

Definir les causes del trastorn vocal: un camí complex però imprescindible

Cori Casanova

La disfonia és una alteració de les qualitats bàsiques de la veu (timbre, alçada, intensitat) que pot afectar la vida social i professional del pacient. La valoració de la disfonia en els protocols mèdics actuals incideix, d'una banda, en els mitjans tècnics que ajuden a definir les característiques d'aquesta disfonia (anàlisi acústica informatitzada) i, de l'altra, en l'exploració de la laringe que permet una classificació de les lesions orgàniques i de la funcionalitat laríngia (laringoestroboscòpia), així com la valoració subjectiva del pacient del seu handicap vocal. Aquest article aborda la multifactorialitat de la disfonia com a símptoma i no com a causa, valorant especialment els aspectes emocionals, i constata la manca de mitjans simples i significatius per a una valoració d'aquests aspectes. D'aquí se'n deriva la necessitat de l'abordatge multidisciplinari, tant en el diagnòstic com en la intervenció en els trastorns de la veu.

1. La veu: un fenomen complex

Podem definir la veu? Podem definir una veu?

P arlar d'aparell fonador pot fer la impressió que ens referim a estructures que tenen com a única funció la fonació. De fet, Negus, en els seus estudis d'anatomia i fisiologia, posà de manifest que la fonació en el mamífer és una adaptació funcional d'estructures anatòmiques que no tenen com a objectiu primari en la seva funció la producció de la veu i la parla (CORNUT, 1996). Tant l'aparell respiratori com la mateixa laringe i els òrgans bucofonadors tenen un paper fonamental en la protecció de les vies respiratòries i en la deglució. És el desenvolupament del sistema nerviós el que permet l'adaptació funcional d'aquestes estructures a la producció de la veu i la parla. Podem afirmar, doncs, que, en la mesura en què en el procés d'evolució apareix la necessitat de comunicació oral, l'home dóna una nova funció a

estructures ja existents fent-les polivalents i a la vegada dependents, no tan sols de reflexos primaris (deglució, tos), sinó també d'emocions a través dels neurotransmissors del sistema nerviós.

Per a l'infant que encara no parla i que no ha construït encara un lèxic, la veu d'una mare inquieta, angoixada, insegura, pot omplir-lo de pors i, fins i tot, emmalaltir-lo. O ben al contrari, un ritme pausat, una veu mellosa, càlida, pot portar-lo a poc a poc fins al son més plàcid.

Des del punt de vista del físic acústic, aquella veu serà un conjunt de freqüències amb variacions d'intensitat, de ritme i amb més o menys riquesa harmònica, que es podrà objectivar gràcies als innombrables programes informàtics que permeten analitzar, manipular i, fins i tot, fabricar una veu humana.

Per al metge otorinolaringòleg sovint serà el resultat del funcionament correcte de la laringe, de les cordes vocals, i, per tant, una laringe en bon estat hauria de tenir com a conseqüència l'absència de problemes vocals.

En aquest context, l'ús social de la veu marcarà profundament les seves característiques. A més de les seves qualitats acústiques (intensitat, intel·ligibilitat, etc.), els efectes que en un oient ha de produir la veu d'un actor o d'un cantant van més enllà de la comprensió del missatge oral, atès que ha de ser capaç de moure emocions creant estats d'ànim i d'identificació amb la història que s'explica. Molt diferent de les necessitats d'intensitat, de timbre i de capacitat de convicció d'un cobrador de peatges d'autopista.

La foniatria i d'alguna manera també la logopèdia haurien de parlar d'una epistemologia de la veu humana que pretengui englobar tots els aspectes que poden influir en la producció vocal com a manifestació dels pensaments i dels sentiments humans.

2. Els diferents factors que intervenen en el trastorn vocal

Entenem per trastorn de la veu, disfonia, aquella alteració de les qualitats bàsiques de la veu (timbre, alçària, intensitat) que afecta de tal manera la comunicació del pacient que li impedeix desenvolupar amb normalitat, confort i, fins i tot, plaer, les seves activitats quotidianes. En aquest sentit l'objectivació de la disfonia del clínic –amb els instruments i valors de mesura convencionals– no sempre va acompanyada del reconeixement de l'individu d'un handicap vocal en la seva vida quotidiana. En aquest sentit són especialment útils les escales de

valoració subjectiva de l'handicap vocal, que permeten una presa de consciència del pacient dels diferents nivells en què el seu trastorn afecta la seva quotidianitat (relacional, professional, personal, emocional, etc.) i permet també una objectivació de l'evolució del tractament (JACOBSON et alt., 1997).

