 28)

#### **1.4.5.2 Características Laringoscópicas**

Además de las características acústicas antes mencionadas, existen signos laringoscópicos que se pueden observar mediante la exploración directa del aparato fonador. Estos se obtienen a través de exámenes, como nasolaringofibroscopía, estroboscopia, etc.

En relación con la disfonía infantil, Echeverría (1998) refiere que alrededor de un 60% de los casos de menores con disfonía presentan una laringe normal. Además, se pueden observar pequeñas lesiones orgánicas en la mucosa del pliegue vocal, debido al comportamiento de sobreesfuerzo que realiza el menor. Según Le Huche (1994), las alteraciones estructurales más frecuentes son los nódulos vocales y con menor frecuencia los quistes mucosos y pseudoquistes.

#### **1.4.5.3 Características Corporales**

La adecuada postura corporal favorece un equilibrio muscular y circulatorio, además de una emisión vocal eufónica. Por lo tanto, cualquier error postural tendrá incidencia sobre la producción vocal, provocando tensión laríngea, limitando su movilidad, tensando la musculatura suprahióidea y limitando el mecanismo respiratorio.

Según Echeverría (1998), los niños que presentan problemas vocales, generalmente, poseen dificultades en relación a la estática corporal general, lo cual se puede observar en las constantes caídas y torpeza motriz que estos menores sufren.

En tanto, Le Huche & Allali (1994) y Echeverría (1998) refieren que alrededor de un 70% de los menores disfónicos presenta una cierta dehiscencia o hendidura en la línea abdominal. Esto puede deberse a que los niños no saben utilizar de la manera correcta esta zona durante la emisión vocal, lo que derivaría en una debilidad en la pared abdominal. También puede ser que la pared abdominal ya se encuentra débil, razón por la cual el niño no puede producir de manera adecuada su emisión fonatoria.

#### **1.4.6 Clasificación**

Durante la historia de la Fonoaudiología, diversos autores como Perelló (1980), Piccoli, Brandi (1990), entre otros, han propuesto diferentes enfoques para clasificar la disfonía infantil. Para fines prácticos, el presente trabajo desarrollará la clasificación expuesta por Arias (2005), a partir de la génesis de la patología.

I.- Funcionales: “Llamamos disfonía funcional al trastorno vocal producido por una incoordinación entre los diferentes órganos que intervienen en la fonación” (Arias, 2005:51). Según el temperamento del menor, es posible evidenciar la presencia de dos grupos de niños, a los que se asocian dos formas clínicas de disfonías funcionales:

- **Disfonía funcional hipercinética:** producida por una elevada tensión en las cuerdas vocales durante la fonación, lo que conlleva a que éstas acaben debilitándose. Generalmente, los menores que presentan este tipo de disfonía suelen ser muy extrovertidos y de fuerte personalidad, tendiendo a actuar como líderes frente a sus pares. Estos niños suelen comunicarse con una intensidad vocal bastante elevada, utilizando la mayoría de las veces, el grito. Son niños que presentan una marcada hipertensión muscular y su voz tiende a ser ronca, de timbre soplado,

descendiendo hacia los tonos graves, siendo el final de la frase casi inaudible (Moreno, 2004).

- Disfonía funcional hipocinética: producida por una falta de tensión muscular en las cuerdas vocales, que produce un cierre incompleto de la glotis, o un comportamiento de sobre esfuerzo vocal mantenido. Esta alteración se asocia a personalidades introvertidas.

El niño suele comunicarse mediante una intensidad bastante disminuida y con un timbre opaco. La voz de estos menores es ronca, soplada, desviada hacia los tonos graves y, frecuentemente, las últimas palabras de las frases son muy poco audibles. Hay ocasiones en que se observa fonastenia, debido a la gran timidez que presentan.

A continuación, se presentan las características de personalidades de los menores disfónicos ya descritos (tabla N°1):

Disfonías Hipercinéticas	Disfonías Hipocinéticas
Inquietos	Tranquilos
Seguros	Inseguros
Dominantes	Sumisos
Tensos	Dóciles
Energéticos	Introvertidos
Extrovertidos	Inhibidos
Sociables	Tímidos
Impulsivos	Apocados
Perfeccionistas	Solitarios
Inteligentes	
Lideres	
Hiperactivos	

**Tabla N°1.** Características de la personalidad del menor que indican el tipo de disfonía funcional que presentan.

Dichas alteraciones funcionales se deben a múltiples causas: factores orgánicos y factores predisponentes o desencadenantes. En relación a los factores orgánicos que pueden desestabilizar la función vocal, se encuentran: episodios infecciosos - inflamatorios agudos o crónicos, patologías del aparato digestivo, intervenciones quirúrgicas, entre otros. Por otro lado, los factores predisponentes y desencadenantes son:

a) Medio familiar y sociocultural: El ambiente familiar en que se desarrolla el niño influirá directamente en las conductas vocales que éste va desarrollar. Es así como un entorno ruidoso, hábitos vocales exacerbados de otros miembros de la familia, trastornos psicológicos derivados de situaciones familiares complicadas, presencia de personas con disfonías o hipoacusias son, en muchos de los casos, desencadenantes de la disfunción vocal. También:

“Debemos citar la frecuencia de la imitación como origen de las disfonías, sea imitación de un progenitor disfónico, (según Cornut, el 26% de los niños disfónicos tienen una madre disfónica), de un maestro disfónico, o de una persona no disfónica con la que el niño tiende a identificarse, por ejemplo, un profesor con voz grave“(Le Huche & Allali, 1994: 108).

b) **Ámbito escolar:** Los factores ambientales, como la ubicación y condiciones físicas de recinto escolar, favorecen altos niveles de contaminación acústica que obligan al niño a elevar el nivel de intensidad de su voz. Además se pueden presentar problemas de disfunción vocal debido a un debilitamiento de la mucosa respiratoria, provocado por factores como el polvo, la humedad, entre otros

c) **Circunstancias personales:** La práctica de actividades escolares y recreativas (niños que practican deportes, compiten o juegan gritando), además de las musicales (incorrecta clasificación vocal o repertorio inadecuado), pueden favorecer el sobreesfuerzo vocal. A su vez, el temperamento del menor influye directamente en su producción vocal, viéndose aumentada en niños con

necesidades de autoafirmación y disminuida en menores que tienden a reprimir sus sentimientos.

Cualquiera de los factores antes mencionados o la relación entre ellos, sumado al sobreesfuerzo vocal, pueden desencadenar el llamado “círculo vicioso”, referido por Le Huche (1994). Al respecto Arias (2005) menciona que:

“Se parte de una dificultad vocal concreta que obliga a hacer un esfuerzo vocal compensatorio y acaba apareciendo una lesión laríngea o agravándose alguna ya existente. A esto se añade las consecuencias acústicas, estéticas, sociales y psicológicas que irán complicando cada vez más el proceso.” (Arias, 2005:57)

II.- Orgánicas: “Son los trastornos de la voz provocados por una lesión en el órgano vocal” (Arias, 2005: 57). En este grupo se encuentran las disfonías:

- Por lesiones adquiridas: Se incluyen patologías que alteran la conformación normal de los repliegues vocales, las cuales no están presentes desde el nacimiento del individuo; en algunas de ellas se reconoce una etiología dominante, caracterizada por el abuso y sobreesfuerzo vocal. Dentro de las patologías vocales adquiridas se encuentran: nódulos, lesiones paranodulares, pseudoquiste seroso, edema, pólipo y quiste por retención mucosa.

Según Bonet (1997), las alteraciones orgánicas adquiridas más frecuentes son los nódulos y edemas cordales asociado a laringitis. A continuación, dichas patologías serán abordadas con mayor profundidad:

- a) Nódulos: engrosamiento localizado de la mucosa, situado en el borde libre de uno o ambos pliegues vocales, se aprecian con mayor frecuencia los nódulos bilaterales que unilaterales. Generalmente, se deben al traumatismo por esfuerzo vocal que, al aumentar la tensión y prolongarse en el tiempo, produciría congestión vascular, edema y hemorragia submucosa (Jackson-Menaldi, 2002). Para la formación



de un nódulo, se necesita de un flujo de aire importante que haga vibrar los pliegues vocales. Es decir:

“Debido al excesivo flujo de aire, la zona músculo membranosa (dos tercios anteriores) de los repliegues vocales hipotónicos adquiere un aspecto arqueado de convexidad superior, y precisamente es en la cúspide de esta convexidad donde se produce el impacto más potente cada vez que se juntan los repliegues vocales. La repetición de este impacto en cada ciclo vibratorio es la responsable del engrosamiento del epitelio del repliegue vocal en el exacto punto que corresponde a la unión entre el tercio anterior y el tercio medio del borde libre” (Le Huche & Allali, 1994:83).

Cabe mencionar que en los niños la localización de esta patología es en una zona más anterior que en los adultos, siendo esta la unión entre el cuarto anterior y los tres cuartos posteriores del repliegue vocal. “Esta particular localización se explica por el tamaño de la apófisis vocal, proporcionalmente mayor en el niño” (Le Huche, 1994: 107).

b) Laringitis: según Jackson-Menaldi (2002), es una inflamación de los pliegues vocales y de la laringe. Puede producirse por causas como infección bacteriana, contacto con agentes nocivos e infecciones respiratorias o localizadas en la laringe. Dicho proceso inflamatorio se produce por una respuesta protectora del cuerpo humano a una lesión por cualquier irritante. Esta respuesta forma un círculo vicioso debido a que el carraspeo, la tos y el aumento de la producción de secreciones, junto con conductas de sobreesfuerzo, lesionan aún más los pliegues vocales. Al respecto, Tulón (2000) refiere que la laringitis afecta de manera directa las cuerdas vocales, produciendo así una disfonía que va desde ligera, pudiendo incluso llegar a la afonía.

- Por lesiones congénitas: corresponde a alteraciones que se presentan desde el nacimiento, entre ellas se pueden encontrar: quiste epideforme, sulcus, puente mucoso, vergetures, microsinequia de comisura anterior, entre otros.

Generalmente, las disfonías infantiles pasan inadvertidas, puesto que los padres o tutores no se interesan hasta que la alteración vocal se hace más frecuente, permanente o hasta que se produce una pérdida total de la voz.

“Algunas madres de niños disfónicos consideran que la voz de su hijo es normal, que siempre hablo así de ronco, que siempre tuvo esa voz: y para entonces estamos enfrentados a una patología de cuerdas vocales del infante a larga data” (Habbaby, A., 2006: XIII)

Por esto es que muchas de las conductas adquiridas por el niño durante su infancia derivarán, en la mayoría de los casos, en una disfonía en edades futuras. Por lo tanto, es relevante la detección temprana de dichas acciones y/o actitudes para prevenir la presencia de alguna alteración de mayor complejidad en la vida adulta.

## **1.5. Salud y Prevención**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 1948), la salud corresponde al completo bienestar físico, mental y social de la persona, siendo éste la más importante riqueza para un país. Dicho bienestar es una contribución esencial para el crecimiento, producción económica, aprendizaje y plenitud social e individual de toda nación. Es necesario abordar la salud de las personas no sólo al momento de adquirir una enfermedad o presentar sus secuelas, sino también es importante intervenir antes de que estas puedan aparecer.

Desde hace décadas que el costo de la atención en salud ha ido en aumento, por lo que nuevos programas de salud están en pro de detener esta expansión de costos mediante planes satisfactorios y económicos de protección de salud. Bajo este paradigma de salud, sumado a un cambio en el rol del Estado en búsqueda de eficiencia, efectividad y sustentabilidad, es que en estos últimos años en Chile se han instaurado reformas de salud que apuntan a un cambio en el modelo de atención existente. Así, se enfatiza en lo que se refiere a la promoción y prevención de salud: “la forma más segura de alcanzar la equidad en salud es evitando la enfermedad, poniendo al alcance de todos los conocimientos e instrumentos que permitan mantener sana a la población...” (Presidente Lagos, 2000; cit. en Donoso, 2000: 4)

### **1.5.1 Prevención**

Toda acción preventiva posee un carácter anticipatorio, por lo cual, el término de prevención en salud es definida según la Organización Mundial de la Salud como “la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales, sensoriales, o a impedir que las deficiencias, cuando se hayan producido, no tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas”.

La prevención en salud está dirigida a evitar la aparición de la enfermedad, retrasarla y/o atenuar la severidad, duración y consecuencias, una vez establecida. Su fin es promocionar el bienestar humano y, de esta manera, evitar situaciones indeseables. En consecuencia, la ejecución de las acciones preventivas en salud no es del ámbito de una sola disciplina científica, es una labor multidisciplinaria, en que todos los especialistas en salud deben ejecutar acciones.

Según Jenkins (2005), son tres los niveles de prevención existentes, los cuales se basan en el desarrollo de la enfermedad:

- Prevención primaria: Uno de los fines de este tipo de prevención es abarcar el mayor número de grupos en riesgos que podrían presentar algún problema de salud determinado, cuyo objetivo es que la enfermedad no se instaure.
- Prevención secundaria: Se basa en la detección e intervención oportuna de enfermedades antes de que ellas se hayan desarrollado de manera completa.
- Prevención terciaria: Se caracteriza por actuar cuando la enfermedad ya se ha instaurado completamente en el individuo. Esta prevención no sólo evita el deterioro y las complicaciones en las que desembocaría una determinada patología, sino que también se enfoca en la rehabilitación integral del paciente para su reinserción social.

Cabe destacar que ha surgido una nueva concepción de salud, la que se ha denominado “sanología”. Dicho término se relaciona con el concepto de prevención y promoción de salud, porque ambos apuntan a evitar la instauración de la enfermedad. Sin embargo, ambas persiguen este objetivo desde distintos enfoques. Podemos observar que en la salud clásica, el accionar médico se compone de las funciones de Promoción de Salud, Prevención, Curación y Recuperación de la Enfermedad, mientras que la Sanología se centra en la Promoción de la Salud, mediante la intervención en los estilos de vida de las personas. (Cerezal, 2005)

El concepto de Sanología fue utilizado por primera vez por el académico ruso Pavlovich, en 1987, enfocado en el concepto clásico de salud. Posteriormente, en el año 1989, fue retomado por el centro de estudios del bienestar y desarrollo humano de la Universidad de la Habana, redimensionando su concepción sobre la base del hombre dentro de su universo representado por su cultura. Según este organismo, la salud es trascendental, por lo que no basta referirse a ella de acuerdo a la dicotomía salud-enfermedad. Dicho concepto abarca todos los aspectos que rodean al ser humano: cognitivo, afectivo y conductual, para la protección y fomento de la salud de las personas presuntamente sanas.

Los fundamentos de los postulados presentados se basan en propuestas de décadas pasadas, cuyos representantes fueron Guevara, Marx y Engels, Sigerist, Martí, entre otros. En este sentido, cabe destacar que Martí (1946) refirió:

“(…) los pueblos como los médicos han de prever la enfermedad o curarla en sus raíces a dejar que florezcan en toda su pujanza para combatir el mal desenvuelto por su propia culpa. La verdadera medicina no es la que cura sino la que precave; la higiene es la verdadera medicina” (cit. en Aldereguía, 1992:2).

La fonoaudióloga Delma Riquelme (UMCE, Santiago de Chile, 2009) se refiere al concepto de Sanología como todas aquellas estrategias que se pueden llevar a cabo para que el individuo tome conciencia y así en libertad sea capaz de decidir si quiere estar “enfermo o sano”. Dicho sustento radica en que el rol esencial del doctor debiese ser educar a la población para que esta no se enferme. Además la fonoaudióloga comenta que en la Universidad de la Habana postulan que los primeros y principales responsables acerca de la salud de la población, son los médicos, y en este momento ellos solo están centrados en el poder que

tienen sobre otros seres humanos que lo necesitan, y que son incapaces de resolver sus problemas de salud si los doctores no están.

Amable (2003) refiere que el método o enfoque sanológico se define en cuatro momentos fundamentales:

- Un primer momento de autoreflexión sobre el concepto de salud, su percepción y el autocuidado sobre la misma integrando los aspectos físicos biológicos, emocionales y de la vida de relación.
- Un segundo momento relativo al examen físico, rescatado de la medicina clásica.
- Un tercer momento de presunción de un nivel de salud alcanzado, rompiendo con el dilema dicotómico de sano o enfermo, considerando la salud como el estado natural del ser humano. Todo el proceso reflexivo de la presunción de la salud se da independientemente de la presencia o no de alguna enfermedad o padecimiento.
- El cuarto momento del enfoque es el establecimiento de la ruta de la salud, dirigido principalmente a la base de la potenciación de las capacidades del hombre o la mujer, que les permita la ganancia en salud, siendo ellos con su poder creativo los propios conductores del proceso. La motivación, acciones educativas para asimilar la nueva información adquirida, y la valoración de las perspectivas sumado con el aspecto emocional que reforzará las nuevas conductas que llevarán a un cambio a nivel de salud es la acción final de la denominada ruta de salud. (Amable, 2003:2)

Actualmente, en Chile, los programas de prevención y promoción de salud apuntan a diversas patologías y grupos de riesgos. Sin embargo, ninguno de estos programas se encuentra dirigido a personas que presentan factores de riesgo por alteraciones vocales. El abordaje preventivo de éstas no deja de ser importante debido a la alta incidencia de patologías vocales dentro de la población, correspondiendo ésta entre un 30- 40 % a disfonía infantil (Arias, 2005). Por lo tanto, es necesario un plan de prevención para disfonías que se enfoque, principalmente, a la infancia.

Esta necesidad de prevención vocal es compartida por la autora Habbaby (2006) en el libro “Disfonías del Niño y del Adolescente”, en donde se presenta una ficha destinada a los profesores para evaluar a los niños y, según sea el caso, se les pedirá a los padres que realicen la consulta al pediatra, quien realizará las derivaciones pertinentes.

En base a lo anterior, nace la inquietud de la creación de un instrumento evaluativo capaz de pesquisar conductas de riesgo vocal, las cuales al permanecer en el tiempo pueden desencadenar una disfonía.

## **1.6 Procedimientos de Evaluación**

Estos procedimientos son pruebas que permiten evaluar el comportamiento, desempeño y destrezas del alumno mediante la observación directa. De acuerdo con Salinas (2002):

“Se trata de procedimientos que se elaboran desde un número determinado de categorías de análisis que nos pueden permitir organizar de forma ordenada un conjunto de aspectos a ser observados y valorados por el profesor o, en otros casos por los propios alumnos”. (cit. en Himmel, 2002:1)

Esta observación necesita definir tres aspectos: el qué observar, donde debe quedar en claro si se evaluará el proceso o el producto, el cuándo y el cómo. Para esto se requiere de un trabajo ordenado y sistemático de planificación y una definición del aprendizaje u objetivo a evaluar, todo esto en conjunto con los indicadores que permitirán observar y dar cuenta de ese objetivo. Tanto los indicadores como los objetivos deben ser formulados de manera clara, concreta y unívoca, así se podrá recoger la información con precisión. Para este fin, existen diversos instrumentos que permiten el registro de la información, entre ellas, escala de apreciación o calificación y lista de comprobación o cotejo, herramienta utilizada en el presente estudio.

### **1.6.1 Pauta de cotejo**

La pauta de cotejo consiste en una lista de características que pretende determinar la presencia o ausencia de aspectos, cualidades, secuencias de acciones, entre otros. Se registran aspectos del tipo dicotómico (sí-no, lo hizo-no lo hizo, presente-ausente, etc.). Son bastante útiles para ser aplicadas a grupos numerosos, debido a su simplicidad y fácil llenado.

Finalmente, es importante señalar que, al elaborarlas, es necesario tomar en cuenta que las conductas que se determinen sean lo más específicas posibles, de manera que no se produzcan problemas de interpretación de ellas por parte de quien las va a aplicar, para lo cual deben presentarse siempre en términos positivos. A continuación, se proponen algunas sugerencias para la elaboración de pautas de cotejo y ventajas de la utilización de esta misma, otorgadas por Himmel, Olivares y Zabalza (2002):

- Sugerencias:
  - Determinar los objetivos con precisión y claridad.
  - Tanto las dimensiones (ítems generales) como los indicadores (enunciados) deben representar a los objetivos y ser posibles de observar.
  - Redactar indicadores de forma breve y precisa.
  - Determinar el tipo de instrumento de registro.
  - Ordenar en forma estructurada y secuenciada los indicadores y las categorías de medición.
  
- Ventajas :
  - Ayuda a definir y a clarificar los objetivos de la evaluación.
  - Permite decidir en qué se va a centrar la observación en la evaluación, con lo que existiría una menor subjetividad en el juicio.
  - Aumentan los aprendizajes en la evaluación, ya que se evalúan tanto los conocimientos como los procedimientos y las actitudes.

Además, se debe tener cuidado al construir listas de cotejo, ya que puede producirse una gran cantidad de errores debido a los prejuicios del observador, los que sin duda afectarán el resultado. Para construir listas de cotejo válidas, fiables y fáciles de utilizar se debe:

1. Especificar una realización o producto adecuado: Hay que asegurarse de que la información que se necesita sobre la realización o producto que se está evaluando ha de encontrarse en la lista. Se debe emitir la siguiente pregunta: ¿Hay algunos comportamientos característicos de este tipo de realización, tan importantes que sea útil simplemente saber si se producen o no? Si la respuesta es sí, la lista es apropiada. Se debería además plantear

una respuesta parecida sobre cualquier producto que se quiera evaluar: ¿Hay algunas características típicas de este tipo de realización, tan importantes que sea útil saber si se producen o no?, si la respuesta es sí, la lista es apropiada.

2. Enumerar los comportamientos o características importantes.
3. Añadir cualquier error común: Es necesario averiguar no solamente si un alumno sigue procedimientos poco deseables, por ejemplo, en una disertación, si realiza gestos o no. Se debe averiguar, además, si un alumno realiza comportamientos distractores, por ejemplo, introducirse las manos en los bolsillos o emitir expresiones como “mm”. Por todo esto, no conviene añadir demasiados elementos superfluos.
4. Ordenar la lista de comportamientos o características: Una lista será mucho más fácil de observar si los comportamientos se enumeran en el orden en que puede ser que ocurran.
5. Ofrecer un modo de utilizar la lista: Debe existir en la lista un lugar donde marcar cada vez que se produzca un comportamiento o característica. Se recomienda dejar un espacio en un lado de la página, en el margen izquierdo, junto con cada característica.

Para saber si el instrumento que está utilizando es válido, fiable y fácil de utilizar, se debe comprobar si hay defectos patentes. Además, se recomienda en este punto comentar con otras personas lo que se quiere evaluar y solicitarles sus aportes, ya sean rasgos o características relevantes y necesarias para la evolución.

Posteriormente, se debe probar el instrumento para comprobar cómo funciona. Para esto, ha de usarse el instrumento por uno y por otras personas, anotando cualquier problema que surja. Se recomienda que dos personas califiquen las mismas realizaciones o productos, al mismo tiempo. Los resultados obtenidos se comparan y se determina que tan fiable es la evaluación.



A su vez, para comprobar la validez de un instrumento, el evaluador debe plantearse una hipótesis y luego verificar la información obtenida. Esto se realizará observando a los alumnos en determinadas situaciones; así se confirmará o rechazará la hipótesis antes planteada. Si ésta es confirmada, el profesor ha puesto de manifiesto la validez de la herramienta utilizada. Con todo esto, será posible probar el instrumento y remediar los desaciertos.

En relación a los antecedentes teóricos expuestos, el presente estudio se centrará en la creación y aplicación de una pauta de cotejo que aporte información acerca de las conductas abusivas que presentan los niños, con el fin de prevenir futuras disfonías. Puesto que se considera fundamental emprender acciones de prevención en estadios tempranos de la vida; para que así conductas de riesgo vocal en una primera etapa no conduzcan a la implantación de una futura patología vocal.

## CAPÍTULO II

### MATERIAL Y MÉTODO

#### **2.1 Problema de Investigación**

##### **2.1.1 Justificación de la Investigación**

En Chile, las disfonías han aumentado, así como la preocupación de los especialistas por abordarla. Sin embargo, la intervención de este trastorno se enfoca en la rehabilitación más que en su prevención. De hecho, la adquisición de conductas nocivas comienzan desde la niñez; si éstas se mantienen, pueden constituir un riesgo que incidiría en el desarrollo de una disfonía en edades posteriores. Una de las maneras para accionar dicha intervención preventiva es detectando a tiempo estas conductas abusivas, efectuando así la derivación oportuna al profesional especializado.

Durante la infancia, el niño se desenvuelve, principalmente, en dos ambientes: familia y escuela, donde el menor desarrolla actitudes que conformarán su carácter y futura personalidad. En dicho proceso, el docente cuenta con suficientes conocimientos para observar el comportamiento de sus alumnos y lograr una evaluación objetiva en este sentido, se ha asumido que desde la especialización fonoaudiológica es posible apoyar dicha labor del profesor. Por lo tanto, el presente estudio se centrará en la creación de una pauta de cotejo y su aplicación por parte de los docentes para la pesquisa de conductas de riesgo vocal en pre-escolares y así evitar la aparición de una posible disfonía.