Les causes que es troben en l'origen d'aquest trastorn són múltiples, i, sovint, causa i conseqüència s'entrellacen en el procés diagnòstic fins a arribar a confondre's. La història clínica serà l'instrument principal per escatir quines i quantes d'aquestes causes juguen un rol en el trastorn vocal d'aquest pacient. Hem de tenir present que tant les alteracions hormonals, especialment femenines, com les infeccions agudes i cròniques de vies altes respiratòries o els trastorns digestius, a més d'aspectes psicoemocionals d'índole diversa, afectaran en més o menys mesura l'eficiència de l'acte fonatori. Això és especialment evident quan es detecta una alteració de l'estructura de les cordes vocals, en què apareix una lesió que afecta les característiques biomecàniques de la laringe. Veurem tot seguit que en molts casos la lesió és conseqüència d'altres factors (lesions funcionals) i en d'altres és factor de risc més o menys sever (lesions congènites) per desenvolupar una disfonía.

2.1. Ús, mal ús i abús vocal

La laringe, com a estructura muscular i cartilaginosa, té els límits propis del teixit muscular que conforma les cordes vocals, recobertes per un epitelí que, convenientment humidificat, és flexible, i quan passa l'aire espirat entrarà en vibració.

L'abús vocal, entès com a augment excessiu del temps d'ús de la veu o com a fonació mantinguda a intensitats elevades, comporta canvis en l'estructura microcel·lular de les cordes vocals que afectaran les seves característiques biomecàniques, inicialment de forma aguda i, per tant, amb possibilitats de remissió si cessa l'abús vocal. Si l'abús es manté, aquests canvis poden cronificar-se i evolucionar cap a lesions més estables de tipus inflamatoriedematós a l'inici (edemes, nòduls, pòlips, pseudoquistes, etc.).

Sovint, quan el traspàs dels límits de la fisiologia ha abocat a una veu poc eficaç (pèrdua d'intensitat, canvi de timbre, fatiga, canvi de l'alçària, etc.), el comportament humà tendeix a un esforç muscular sobreafegit que pretén optimitzar la veu. S'instaura llavors el que en diem el cercle d'esforç, consistent en l'aplicació inadequada d'esforç sobre les estructures cartilaginoses, musculars i epitelials de la laringe (CASANOVA; 2002).

3. El diagnòstic etiològic del trastorn vocal

A partir del que s'ha exposat fins ara podem veure que la *disfonia tan sols és un símptoma*, el resultat d'un o, majoritàriament, molts factors que han conduït a un problema d'ineficiència i disconfort en la comunicació, que pot comportar problemes professionals i socials greus. Bastir l'entramat dels diferents ingredients que han menat a l'alteració de l'eficiència vocal és una condició indispensable per proposar un tractament que respongui a les causes d'aquest trastorn tot eliminant o, almenys, disminuint la seva incidència en la vida del pacient.

Tot i així, objectivar tots aquests elements no sempre és fàcil, i, sovint, o no tenim els instruments més adequats o la interpretació de les dades que ens ofereixen depèn molt del punt de partença, de la pre-comprensió, de l'epistemologia, en definitiva, de la qual parteix el clínic per interpretar no tan sols el trastorn de la veu sinó també, i en la mesura que pugui, el moment vital del pacient. La necessària objectivació de les dades, que permetrà un posterior control de l'evolució, pot comportar un reduccionisme del fet vocal, sovint en detriment dels aspectes psicològics, comunicatius i socials.

3.1 Exploració de l'organicitat

Centrem aquest breu comentari en l'evolució dels mitjans d'exploració de l'aparell fonador, especialment la laringe, sense entrar en altres exploracions complementàries que poden ser necessàries des del camp de la medicina per identificar un trastorn vocal.

Des que l'espanyol Manuel Garcia, cantant a París de final del s. XIX, va utilitzar un petit mirallet de dentista situat al fons del coll que li va permetre observar-se les cordes vocals i veure com s'hi reflectien, la tècnica ha avançat molt. Així i tot, el mirallet de Garcia continua essent una forma habitual d'explorar les cordes vocals en moltes consultes otorinolaringològiques públiques i privades. La laringoestroboscòpia és, en l'actualitat, la tècnica més emprada quan es pretén una informació rigorosa sobre l'estat i el funcionament de les cordes vocals, atès que permet observar els cicles d'obertura i tancament glòtic que a primera vista no es poden valorar a causa de la seva velocitat de producció. En efecte, d'aquesta manera obtindrem informació sobre les possibilitats tímbriques, d'intensitat, d'alçària de determinades cordes vocals, així com una definició molt aproximada de les característiques de les lesions que es puguin observar.