##### **2.1.2 Pregunta de investigación**

¿Será posible la pesquisa de conductas de riesgo vocal mediante la aplicación de una pauta de cotejo?

## **2.2 Objetivos del estudio**

### **2.2.1 Objetivo general**

- Pesquisar conductas de riesgo vocal en pre-escolares para prevenir futuras disfonías.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

- Revisar pautas de cotejo fonoaudiológicas existentes.
- Elaborar pauta de cotejo de conductas de riesgo vocal.
- Validar pauta de cotejo a partir de juicio de profesionales relacionados con el área de la voz y el niño.
- Inducir en los docentes la aplicación de la pauta de cotejo creada.
- Analizar los resultados obtenidos en la aplicación de la pauta de cotejo.

## **2.3 Tipo de estudio**

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, en el cual se pretende caracterizar y medir la frecuencia de aparición de ciertas conductas de riesgo vocal que presentan los menores de pre-kínder y kínder de un colegio de la comuna de Viña del Mar, a través de la aplicación, por parte de los docentes, de una pauta de cotejo de conductas de riesgo vocal.

## **2.4 Selección de la muestra**

### **Universo y Muestra**

El universo estuvo constituido por un total de doscientos veinticinco estudiantes de los cursos correspondiente a Pre-kínder y kínder del colegio particular subvencionado “Liceo Parroquial San Antonio”, ubicado en el sector de Gómez Carreño, Viña del Mar. Dicha muestra se encuentra distribuida de la siguiente forma:

- 3 cursos de Pre-kinder : 35 niños por curso
- 3 cursos de kinder : 40 niños por curso

### **Procedimiento de selección de la muestra**

Para desarrollar la siguiente investigación, se realizaron visitas a distintos establecimientos educacionales de la comuna de Viña del Mar, con el objetivo de indagar si éstos contaban con los requisitos necesarios para el presente estudio. Dichos requerimientos preestablecidos corresponden a:

- que el colegio conste con cursos de educación pre básica,
- que posea diversas condiciones socio-económicas,
- que cuente con una cantidad de alumnos necesarios para obtener resultados significativos y
- que el colegio y profesionales a cargo de este nivel educacional demuestren interés en participar en el estudio.

## **2.5 Instrumento de evaluación y materiales**

### **2.5.1 Instrumento de Evaluación**

El estudio se centró en la creación de una pauta de cotejo para la pesquisa de conductas de riesgo vocal en pre-escolares. Durante el proceso de investigación, se halló una pauta evaluativa con características similares a la creada en el presente estudio. Esta pauta fue encontrada en el libro “Disfonías del Niño y del Adolescente” de Adriana Hababby (2006), bajo el nombre de “Ficha para el alumno con alteraciones en la voz”. Sin embargo, dicha pauta presenta un lenguaje técnico que escapa al conocimiento del docente evaluador, utilizando conceptos tales como: tesitura, timbre, impostación, tipo respiratorio, entre otros. Además ésta no consta con la estandarización y ponderación de sus resultados que advierta y/o indique la presencia o ausencia de una patología vocal, junto con la carencia de aspectos relevantes para una óptima evaluación de la voz en niños.

A partir de la información recabada, se elaboró una pauta de cotejo de valoración cuantitativa, cuyo fin es detectar el nivel de riesgo vocal presentado por el menor mediante la presencia o ausencia de ciertas conductas asociadas a la voz. Esta pauta consta de 28 enunciados, agrupados en 5 categorías, las cuales corresponden a: características vocales, abuso/mal uso vocal, salud, ámbito físico y características personales. Se presentan dos alternativas de posibles respuestas frente a cada enunciado: sí/ no. Para la valoración cuantitativa de la pauta, a cada respuesta positiva se le adjudicó un punto; y cero puntos a la negativa, reuniendo un total de 28 puntos. A continuación, se expone una tabla descriptiva con los datos cuantitativos generales de la pauta de cotejo (Tabla 2):

<b>Ítem General</b>	<b>Nº Enunciados</b>	<b>Puntaje Total por Ítem General</b>
Características vocales	6	6
Abuso/mal uso vocal	5	5
Salud	7	7
Ámbito físico	3	3
Características personales	7	7
<b>Puntaje Total</b>	<b>28</b>	<b>28</b>

**Tabla N° 2.** Datos cuantitativos generales de la pauta de cotejo.

A partir del puntaje total, se establecieron tres rangos que indican el nivel de conductas de riesgo vocal que presenta el menor, los que a su vez orientarán acerca de los cuidados y derivaciones a seguir, según sea el caso. A continuación, se presentan los tres rangos resultantes a partir del puntaje obtenido, junto con la descripción de cada uno de éstos (Tabla 3):

<b>Puntaje</b>	<b>Rango</b>	<b>Implicancia</b>
0 – 9	Conductas normales	Las conductas presentadas por el menor no son cuantitativamente consideradas como índices de riesgo vocal, pudiendo estas estar relacionadas con el desarrollo normal del niño.
10 – 18	Conductas de bajo riesgo vocal	Las conductas presentadas por el niño son consideradas como índices de bajo riesgo vocal, las cuales de no ser intervenidas podrían derivar en una patología vocal a larga data. Por lo que se recomienda la entrega de una pauta de higiene vocal (Anexo 5) y la observación por parte de los padres del estado vocal del niño.
19 – 28	Conductas de alto riesgo vocal	Las conductas presentadas por el menor indican que éste posee un alto riesgo de desarrollar una patología vocal a corto plazo. En este caso se debe recomendar a los padres llevar al niño a consulta con ORL.

**Tabla N° 3.** Descripción de rangos según puntaje obtenido por el menor.

Con el fin de validar la pauta de cotejo creada, se constituyó una comisión de expertos para someterla a juicio. Para esto, se adjuntó un cuestionario de nueve preguntas (Anexo 2), las que revelaban la jerarquización de enunciados, la relación ítem/enunciado, el lenguaje utilizado, la viabilidad de la aplicación y la factibilidad de la pauta. Dicho comité estuvo compuesto por siete integrantes: cinco fonoaudiólogos, expertos en el área de voz (Luis Salas, Loreto Nercelles, Marco Guzmán, Laura Neira y Celina Malebrán); una Educadora de Párvulo (Sra. Gilda González); y un Otorrinolaringólogo (Dra. Alba Testart). A partir de las sugerencias realizadas por esta comisión, se obtuvo la pauta final.

### **2.5.2 Procedimiento de Evaluación**

La pauta de cotejo creada fue entregada a la coordinadora pedagógica del equipo docente, Srta. Mariela González, encargada de los cursos pre-kínder y kínder del establecimiento educacional “Liceo Parroquial San Antonio”, sede Gómez Carreño de la comuna de Viña del Mar. La coordinadora, reunió al equipo de educadoras de los cursos correspondientes para entregarles el material y explicarles el procedimiento de evaluación que se llevaría a cabo mediante la pauta creada. Las educadoras de párvulo contaron con un

periodo de 3 semanas para su aplicación. Para finalizar, la coordinadora pedagógica verificó que las pautas aplicadas se hallaran respondidas en forma completa y procedió a entregarlas al equipo investigador de la presente tesis.

## CAPITULO III

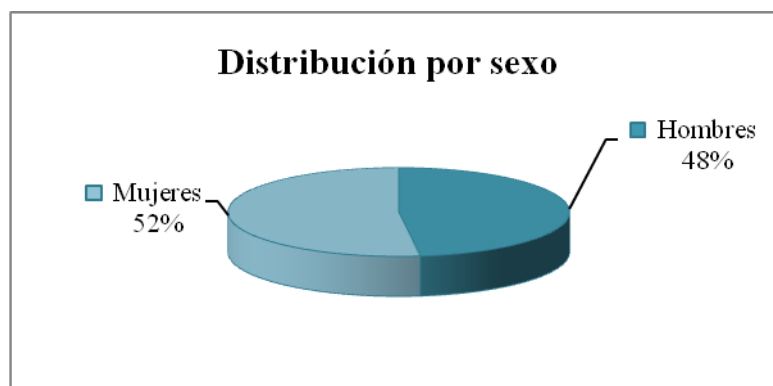
### RESULTADOS

En el siguiente apartado, se expondrán los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento evaluativo elaborado en la presente investigación: “Pauta de Cotejo para la pesquisa de conductas de riesgo vocal en pre-escolares”. Para el análisis, se presentará una caracterización de la muestra mediante las variantes sexo y nivel de escolaridad. Posteriormente, se describirán los índices de incidencia de conductas de riesgo en relación al grupo con “conductas de bajo riesgo vocal”.

#### 1.- Caracterización de la muestra

##### a) Distribución por sexo

En el gráfico N°1 se observa que la muestra total obtenida estuvo comprendida por doscientos veinticinco niños, de los cuales ciento siete niños evaluados fueron hombres, alcanzando un 48% de la muestra, mientras que ciento dieciocho niños evaluados corresponden a mujeres, es decir, 52% de la muestra total. De esto se desprende que el grupo muestral utilizado para la aplicación es numéricamente equitativo en sexo, por lo que los resultados obtenidos son proporcionales y representativos en cada género.

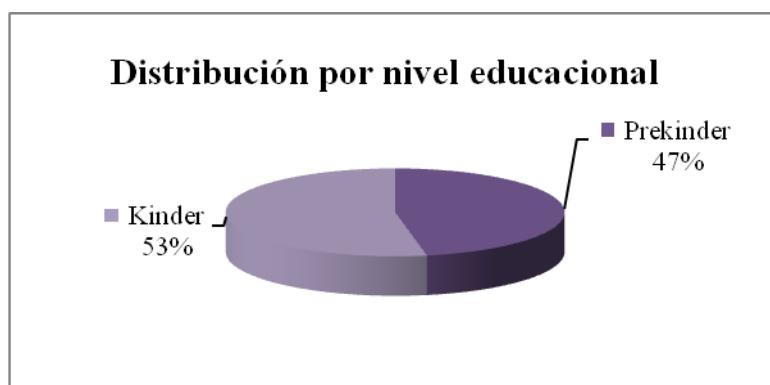


**Gráfico N°1:** Distribución de la muestra total por sexo.



## b) Distribución por nivel de escolaridad

En el gráfico N°2 se observa que la muestra estuvo constituida por alumnos de los cursos de pre-kinder y kinder del Liceo Parroquial San Antonio, de la comuna de Viña del Mar. De ellos, ciento cinco cursaban pre-kinder y ciento veinte kinder. Por lo que la muestra estuvo dividida proporcionalmente en un 47% y 53% en relación al nivel de escolaridad.



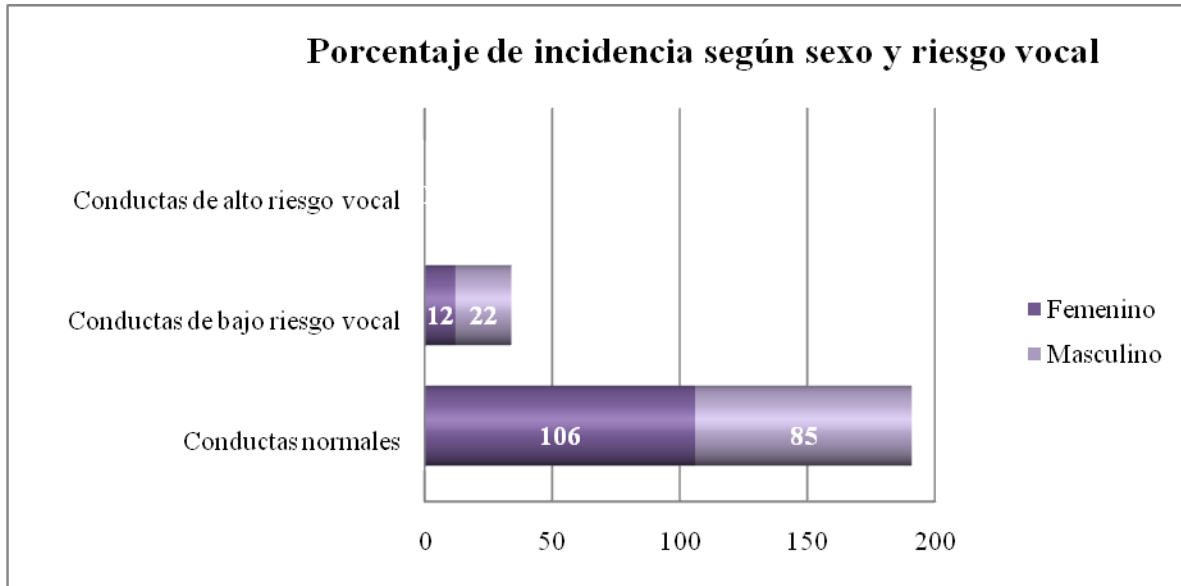
**Gráfico N°2:** Distribución de la muestra total por nivel educacional.

## 2.- Resultados específicos de la pauta de cotejo

Una vez aplicada la pauta, se obtuvieron los siguientes resultados representados en la Tabla N°4 y Gráfico N°3, según sexo y nivel de riesgo vocal:

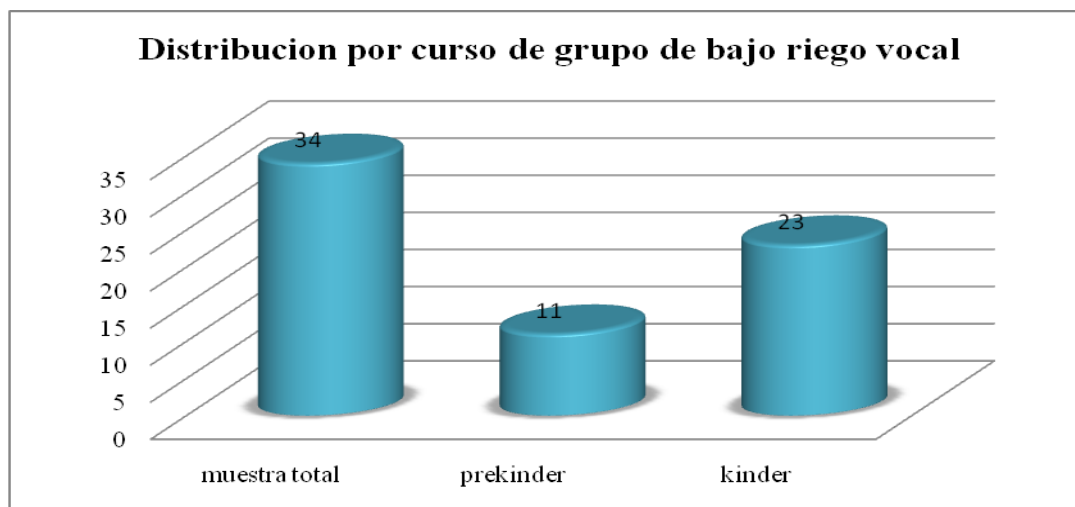
	Conductas normales	Conductas de bajo riesgo vocal	Conductas de alto riesgo vocal
<b>Femenino</b>	106	12	0
<b>Masculino</b>	85	22	0
<b>Muestra total</b>	191	34	0

**Tabla N°4:** Incidencia por sexo según nivel de riesgo vocal.



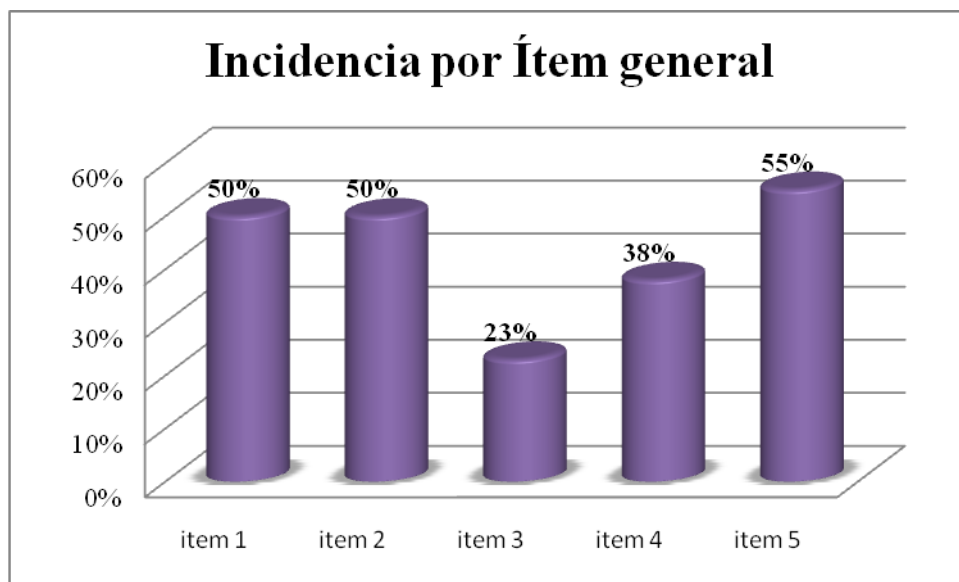
**Gráfico N°3:** Incidencia por sexo según nivel de riesgo vocal.

De lo expuesto anteriormente, en la tabla N°4 y gráfico N°3 se desprende que ciento noventa y un niños presentaron conductas normales, correspondiente a un 85% de la muestra. De dicha cantidad, ciento seis fueron mujeres (56%), y ochenta y cinco fueron hombres (44%). En tanto, treinta y cuatro niños, es decir 15% de la muestra total, obtuvo un índice de conductas de bajo riesgo vocal; de éstos, doce fueron mujeres (35%) y veintidos hombres (65%). Por último, se observó la ausencia de individuos en los índices de conductas de alto riesgo vocal.



**Gráfico N°4:** Distribución por curso de grupo de niños con un índice de bajo riesgo vocal.

Se aprecia en el gráfico N°4 que del total de la muestra, treinta y cuatro niños presentaron conductas de bajo riesgo vocal. De ellos, once cursan pre-kinder y veintitrés kinder, correspondiendo al 33% y 67% respectivamente. A continuación, los resultados obtenidos por este grupo serán analizados en relación a los contenidos expuestos en la pauta de cotejo creada.

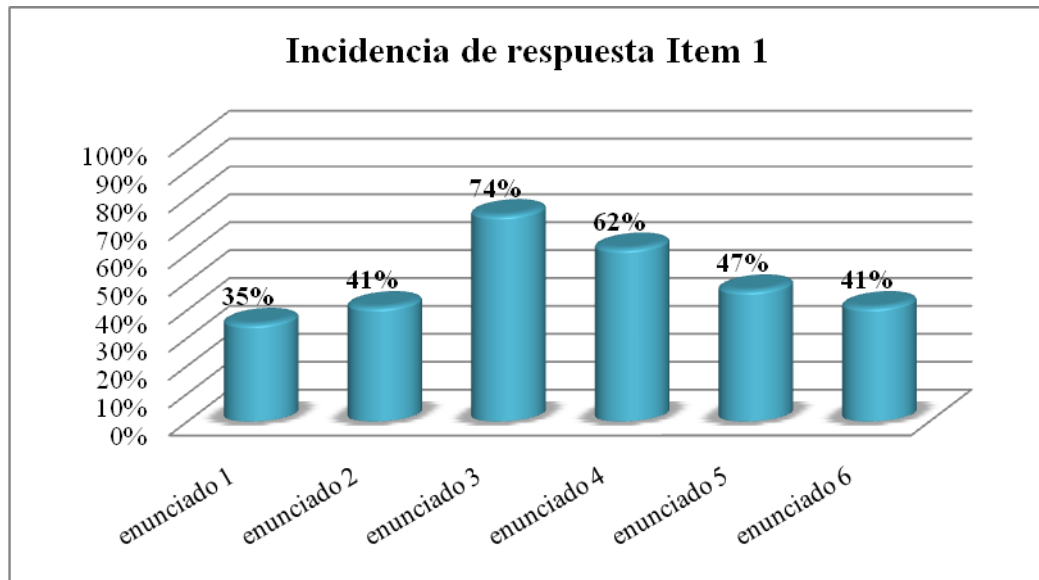


**Gráfico N°5:** Incidencia por Ítem general en grupo de menores con conductas de bajo riesgo vocal.

	<b>Nombre ítem</b>	<b>Respuestas positivas</b>
<b>Ítem 1</b>	Características vocales.	102/204
<b>Ítem 2</b>	Abuso/mal uso vocal.	85/170
<b>Ítem 3</b>	Salud.	54/238
<b>Ítem 4</b>	Ámbito físico (tonicidad).	39/102
<b>Ítem 5</b>	Características personales.	112/204

**Tabla N°5:** Incidencia por Ítem general a partir del puntaje esperado.

Con respecto a los resultados obtenidos por ítem en el grupo de bajo riesgo vocal se aprecia en el gráfico N°5 y tabla N°5, una mayor preponderancia en el Ítem 5 (características personales), correspondiendo a un 55% de respuestas positivas. En los Ítems 1 y 2 (características vocales y abuso/ mal uso vocal) se presentó una incidencia del 50%, mientras que en los Ítems 3 y 4 (salud y ámbito físico) se obtuvo un porcentaje menor, de un 23% y un 38% respectivamente. A continuación, se expondrán cada uno de los Ítems con sus respectivos enunciados.

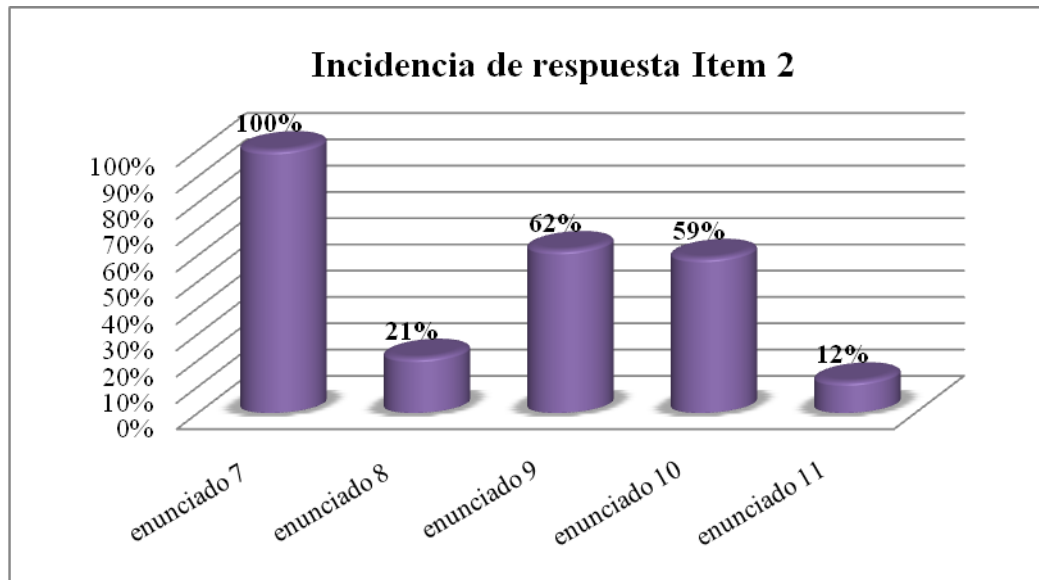


**Grafico N° 6:** Incidencia por enunciado del Ítem “características vocales” en el grupo con conductas de bajo riesgo vocal.

N° enunciado	Enunciado	Total respuestas "si"
enunciado 1	Generalmente presenta voz “ronca”.	12
enunciado 2	Al final de la jornada presenta algún cambio de la voz.	14
enunciado 3	Presenta problemas con el aire al hablar (le falta aire o habla en inspiración).	25
enunciado 4	En las últimas palabras de sus frases disminuye la intensidad (volumen) de la voz.	21
enunciado 5	Tiene voz entrecortada con pequeños espacios donde no se escucha la voz.	16
enunciado 6	Su voz se percibe con sonido nasal.	14

**Tabla N°6:** Incidencia de conductas presentadas por enunciado de Ítem 1.

En el gráfico N°6 y tabla N°6 se expone la incidencia de conductas presentadas por el grupo de bajo riesgo vocal en cada enunciado del Ítem 1, “características vocales”. Se observa en el enunciado 3, que la incidencia fue de un 74%, correspondiente a veinticinco niños. En el enunciado 4 veintiún niños la presentaron, correspondiente al 62%. En el enunciado 5, se obtuvieron dieciséis respuestas positivas, que correspondieron al 47%. En el enunciado 2 y 6, catorce niños presentaron dicha conducta con 41%. Mientras, en el enunciado 1 se observó el menor porcentaje de incidencia: 35%, que corresponde a doce menores.