Però l'estroboscòpia per ella mateixa no ens aporta l'explicació del trastorn vocal en la seva globalitat perquè:

-Hi ha cordes vocals amb lesions que no han suposat mai un trastorn de la veu al seu propietari i que poden ser troballes casuals en el curs d'una laringitis aguda.

-Hi ha lesions benignes de cordes vocals que són les que confereixen a la veu un determinat timbre que li dóna identitat i, fins i tot, un cert èxit social.

-L'existència de lesions benignes de cordes vocals cal posar-la en relació amb l'ús que es faci del conjunt de l'aparell fonador i que pot modificar el rendiment acústic de les lesions.

-La lesió benigna de cordes vocals cal interpretar-la també segons les necessitats i de l'handicap vocal del pacient.

Tot i aquestes afirmacions rotundes, cal també dir que, a Catalunya, l'estroboscòpia és encara una pràctica poc freqüent i que un mal diagnòstic lesional, sobretot de lesions congènites de vora lliure o intracordals, pot suposar un pelegrinatge del pacient per logopedes i otorinolaringòlegs que farà que arrossegui un problema vocal que té l'origen, majoritàriament, en una malformació congènita de les cordes vocals.

3.2. La desitjada objectivació de la veu: l'anàlisi acústica

Des de l'inici de la clínica de la veu, s'ha intentat objectivar el que en diem una veu disfònica. D'entrada, reconèixer una veu com a disfònica és el resultat de la percepció auditiva valorada des d'uns determinats paràmetres culturals. Així, doncs, una veu que en la nostra cultura pot semblar quasi patològica –per exemple un home parlant en falset i a la mateixa alçària tonal que una dona– pot ser perfectament normal en determinades cultures asiàtiques.

Arribar a un acord per definir una veu des del punt de vista tímbric es va aconseguir gràcies a M. Hirano (HIRANO, M; 1981), otorinolaringòleg i gran fisiòleg de la veu, que va proposar la classificació GRBAS basada en la percepció auditiva i en la qual es definia de 0 a 3 el grau de disфония (G), la raspor (R), la presència d'aire a la veu (B), la manca de to, la sensació d'astènia, la ineficàcia (A) i el grau de constricció (S). Evidentment, basat en la percepció, aquesta classificació suposava determinats inconvenients i determinats avantatges:

-Es qualificava una veu després d'escoltar-la en conversa espontània, en lectura, en diverses situacions d'intensitat. L'explorador podia con-

fegir una certa imatge global de les característiques d'aquella veu.

-Era útil per a un mateix explorador, però difícilment extrapolable a diversos exploradors que no estiguessin en contacte ni que escoltessin conjuntament el mateix individu.

-Estava mediatitzada pel tipus de patologies que cada explorador escoltava amb més freqüència. Per exemple, un servei d'otorinolaringologia especialitzat en càncer de laringe podia valorar un pòlip amb un grau mínim de severitat, ja que la majoria dels pacients tenen una veu molt més afectada. I el mateix pòlip podia ser valorat amb un grau elevat de severitat per un professional especialitzat en cantants professionals, que presenten trastorns vocals sense quasi afectació del timbre vocal.

Els avenços de la informàtica i de les necessitats de reconeixement i d'identificació d'individus a partir del que els mitjans policíacs en diuen «empremtes vocals» han anat posant al mercat un bon nombre de programes, molts dels quals en l'actualitat són accessibles des d'Internet, que permeten objectivar en gràfics i en algorismes les característiques d'una veu. Alguns d'aquests programes, i partint de bases de dades de veus suposadament normals, permeten valorar la severitat de la disfonia. D'altres, més rigorosos, donen informació sobre els paràmetres alterats¹ sense pretendre etiquetar la veu. D'altres, no tan pensats per a l'àmbit clínic, permeten una visualització en temps real del la riquesa harmònica de la veu, del seu timbre, i poden tenir una utilitat en dinàmiques d'aprenentatge o de reeducació vocal en moments en què el *feedback* auditiu o propioceptiu és insuficient.