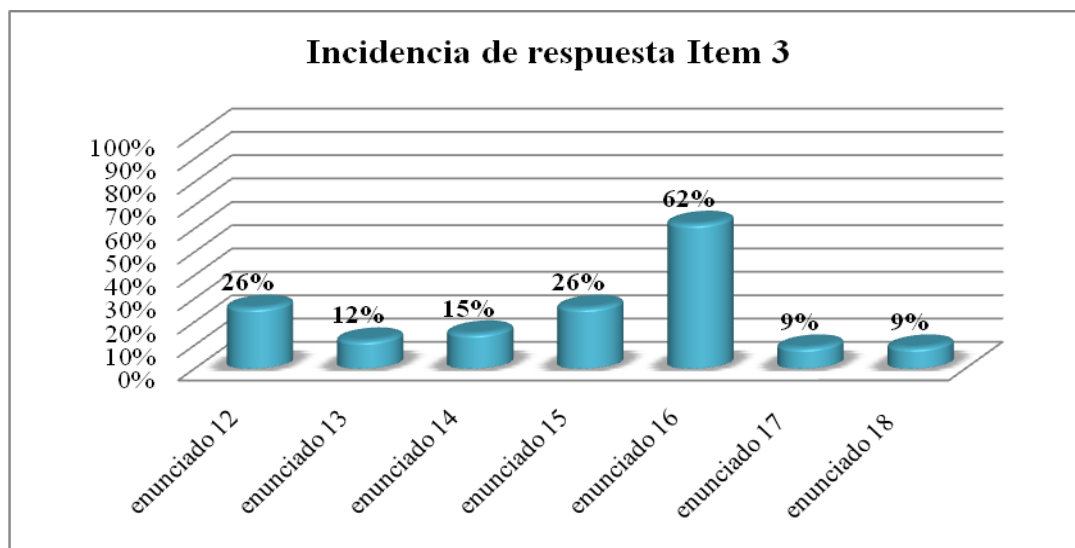


**Gráfico N° 7:** Incidencia por enunciado del Ítem “Abuso/mal uso vocal” en el grupo con conductas de bajo riesgo vocal.

N° enunciado	Enunciado	Total respuestas "si"
enunciado 7	Habla excesivamente durante la jornada de clases.	34
enunciado 8	Realiza pataletas constantemente durante la jornada de clases.	7
enunciado 9	Grita frecuentemente durante la jornada (Clases o recreo).	21
enunciado 10	Imita ruidos (Maquinarias, sonidos de animales, entre otros).	19
enunciado 11	Imita voces de sus profesores, pares u otras personas.	4

**Tabla N°7:** Incidencia de conductas presentadas por enunciado de Ítem 2

Se observa en el gráfico N°7 y tabla N°7 la incidencia de conductas presentadas por el grupo de bajo riesgo vocal en cada enunciado del Ítem 2, “abuso/mal uso vocal”. Se aprecia en el enunciado 7, que la incidencia fue de un 100%, correspondiente a treinta y cuatro niños. En el enunciado 9, veintiún niños presentaron dicha conducta, con un 62%. En el enunciado 10, se obtuvieron diecinueve respuestas positivas, lo que corresponde a un 59%. En tanto, en los enunciados 8 y 12 se observó el menor porcentaje de incidencia, 21% y 12%, que corresponde a siete y cuatro niños, respectivamente.



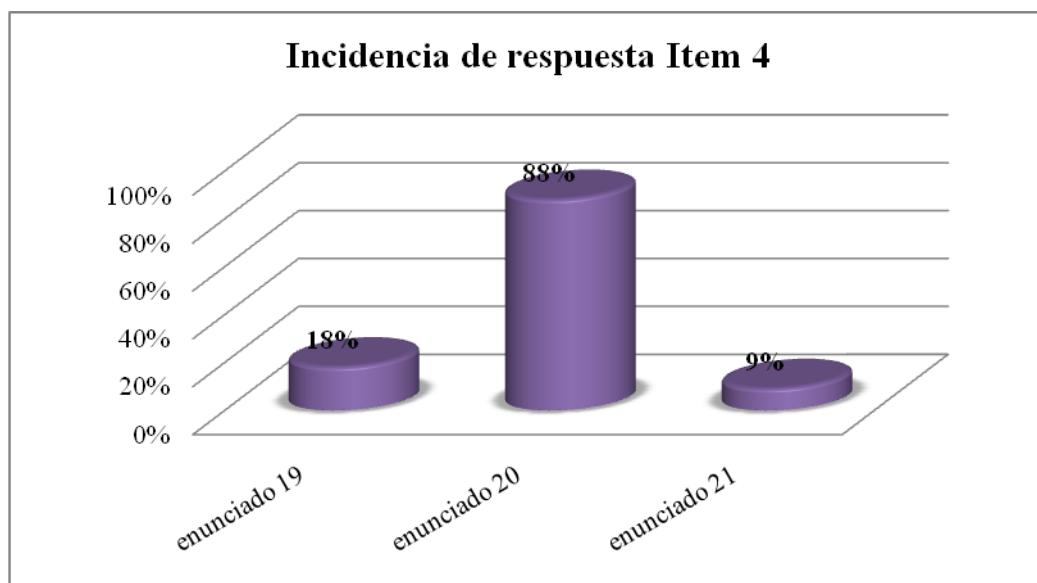
**Gráfico N° 8:** Incidencia por enunciado del Ítem “Salud” en el grupo con conductas de bajo riesgo vocal.

N° enunciado	Enunciado	Total respuestas "si"
enunciado 12	Sufre de resfríos constantes.	9
enunciado 13	Asiste a consulta con ORL.	4
enunciado 14	Se queja a menudo de dolor en la zona de la garganta.	5
enunciado 15	Presenta frecuentemente carraspera o aclara su garganta.	9
enunciado 16	Consume poco líquido.	21
enunciado 17	Tiene problemas auditivos.	3
enunciado 18	Se le ha realizado una operación en zona de oídos, nariz o garganta.	3

**Tabla N°8:** Incidencia de conductas presentadas por enunciado de Ítem 3.

En cuanto a la incidencia de conductas presentadas por el grupo de bajo riesgo vocal en cada enunciado del Ítem 3, “salud”. Se aprecia en el gráfico N°8 y tabla N°8, que en el enunciado 16, la incidencia fue de un 62%, correspondiente a veintiún niños. En el enunciado 12 y 16, nueve niños respondieron de manera positiva a la conducta, equivalente al 26%. En el enunciado 14, se obtuvieron cinco respuestas positivas, equivalente a un 15%. En el enunciado 13, cuatro niños presentaron dicha conducta, con un 12%. Mientras que en los

enunciados 17 y 18 se observó el menor porcentaje de incidencia, con un 9%, que corresponde a tres niños, respectivamente.



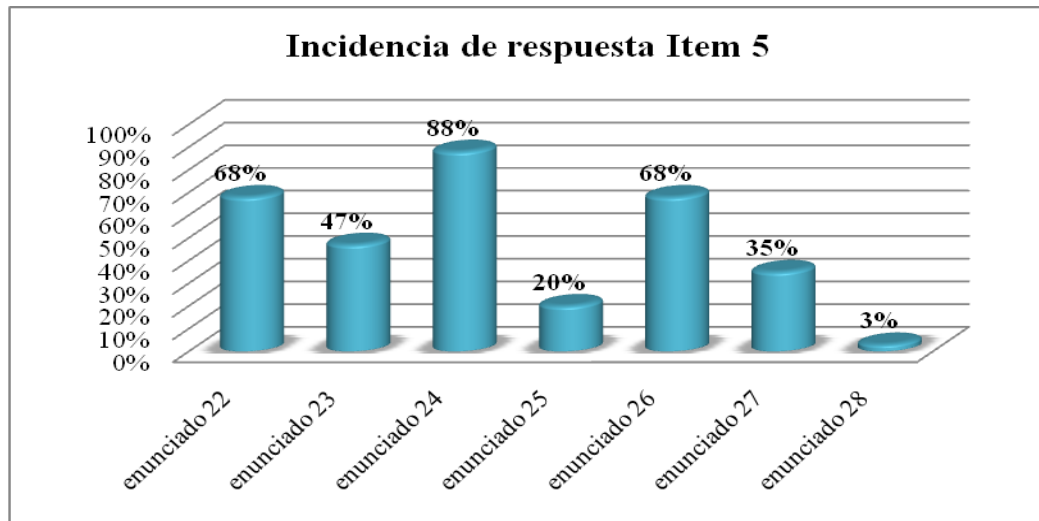
**Gráfico N° 9:** Incidencia por enunciado del Ítem “Ámbito físico (tonicidad)” en el grupo con conductas de bajo riesgo vocal.

N° enunciado	Enunciado	Total respuestas "si"
enunciado 19	Se observa tensión muscular a nivel de cuello y cara (Cuello tenso con venas marcadas).	6
enunciado 20	Presenta una incorrecta postura al encontrarse en posición sentado.	30
enunciado 21	Ausencia de la verticalidad del eje corporal en posición de pie.	3

**Tabla N°9:** Incidencia de conductas presentadas por enunciado de Ítem 4.

Se expone en el gráfico N°9 y tabla N°9 la incidencia de conductas presentadas por el grupo de bajo riesgo vocal en cada enunciado del Ítem 4, “ámbito físico”. En relación al enunciado 20, la incidencia fue de un 88%, correspondiente a treinta niños. En el enunciado 19 se obtuvieron seis respuestas positivas, equivalente a un 18%. En el enunciado 21 se observó el menor porcentaje de incidencia, con un 9%, que corresponde a tres niños.





**Gráfico N° 10:** Incidencia por enunciado del Ítem “características personales” en el grupo con conductas de bajo riesgo vocal.

N° enunciado	Enunciado	Total respuestas "si"
enunciado 22	Se observan conductas hiperactivas	23
enunciado 23	Tiene conducta líder	16
enunciado 24	Presenta un carácter sociable	30
enunciado 25	Presenta conducta de excesivo retraimiento	7
enunciado 26	Presenta dificultad al adaptar la intensidad vocal según el contexto vocal (biblioteca, sala de clases, entre otros)	23
enunciado 27	Presenta poca tolerancia a la frustración	12
enunciado 28	Realiza deportes que implican uso vocal	1

**Tabla N°10:** Incidencia de conductas presentadas por enunciado de Ítem 5.

En el gráfico N°10 y tabla N°10 es posible observar la incidencia de conductas presentadas por el grupo de bajo riesgo vocal en cada enunciado del Ítem 5, “características personales”. En cuanto al enunciado 24, se obtuvieron treinta respuestas positivas, equivalente a un 88%. En el enunciado 22 y 26, la incidencia fue de un 68%, correspondiente a veintitrés niños. En el enunciado 23, dieciséis presentaron la conducta expuesta, con un 47%. En el enunciado 27, doce niños obtuvieron respuesta positiva, con un 35%. En el enunciado 25, siete niños presentaron dicha conducta con un 20%. Finalmente, en el enunciado 28 se observó el menor porcentaje de incidencia, con un 3%, que corresponde a un niño.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En este capítulo se discutirán y comentarán los resultados obtenidos tras la aplicación de la pauta de cotejo creada durante la investigación. Para esto, se analizará la relación con el sustento teórico presentado en el capítulo I mediante las variantes sexo, nivel de escolaridad, índices de incidencia de conductas de riesgo vocal en relación al grupo de bajo riesgo vocal.

Tras la aplicación de la pauta a un grupo muestral representativo de doscientos veinticinco menores, ciento noventa y un de ellos se situaron en el grupo de conductas normales, lo cual es favorable debido a que son niños saludables y de seguir con el comportamiento evaluado, poseen bajas o nulas probabilidades de presentar una patología vocal.

A su vez, treinta y cuatro niños presentaron un puntaje que los clasificó dentro del rango de “conductas de bajo riesgo vocal”, equivalente a un 15% de la muestra total. Esto se relaciona con lo expuesto por la autora Habbaby (2006), quien postula que la disfonía en edad pre-escolar y escolar posee una incidencia del 5% al 25%. Si bien la pauta evalúa conductas y no la presencia de disfonía, dichos comportamientos al no ser intervenidos mediante prevención oportuna, pueden desencadenar una patología vocal. Es en este grupo de niños donde se debe poner énfasis en cuanto a la educación vocal, debido a que es un grupo vulnerable que aún se encuentra a tiempo de modificar las conductas nocivas que presentan.

Por otro lado, ningún menor presentó un puntaje acorde al rango “conductas de alto riesgo vocal”, lo cual es beneficioso ya que indica que dentro del grupo evaluado, no hay menores con conductas nocivas arraigadas capaces de desencadenar disfonía a corto plazo. Esto se debería a que los niños están recién ingresando al sistema escolar, y es en esta etapa donde comienzan a exponerse y relacionarse con una serie de factores predisponentes y/o desencadenantes, que posiblemente aún no influyen del todo en la adquisición de dichas conductas.

En relación a la distribución por sexo del grupo muestral, tal como se señaló anteriormente treinta y cuatro niños se encontraron dentro del grupo de “conductas de bajo riesgo vocal”, de los cuales, doce niños eran mujeres y veintidós hombres, correspondiendo a un 35% y 65% respectivamente. De modo que, al establecer una relación a partir de la variante sexo, se encontró que de cada dos hombres con conductas de bajo riesgo vocal, una mujer de dicho grupo la presentaba. Esto se debería a que los hombres suelen ser más impulsivos, y tienden a sobre estimularse frente a determinadas situaciones, lo cual se ve manifestado en su actividad vocal. Lo expuesto, se correlaciona con lo referido por las autoras Dinville (1996), Habbaby (2006) y Bustos (1995), quienes sugieren que la disfonía se presenta con una mayor frecuencia en el sexo masculino; en una proporción de 2 - 3 casos es a 1. Si bien, estas autoras se refieren a la presencia de una patología vocal, cabe mencionar que las conductas evaluadas de no ser tratadas a tiempo podrían desencadenar a largo plazo una disfonía.

Con respecto al nivel de escolaridad, en relación a la distribución por curso de los niños con “conductas de bajo riesgo vocal”, los datos obtenidos revelan que once menores cursaban pre - kinder y veintitrés niños kinder. Es decir, la cantidad de niños con conductas de bajo riesgo aumentaron al doble de un curso a otro. Por lo cual, al avanzar el tiempo y el nivel de escolaridad, dichas conductas riesgosas van aumentando. Según la autora Habbaby (2006) un pequeño abuso vocal cada día mantendrá activo el problema de la voz instalándose posteriormente la patología vocal. Sumado a esto, el autor Papalia (2005) refiere que el temperamento y conductas que el niño adquiera durante la etapa preescolar dependerán principalmente de su adaptación al ingresar al ambiente educativo. De lo anterior, se infiere que los niños al ingresar a la etapa escolar y adaptarse a un contexto desconocido, comienzan a adquirir conductas abusivas que pueden pasar inadvertidas, pero que al mantenerse en el tiempo se irán agravando, siendo así más notorias y detectables, lo que es posible observar en las diferencias numéricas de niños con conductas de bajo riesgo vocal, en la transición de pre-kinder a kinder.

En cuanto al ítem de “características vocales”, autores como Echeverría (1998), Le Huche & Allali (1994), Habbaby (2006) refieren que acústicamente en la voz del niño disfónico se encontrarán alterados uno o todos sus parámetros vocales, caracterizándose por

presentar finales sofocados, agravación de la tonalidad, ronquera del timbre, con dificultades para hablar, gritar, etc. De la cifra obtenida tras la aplicación de la pauta, se desprende que la mitad de los niños con conductas de bajo riesgo vocal presentaban los signos acústicos expuestos anteriormente. Esto se puede deber a que al haber conductas nocivas son las características acústicas, las primeras en verse alteradas y modificadas; sin embargo como el análisis se realizó en el grupo de niños con conductas de bajo riesgo vocal, la incidencia no fue tan significativa puesto que ellos están comenzando a adquirir conductas abusivas que alteran de manera directa la voz

Por otro lado, la alta incidencia presentada en el ítem “abuso y mal uso vocal”, demuestra que la mayoría de los niños suelen utilizar conductas vocales nocivas al desenvolverse en distintas situaciones. En este sentido queda de manifiesto lo postulado por Cooper (1971) quien refiere que la mayoría de las disfonías en niños se deben a la vocalización incorrecta y abusiva. Así mismo, autores como Prater (1986), Menaldi (2002) postulan que el abuso y mal uso vocal en los niños puede deberse a gritos, hablar fuerte, imitación de ruidos y personas, hablar excesivamente, gritar o producir ruidos, entre otros. Al existir una enorme cantidad de motivos para provocar abuso y mal uso vocal entre los adultos y los niños, es importante identificar cuáles son estas conductas realizadas, describir los efectos y modificar los aspectos abusivos, por lo que cobra real importancia la creación de una herramienta de medición capaz de detectar dichas conductas en edades tempranas con el objetivo de realizar una derivación oportuna.

En relación al ítem de “salud”, este presentó la menor incidencia de los ítems evaluados. Arias (2005) refiere que algunas alteraciones de tipo funcional de la voz puede ser causada por factores exógenos y/u orgánicos. Estos últimos están relacionados con: episodios infecciosos - inflamatorios agudos o crónicos del sistema respiratorio o del ámbito ORL, pérdidas auditivas, intervenciones quirúrgicas, entre otros. A través de la pauta fueron evaluados los factores orgánicos nombrados anteriormente por la autora. A pesar de ser importantes factores predisponentes y/o desencadenantes, la baja incidencia en este enunciado se puede deber a la escasa información que reciben los docentes por parte de los padres acerca del estado de salud

de los menores, o a que los niños quizás no presentaban las características evaluadas en este ámbito.

En el “ámbito físico (tonicidad)”, Echeverría (1998) y Le Huche & Allali (1994) refieren que la postura junto con la tonicidad muscular general, y en específico la musculatura encargada de la fonación, influyen directamente en la producción vocal. Es por esto, que al verse alterada alguna de éstas, actuarán como factores favorecedores de una disfonía. Sin embargo, en el caso de niños con “conductas de bajo riesgo vocal”, la incidencia de este ítem no fue significativa, lo que es posible asociar a la subjetividad del docente al momento de evaluar. Asimismo, otro aspecto que puede influir en esta baja incidencia, es que los menores recién están adquiriendo comportamientos nocivos relacionados con la postura y tonicidad, por lo cual éstos quizás aún no son detectables.

Por último, es importante mencionar que la mitad de los niños del grupo de “conductas de bajo riesgo vocal” presentaron respuestas positivas en el ítem “características personales”. Según el autor Moreno (2004), el temperamento del niño podrá actuar en ciertas ocasiones como factor predisponente y/o desencadenante, mientras que en otros casos como mantenedor o agravante de la disfonía. En este sentido, autores como Le Huche y Bustos señalan que a diferencia de otros trastornos de gran incidencia en la población infantil durante los primeros años de escuela, estas características de la personalidad son anteriores a la instauración de la patología vocal, pero no consecuencia de la misma. A su vez, Arias (2005) refiere que la personalidad del menor puede desarrollar una aumentada actividad vocal, de acuerdo a las necesidades del menor, como llamar la atención o por el contrario, reprimir la función vocal y su función comunicativa. Es así como los niños durante la etapa pre-escolar en función de la relación con el medio, comienzan a forjar su personalidad, lo cual los lleva a manifestarse mediante ciertas conductas que pueden ser favorecedores de una alteración vocal

Al discutir la incidencia de respuestas positivas presentadas por cada enunciado en el grupo de niños con “conductas de bajo riesgo vocal”, serán comentados solo aquellos enunciados que obtuvieron resultados significativos, es decir con un porcentaje de incidencia mayor al 50 %. éstos fueron: habla excesivamente, presenta una incorrecta postura al

encontrarse en posición sentado, presenta un carácter sociable, presenta problemas con el aire al hablar, se observan conductas hiperactivas, presenta dificultad al adaptar la intensidad vocal según el contexto en el que se encuentra (biblioteca, sala de clases, entre otros), en las últimas palabras de sus frases disminuye la intensidad (volumen) de la voz, grita frecuentemente durante la jornada (clases o recreo), consume poco líquido, imita ruidos (maquinarias, sonidos de animales, entre otros).

En el enunciado “habla excesivamente” se presentó una incidencia del 100% de respuestas positivas, debido a lo cual este enunciado merece una consideración especial. Es durante este periodo de edad donde las reglas pragmáticas de la comunicación oral se encuentran en pleno desarrollo, por lo que en su mayoría los menores no respetan turnos, responden impulsivamente antes que se termine de formular la pregunta y verbalizan la mayoría de sus ideas, siendo una conducta normal dentro de esta edad hablar excesivamente.. Este comportamiento se relaciona directamente con el enunciado “presenta dificultad al adaptar la intensidad vocal según el contexto en el que se encuentra (biblioteca, sala de clases, entre otros)”, en donde se observó una incidencia de 68% de repuestas afirmativas. Tal como sugiere Shaffer (2000), los menores alrededor de los 8 años, son recién capaces de realizar ciertas adaptaciones del mensaje lingüístico ajustándolo al oyente y a la situación en la que se encuentre.

Por otro lado, en el enunciado “presenta una incorrecta postura al encontrarse en posición sentado”, una importante cantidad de niños con “conductas de bajo riesgo vocal” presentó dicho comportamiento. Esto se relaciona con lo expuesto por los autores Le Huche & Allali (1994), Echeverría (1998) y Bustos (2007), quienes refieren que una adecuada postura corporal favorece un equilibrio circulatorio y muscular, y de esta manera una emisión vocal eufónica. Por lo tanto, cualquier error postural tendrá incidencia sobre la producción vocal, provocando tensión laríngea, limitando su movilidad, tensando la musculatura suprahióidea y limitando el mecanismo respiratorio. Es así como este error postural, sumado a la hiperactividad que presentan normalmente los menores que los lleva a estar continuamente cambiando su posición al encontrarse sentados, por ejemplo sentándose al borde de la silla, acostándose sobre esta la silla o mesa, entre otras; podrían repercutir negativamente en la

emisión vocal. Cabe destacar que dichos autores, postulan que los niños que presentan problemas vocales, generalmente, poseen dificultades en relación a la estática corporal general. Sin embargo, tras el análisis de los resultados se evidenció que dicho sustento teórico sólo es posible relacionarlo con el enunciado que evalúa la postura del niño al encontrarse sentado, y no se correlaciona con los datos obtenidos en el enunciado “ausencia de la verticalidad del eje corporal en posición de pie” en donde sólo el 9% de los niños con “conductas de bajo riesgo vocal” presentaron el punto evaluado, lo cual puede ser atribuible a la subjetividad del evaluador ante dicho enunciado, y a que durante el período de clases los niños se encuentran mayoritariamente sentados.

Otro enunciado que presentó alta incidencia fue “presenta un carácter sociable”. Este tipo de carácter se asocia principalmente a niños que presentan disfonías hipercinéticas. Según Moreno (2004) y Arias (2005) los menores que presentan este tipo de disfonía suelen ser muy sociables, extrovertidos y de fuerte personalidad. El alto porcentaje obtenido se debe a que el comportamiento sociable es normal dentro del desarrollo del menor. Delval (1994) refiere que desde el primer año de vida, los niños demuestran un interés por sus pares y pronto esas relaciones se convierten en una necesidad, viéndose de manifiesto en actividades diarias como el juego. Lo anterior, se ve correlacionado con los datos obtenidos en el enunciado “se observan conductas hiperactivas”, donde más de la mitad de los niños presentó dicha conducta. Le Huche & Allali (1994) describen que existen dos grupos de niños con disfonía, hipocinéticos e hipercinéticos, siendo este último el más frecuente. Al respecto, los autores anteriores junto con Moreno (2004) refieren que los niños de este grupo presentan un carácter hiperactivo, siendo en la mayoría de los casos, extrovertidos, estructurados, energéticos y vitales en el desempeño de las actividades que realizan, sean escolares o extraescolares. Este comportamiento vocal hipercinético no sólo se ve observado en niños hiperactivos, sino que también en la mayoría de los niños que presentan carácter sociable, por lo que los resultados obtenidos en ambos enunciados se relacionan.

En cuanto a los enunciados “en las últimas palabras de sus frases disminuye la intensidad (volumen) de la voz” y “presenta problemas con el aire al hablar (le falta aire o habla en inspiración)” se observó que ambos presentan una incidencia significativa. Estos enunciados se relacionan con los frecuentes problemas de respiración que presentan los niños

con patología vocal instaurada. Es así como Echeverría (1998) postula que otras características que acompañan frecuentemente a la disfonía infantil son: la presencia de un mecanismo respiratorio invertido, la fonación en inspiración y la utilización del soplo torácico superior en el momento de la proyección vocal. La alta incidencia presentada se puede deber a que al nacer el ser humano presenta un mecanismo respiratorio óptimo, siendo éste de tipo costodiafragmático, sin embargo, con el paso del tiempo junto con la adquisición de la bipedestación, dicho tipo respiratorio va sufriendo modificaciones hasta instaurar una respiración costal-superior. Este mecanismo de respiración es mantenido por el niño al ingresar al colegio, sin contar con una reeducación por parte del docente ni de un especialista. Razón por la cual, se crearán o potenciarán conductas respiratorias inadecuadas que pueden influir en el desarrollo de una disfonía.

Otro enunciado con una incidencia significativa fue “grita frecuentemente durante la jornada (Clases o recreo)”. Esta conducta de abuso vocal es utilizada mayoritariamente por el niño como una manera de llamar la atención de sus pares o interlocutores, o como una forma de autoafirmación, para expresar deseos, sentimientos, emociones, necesidades, entre otros. Además, esta conducta es posible explicarla mediante lo expuesto por los autores Pase-Iñiguez (1997) y Habbaby (2006), ya que el control del volumen de la voz se pierde por el constante ruido de fondo del ámbito escolar, el cual varía entre los 70 y 90 db induciendo, por lo tanto, a realizar esfuerzos vocales para lograr la comunicación oral adecuada. La alta incidencia expuesta por el grupo de niños con “conductas de bajo riesgo vocal” es posible asociarla a las características del establecimiento educacional donde se realizó el estudio; ya sea por la mala acústica que poseen las salas de clases o debido a la alta cantidad de alumnos por curso en los niveles de pre-escolar. Lo cual, provoca que los menores y docentes necesiten elevar constantemente el volumen de la voz para hacerse escuchar.

El alto porcentaje hallado en el enunciado “consume poco líquido” es posible asociarlo a que dicha práctica no es una conducta instaurada en la sociedad actual. Sumado a esto, los colegios no acostumbran al menor a tomar líquidos, puesto que si dicha práctica estuviera establecida, los alumnos insistirían constantemente en asistir al baño durante la jornada de clases. El no beber líquidos, es nocivo no sólo para el bienestar integral de la persona, sino que



también en el correcto funcionamiento vocal. Es así, como Jackson-Menaldi (2002) refiere que para el correcto funcionamiento del ciclo vocal es necesario, además de una indemnidad de los órganos que participan en la fonación, una adecuada hidratación de la mucosa laríngea y en especial del epitelio glótico. La hidratación es importante para mantener la lubricación de todas las mucosas involucradas en la emisión de la voz. Puesto que, una mucosa hidratada presenta mayor flexibilidad para una apertura y cierre glótico adecuado durante la emisión vocal. Ante esto, la autora Arias (2005) postula que se debe habituar al niño a beber frecuentemente, sobretodo agua, aunque no tenga sed.

Por último, se apreció un 59 % de respuestas positivas en el enunciado “imita ruidos (maquinarias, sonidos de animales, entre otros)”. A pesar de que dicha conducta sea normal en el periodo de adquisición del lenguaje, mediante las manifestaciones de onomatopeyas, la alta incidencia observada es atribuible a que durante la etapa pre-escolar los menores realizan esta imitación de ruidos, principalmente con el fin de darle un sentido más real a los juegos que realizan. Pratter & Swift (1986) señalan que estas vocalizaciones forzadas son producidas a una alta intensidad, con un tono agudo e hiperaducción de los pliegues vocales. De persistir esta conducta abusiva se producirá un daño en el aparato fonador, pudiendo desencadenar a larga data una patología vocal. Ante lo cual, la autora Jackson-Menaldi (2005) refiere que lo importante es enseñarle al menor a eliminar o modificar los ruidos vocales o imitación.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

En este apartado se expondrá el cumplimiento de objetivos planteados. Para luego, comentar los alcances y limitaciones de la tesis, sugerir recomendaciones para futuras investigaciones, y finalmente establecer proyecciones del estudio.

El estudio realizado ha permitido obtener múltiples conclusiones. En primer lugar, la pauta creada cumple con el objetivo principal de esta investigación, es decir, es capaz de pesquisar conductas de riesgo vocal en pre-escolares. Si bien, la pauta sólo pesqu coastó “conductas de bajo riesgo vocal”, y no de “alto riesgo vocal”, el hecho que la pauta haya detectado un grupo de niños con las conductas evaluadas, nos demuestra que esta herramienta evaluativa cumple con su rol fundamental, cotejar. Sumado a esto, dicho resultado es alentador puesto que aún se está en una etapa en que el niño puede modificar las conductas nocivas, para así evitar que en edades futuras adquiera una patología vocal. Debido a lo cual, cobra real importancia la creación y aplicación de una pauta dirigida a pre-escolares, capaz de detectar comportamientos abusivos. En este sentido, Habbaby (2006) expone que el niño pasa muchas horas en el ambiente educacional, sumado a que las actividades escolares que desarrolla requieren en todo momento del uso de la voz. Lo cual hace de este lugar uno de los más propicios para detectar y realizar una tarea preventiva de las disfonías infantiles.

Por otro lado, la pauta al pesquisar menores con conductas en riesgo vocal, permite entregar herramientas oportunas orientadas a la prevención de la disfonía, con el fin de procurar un óptimo futuro vocal. Es así, como este estudio al detectar menores con “conductas de bajo riesgo vocal”, apunta a una prevención mediante la entrega de un conjunto de actividades orientadas a eliminar los abusos y vicios vocales, junto con informar a padres y alumnos, sobre nociones mínimas de higiene vocal, tal como sugiere Echeverría (1998) dentro de su programa de prevención e intervención. Dentro de este rol preventivo, los padres y profesores pueden ser importante agentes, si ellos comprenden que las disfonías infantiles son alteraciones propias de la laringe, por lo cual deben ser tratadas como tales.

Al referirnos a las limitaciones de esta investigación, es posible encontrar que dentro del establecimiento educacional utilizado para el estudio, existían profesores nuevos que al momento de evaluar no conocían a cabalidad el comportamiento de los menores. Así mismo, se encontraban alumnos que estaban incorporándose al establecimiento educacional en el segundo semestre del año escolar; por lo que el docente evaluador no poseía un seguimiento de las conductas presentadas por el niño. Otra limitación que exhibió este estudio, fue que los docentes no contaban con la información solicitada en la pauta referente al ámbito salud, debido a que no poseían fichas personales que otorgaran datos acerca de los antecedentes del niño. Esta información no siempre es manejada por los profesores, ya que no es referida por todos los padres, ni el docente se preocupa de averiguarla. Sumado a lo anterior, se evidenció ambigüedad en el enunciado “tiene problemas auditivos”, donde las educadoras creyeron que se trataba de problemas auditivos diagnosticados por un especialista, al contrario de lo que se buscaba, que era dar su percepción sobre la capacidad del niño para responder ante estímulos verbales durante la jornada de clases.

A continuación, se realizarán sugerencias para modificar y mejorar la pauta creada en este estudio. Como se mencionó anteriormente, debido a las dificultades de interpretación que presentaron las educadoras, en relación al enunciado “tiene problemas auditivos”, se propone modificar dicho punto por “responde con dificultad a estímulos verbales”. Por otro lado, en cuanto a los enunciados “presenta una incorrecta postura al encontrarse en posición sentado” y “ausencia de la verticalidad del eje corporal en posición de pie”, se sugiere unir ambos en un nuevo enunciado: “presenta una inadecuada postura general (sentado y de pie)”; debido a que no es relevante tener información acerca de cuál postura se encuentra alterada, ya que es la postura corporal general la que puede influir sobre la emisión vocal. Además, se propone modificar el nombre de los ítems generales, con el fin de aunar criterios, logrando con esto un instrumento más homogéneo. Así mismo, se recomienda incorporar en la pauta un pequeño instructivo para explicar el modo de aplicación y respuesta. Dichas sugerencias serán expuestas en una nueva pauta de cotejo (Anexo 3 y 4). Por otro lado, se propone que sumado a la pauta creada, sería óptima la futura creación de un cuestionario para padres y apoderados que otorgue información relacionada con el ambiente familiar, ya que es en ésta donde comienza a moldearse la conducta del menor y se adquieren comportamientos nocivos.

Como futura proyección del estudio, se sugiere continuar la investigación con una evaluación fonoaudiológica, tanto objetiva como subjetiva, para así evidenciar y comparar la correlación de datos obtenidos tras la aplicación de la pauta por parte de los docentes. Por otro lado, la pauta se podría aplicar a cursos de educación básica, con el fin de comprobar si se cumple la suposición obtenida en este estudio sobre “a mayor edad y nivel educacional, mayor grado de conductas riesgosas”.

En conclusión, esta investigación trató un tema escasamente estudiado, dando a conocer la adquisición de conductas nocivas que podrían llevar a una alteración de la voz de forma parcial o total, lo cual ocurre con una alta frecuencia en la etapa pre-escolar y escolar, siendo un hecho más común de lo que se cree. A pesar del papel formador que desarrolla el colegio, fundamentalmente en las primeras etapas, se evidencia un notorio olvido en cuanto a temas que conciernen a la voz. Es por esto que en Chile, es necesario fomentar la creación y ejecución de programas vocales de prevención e intervención temprana en los colegios, ante lo cual, un primer paso sería la masificación y aplicación por medio de los docentes de la pauta creada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldereguía, J. (2004). *Reflexiones de la sanología sobre el proceso salud enfermedad (PSE)*. [En línea]. Disponible en [www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Jorge4.pdf](http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Jorge4.pdf), visitado el 30 de marzo de 2009.
2. Aldereguía, J. (1992). *La Sanología como proyecto*. Universidad de La Habana, Cuba.
3. Amable, Z.; Peña, M.; Garrido, G. & Cabrera, R. (2003). *Salud y Sanología en Médicas de Familia*. [En línea]. Disponible en <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Zoraida2.pdf>, visitado el 24 de abril del 2009.
4. Arias, C. (2005). *Disfonía Infantil: Diagnóstico y tratamiento*. Barcelona, España: Ars Médica.
5. Behlau, M & Pontes, P (1995). *Avaliacao e tratamento das disfonias*. Sao Paulo, Brasil: Lovise.
6. Bustos, I. (2007). *La voz. La técnica y la expresión (2º Ed.)*. Barcelona, España: Paidotribo.
7. Bustos, I. (1995). *Tratamiento de los problemas de la voz: Nuevos enfoques*. Madrid, España: CEPE, S.L.
8. Casado, J & Adrian, J. (2002). *La evaluación clínica de la voz: fundamentos médicos y logopedicos*. Málaga, España: Aljibe.
9. Casanova, M. (1995). *Manual de evaluación educativa*. Madrid, España: La muralla, S, A.

10. Cooper, M. (1973). *Modernas técnicas se rehabilitación vocal*. Buenos Aires, argentina: Médica panamericana.
11. Delval, J. (2002). *El desarrollo humano*. México: Veintiuno.
12. Dinville, C. (1996). *Los trastornos de la voz y su reeducación (2º Ed.)*. Barcelona, España: Masson.
13. Donoso, N. (2000). La promoción de la salud en el marco de la reforma. [En línea]. Disponible en <http://www.redagora.org.ar/paginas/proyectos/Banco%20Documental%202.0/Temas/Salud/Articulos/La%20Promocion%20de%20la%20Salud%20en%20el%20Marco%20de%20la%20Reforma.pdf>, visitado el 2 de abril del 2009.
14. Echeverría, S. (1998). *La voz infantil educación y reeducación: evaluación y metodología para la relajación, la respiración, la articulación y la emisión vocal (2º Ed.)*. Madrid, España: CEPE, S.L.
15. Elhendi, W.; Santos, S.; Rodríguez, S.; Matul, C . & Labella, T. (2005). *Puesta al día en las disfonías funcionales*. [En línea]. Disponible en [http://www.nexusediciones.com/pdf/orldips2005\\_1/or-32-1-001.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/orldips2005_1/or-32-1-001.pdf) , visitado el 5 de mayo del 2009.
16. Estabillo, M. (2001). La voz: Recurso para la educación, rehabilitación y terapia en el ser humano. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*.
17. Garcia- Tapia, R & Cobeta, I. (1996). *Diagnostico y tratamiento de los trastornos de la voz*. Madrid, España: Garsi
18. Goring, P. (1971). *Manual de mediciones y evaluación del rendimiento en los estudios*. Buenos aires, Argentina: Kapelusz

19. Habbaby, A. (2006). *Disfonías del niño y del adolescente*. Buenos Aires, Argentina: Akadia.
20. Himmel & Olivares & Zabalza (2002). *Hacia una Evaluación Educativa*. [En línea]. Disponible en <http://www.udesarrollo.cl/>, visitado el 21 de marzo de 2009.
21. Jackson- Menaldi, M. (1992). *La voz normal*. Buenos Aires, argentina: Médica Panamericana.
22. Jackson- Menaldi, M. (2002). *La voz patológica*. Buenos Aires, argentina: Médica Panamericana.
23. Jenkins, C. (2005). *Mejoremos la Salud a todas las edades: Un manual para el cambio de comportamiento*. Washington, EEUU: Organización Panamericana de la Salud.
24. Jofré, D. (2006). Disfonía. [En línea]. Disponible en [escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Otorrino/TemasEstaciones/Disfonia2006.doc](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Otorrino/TemasEstaciones/Disfonia2006.doc) , visitado el 29 de marzo del 2009.
25. Le Huche, F & Allali, A. (1993). *La voz: Anatomía y fisiología de los órganos de la voz y del habla*. Barcelona, España: Masson.
26. Le Huche, F & Allali, A. (1994). *La voz: patología vocal. Semiología y disfonías disfuncionales*. Barcelona, España: Masson.
27. Marcelli, D. & De Ajuriaguerra, J. (2004). *Psicopatología del niño*. Barcelona, España: Masson.

28. Ministerio de Salud (1999). *Promoción de la Salud para Chile: Plan Nacional de Promoción de Salud*. Santiago, Chile: Unidad de Promoción de Salud, División de Atención Primaria.
29. Moreno, J. (2004). Características de la personalidad y Alteraciones del lenguaje en la educación infantil y primaria. *Revista Iberoamericana de Educación*. 1-4.
30. Morrison, M. & Rammage, L. (1996). *Tratamiento de los trastornos de la voz*. Barcelona, España: Masson.
31. Pratter , R & Swift , R. (1986). *Manual de terapéutica de la voz*. Barcelona, España: Masson – Little, brown.
32. Papalia, D.; Wendkos,S. & Duskin, R. (2005). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
33. Puyuelo, M. (1997) .Disfonía. En M. Bonet; *Casos clínicos en logopedia I* (pp. 181-213). Barcelona, España: Masson.
34. Neira, L. (2004). *La educación de la voz, la eufonía hablada y cantada*. Buenos aires, Argentina: quórum.
35. Rivas, R. & Fiuza, M. (2002) *La voz y las disfonías disfuncionales: prevención y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.
36. Romero, E.; Martín, A.; Mier, M.; Maqueda, T.; Lahoz, B. & Barros, C. (2003). *Disfonía*. [En línea]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/PDF/Disfonia.pdf](http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Disfonia.pdf) , visitado el 28 de marzo del 2009.
37. Romero, M; Ruiz, L. (1991). Capitulo I y II. *Promoción y Prevención en Salud* (pp. 9-47). Santiago, Chile: Talleres de la Corporación de Promoción Universitaria.



38. Sauca, A. (2006). *Higiene Vocal*. [En línea]. Disponible en <http://www.e-logopedia.net/articulos/HIGIENE%20VOCAL.pdf> , visitado el 20 de abril del 2009.
39. Sigal, L. (2006). *Disfonía Infantil: Tratamientos*. [En línea]. Disponible en [www.adicora.org.ar/documentacion/ninocantor2/Disfonías%20infantiles.pdf](http://www.adicora.org.ar/documentacion/ninocantor2/Disfonías%20infantiles.pdf) , visitado el 18 de marzo del 2009.
40. Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. [En línea]. Disponible en, [http://books.google.cl/books?id=m1n5uLlyBjgC&pg=PA380&lpg=PA380&dq=Shaffer+pragmatica&source=bl&ots=PIHy0f9j&sig=JwflC71AQL\\_VmoFe3PXi0WymrB8&hl=es&ei=LNnMSsG8OIixtgeknJHnAQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1](http://books.google.cl/books?id=m1n5uLlyBjgC&pg=PA380&lpg=PA380&dq=Shaffer+pragmatica&source=bl&ots=PIHy0f9j&sig=JwflC71AQL_VmoFe3PXi0WymrB8&hl=es&ei=LNnMSsG8OIixtgeknJHnAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1) visitado el 26 de Julio del 2009.
41. Tenbrink, T. (1997). *Evaluación guía práctica para profesores*. Madrid, España: Narcea.
42. Tulón, C. (2000). *La voz, Técnica vocal para la rehabilitación de la voz en disfonías funcionales*. Barcelona, España: Paidotribio

## ANEXOS

## ANEXO 1

### **PAUTA DE COTEJO DE CONDUCTAS DE RIESGO VOCAL EN PRE-ESCOLARES**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

ITEM GENERAL	ENUNCIADOS	SI	NO
Características vocales	Generalmente presenta voz “ronca”		
	Al final de la jornada presenta algún cambio de la voz		
	Presenta problemas con el aire al hablar (Le falta aire o habla en inspiración)		
	En las últimas palabras de sus frases disminuye la intensidad (volumen) de la voz		
	Tiene voz entrecortada con pequeños espacios donde no se escucha la voz		
	Su voz se percibe con sonido nasal		
Abuso/ Mal uso vocal	Habla excesivamente durante la jornada de clases		
	Realiza pataletas constantemente durante la jornada de clases		
	Grita frecuentemente durante la jornada (Clases o recreo)		
	Imita ruidos (Maquinarias, sonidos de animales, entre otros)		
	Imita voces de sus profesores, pares u otras personas		
Salud	Sufre de resfríos constantes		
	Asiste a consulta con ORL		
	Se queja a menudo de dolor en la zona de la garganta		
	Presenta frecuentemente carraspera o aclara su garganta		
	Consume poco líquido		
	Tiene problemas auditivos		
	Se le ha realizado una operación en zona de oídos, nariz o garganta		
Ámbito físico (tonicidad)	Se observa tensión muscular a nivel de cuello y cara (Cuello tenso con venas marcadas)		
	Presenta una incorrecta postura al encontrarse en posición sentado		
	Ausencia de la verticalidad del eje corporal en posición de pie		
Características personales	Se observan conductas hiperactivas		
	Tiene conducta líder		
	Presenta un carácter sociable		
	Presenta conducta de excesivo retraimiento		
	Presenta dificultad al adaptar la intensidad vocal según el contexto en que se encuentra (biblioteca, sala de clases, entre otros)		
	Presenta poca tolerancia a la frustración		
	Realiza deportes que implican uso vocal		
<b>PUNTAJE TOTAL</b>			

*En base a lo observado en sala de clases e información recabada en la ficha del niño, complete la siguiente pauta:*

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO JUICIO DE EXPERTOS

- ¿Las preguntas se relacionan con el ítem general al cual pertenecen?

---

---

- ¿Se encuentran bien planteadas las preguntas?

---

---

- ¿Las preguntas poseen un lenguaje entendible?

---

---

- ¿Existe alguna pregunta imprescindible o de poca relevancia en relación al tema?

---

---

- ¿Se evidencia ambigüedad en las preguntas?

---

---

- ¿La pauta en sí, sirve para la pesquisa de conductas de riesgo vocal en pre-escolares?

---

---

- Opinión de la pauta en general. Comentarios y Sugerencias.

---

---

**PAUTA DE COTEJO DE CONDUCTAS DE RIESGO VOCAL  
EN PRE-ESCOLARES**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

ITEM GENERAL	ENUNCIADOS	SI	NO
Ámbito Signos vocales	Generalmente presenta voz “ronca”		
	Al final de la jornada presenta algún cambio de la voz		
	Presenta problemas con el aire al hablar (Le falta aire o habla en inspiración)		
	En las últimas palabras de sus frases disminuye la intensidad (volumen) de la voz		
	Tiene voz entrecortada con pequeños espacios donde no se escucha la voz		
	Su voz se percibe con sonido nasal		
Ámbito Abuso/ Mal uso vocal	Habla excesivamente durante la jornada de clases		
	Realiza pataletas constantemente durante la jornada de clases		
	Grita frecuentemente durante la jornada (Clases o recreo)		
	Imita ruidos (Maquinarias, sonidos de animales, entre otros)		
	Imita voces de sus profesores, pares u otras personas		
Ámbito Salud	Sufre de resfríos constantes		
	Asiste a consulta con ORL		
	Se queja a menudo de dolor en la zona de la garganta		
	Presenta frecuentemente carraspera o aclara su garganta		
	Consume poco líquido		
	Responde con dificultad a estímulos verbales		
	Se le ha realizado una operación en zona de oídos, nariz o garganta		
Ámbito físico (tonicidad)	Se observa tensión muscular a nivel de cuello y cara (Cuello tenso con venas marcadas)		
	Presenta una inadecuada postura general (sentado y de pie)		
Ámbito personal	Se observan conductas hiperactivas		
	Tiene conducta líder		
	Presenta un carácter sociable		
	Presenta conducta de excesivo retraimiento		
	Presenta dificultad al adaptar la intensidad vocal según el contexto en el que se encuentra (biblioteca, sala de clases, entre otros)		
	Presenta poca tolerancia a la frustración		
PUNTAJE TOTAL	Realiza deportes que implican uso vocal		

*En base a lo observado en sala de clases e información recabada, complete la siguiente pauta:*

**INSTRUCTIVO DE APLICACIÓN PARA PAUTA DE COTEJO DE CONDUCTAS DE RIESGO VOCAL EN PRE-ESCOLARES**

*Instrucciones para la aplicación de la pauta:*

- Las respuestas para cada enunciado deben ser sólo “SI” o “NO”.
- Se debe marcar con una cruz en el cuadro correspondiente según la respuesta deseada, sin dejar ningún enunciado sin responder.
- De no contar con la información expuesta en los enunciados, comunicarse con los padres para que ellos le brinden los datos necesarios.
- Cualquier alcance relacionado con algún enunciado debe ser escrito en la zona de “observaciones”.
- Se le asignará un punto por cada respuesta positiva (“SI”).
- De acuerdo al puntaje obtenido, clasificar al niño de acuerdo a:

<b>Puntaje</b>	<b>Rango</b>	<b>Implicancia</b>
0 – 8	Conductas normales	Las conductas presentadas por el menor no son cuantitativamente consideradas como índices de riesgo vocal, pudiendo estas estar relacionadas con el desarrollo normal del niño.
9 – 18	Conductas de bajo riesgo vocal	Las conductas presentadas por el niño son consideradas como índices de bajo riesgo vocal, las cuales de no ser intervenidas podrían derivar en una patología vocal a larga data. Por lo que se recomienda la entrega de una pauta de higiene vocal (Anexo 5) y la observación por parte de los padres del estado vocal del niño.
19 – 27	Conductas de alto riesgo vocal	Las conductas presentadas por el menor indican que éste posee un alto riesgo de desarrollar una patología vocal a corto plazo. En este caso se debe recomendar a los padres llevar al niño a consulta con ORL.

ANEXO 5

**ELIMINACIÓN DE LOS VICIOS VOCALES**  
**CONSEJOS Y RECOMENDACIONES PARA PADRES**

❖ Recomendaciones para padres con el fin de preservar la salud del aparato vocal de sus hijos

- 1.- Evitar los ambientes ruidosos que obligan a aumentar la intensidad de las emisiones vocales
- 2.- Hablar sin forzar la voz, abriendo bien la boca, con una buena articulación y un ritmo adecuado
- 3.- Hacer todo lo posible por que desaparezcan factores que pueden irritar las cuerdas vocales (humo, polución, polvo)
- 4.- Incrementar la humedad en el entorno familiar para evitar los medios secos y caldeados, originados en el invierno por las calefacciones y en verano por el aire acondicionado
- 5.- Impedir los cambios bruscos de temperatura
- 6.- No tomar alimentos demasiados fríos, ni demasiado calientes
- 7.- Es recomendable una alimentación regular, tanto en cantidad como en calidad
- 8.- Proporcionarle al niño un sueño regular y estable, teniendo en cuenta que necesita dormir de 10 a 12 horas diarias para mantener su equilibrio físico y psíquico
- 9.- Tratar médicamente todos los posibles focos de infección de las vías aéreas superiores, ya que no sólo alteran el mecanismo de la respiración y resonancia, sino que pueden afectar las cuerdas vocales
- 10.- Llevar una vida física y psíquicamente sana
- 11.- Supervisar la higiene bucodental, visitando cada 6 meses al dentista, habituar al niño a cepillarse los dientes después de cada comida, controlar el consumo de azúcar dentro de los márgenes de una alimentación equilibrada.
- 12.- Prescindir de las alfombras en las habitaciones, pues retienen un gran número de contaminantes alérgicos
- 13.- No abrigar excesivamente a los niños
- 14.- Proponer de vez en cuando al niño jugar a hacer gárgaras con agua mezclada con un desinfectante (unas gotas de limón o agua oxigenada), se consigue así una excelente limpieza en la región de las amígdalas
- 15.- Corregir y controlar la postura corporal y la posición de la cabeza del niño, ya que si éstas son correctas facilitan una respiración y por tanto, una fonación normal