Al nostre país, aquests programes tenen una gran acceptació per la seva fàcil utilització immediata i per la possibilitat d'il·lustrar el pacient sobre les característiques de la seva veu. Són, sens dubte, un avenç important que ens permet objectivar i crear informació científica amb més rigor que quan partíem de la percepció subjectiva. Així mateix són una eina valuosa per objectivar els resultats dels tractaments aplicats, siguin reeducació, cirurgia o d'altres. Amb tot, cal posar en relleu alguns dels aspectes que cal tenir present a l'hora de valorar la informació que ens ofereixen per ubicar-la en el conjunt de l'exploració del trastorn de la veu:

-Tot i els paràmetres comuns, els programes tenen una gran variabili-

¹ En general, els paràmetres fan referència a l'estabilitat de l'alçària tonal, de la intensitat, a les característiques tímbriques (relació so-soroll, presència d'aire, etc.).

tat entre ells, tant pel que fa al processament del so com als valors atorgats a cada paràmetre.

-L'anàlisi acústica, o anàlisi de qualitat vocal, s'acostuma a fer sobre una vocal sostinguda, molt rarament sobre la parla. Determinades patologies mostren diferents rendiments acústics a diferents alçàries i intensitats, i es pot esdevenir que una laringe amb una patologia més o menys severa pot produir un determinat so que l'ordinador reconeix com a normal.

-Les condicions de recollida i processament de la veu estan mediatitzades per molts factors: tipus de micròfon, ambient, preamplificació, targeta de so, etc.

-Perquè l'anàlisi acústica sigui realment significativa de la veu del pacient, caldria un nombre de mostres i unes condicions d'obtenció que suposen una inversió important de temps en el conjunt de l'exploració d'un pacient amb disfonia.

-L'anàlisi és il·lustrativa de les característiques vocals, però molt difícilment esdevé instrument diagnòstic del tipus de lesió que les cordes vocals puguin presentar.

Així, doncs, des d'un punt de vista clínic, una de les eines més utilitzades avui en dia té un paper més il·lustratiu de l'evolució que no pas diagnòstic. Caldrà també valorar el rol que aquest tipus d'anàlisi acústica jugarà, i que en determinats països està jugant, en situacions de conflicte legal, com a prova dels resultats obtinguts en determinats tractaments, generalment quirúrgics. Més endavant abordarem els aspectes del protocol d'exploració d'acord amb les necessitats d'una medicina defensiva.

3. 3. *L'exploració de l'hàbit fonatori:*

Definir, dibuixar, la correlació entre el trastorn vocal i la manera d'utilitzar els elements anatòmics que fan la fonació possible (postura, respiració, ressonadors) és una tasca que el metge foniatre comparteix amb el logopeda. Per a ambdós és imprescindible:

-Gràcies a l'exploració, la valoració i la interpretació d'aquest hàbit, el foniatre podrà centrar el tractament en la reeducació vocal, que intervingrà sobre els aspectes alterats, o bé es decantarà per altres tipus de tractament, no forçament excloents de la reeducació, però que pot valorar com a imprescindibles per a una millora significativa. És a dir, l'exploració de l'hàbit té també un rol diagnòstic i d'orientació del tractament. En aquella persona que ha desenvolupat un trastorn vocal, fins i tot amb lesió adquirida i el seu ús, el seu hàbit fonatori es

valora suficientment equilibrat i adaptat a la seva funció, la reeducació vocal ocuparà un lloc mínim en el context del tractament.

Pel que fa al logopeda, l'exploració de l'hàbit li permetrà centrar la seva intervenció en els aspectes que realment es troben alterats i que tenen una importància significativa en el desenvolupament del trastorn vocal. Això és de vital importància quan ens plantejem una intervenció logopèdica en l'àmbit de la veu que sigui eficaç, limitada en el temps i que respongui a un equilibri adequat entre l'alteració de l'hàbit fonatori i altres causes que poden intervenir en el desenvolupament de la disfonia. Des de la nostra experiència, un trastorn de la veu que no ha millorat de forma significativa després d'una quinzena de sessions individuals de reeducació vocal posa de manifest un mal diagnòstic i una orientació del tractament errònia.

3.4. Valoració dels aspectes emocionals i comunicatius:

La bibliografia dels darrers anys sobre els trastorns vocals apunta, en un moment o altre, la importància dels aspectes psicoemocionals en el desenvolupament d'una disfonia. Molt rarament un trastorn psicològic és l'única causa d'un trastorn vocal; estariem parlant d'afonies com a trastorns de conversió o bé de disfonia psicògena.

La tendència actual apunta cap a la definició dels components emocionals en el que se'n diu "les disfonies no orgàniques" (SEIFERT, 2005) o disfonies sense lesió a les cordes vocals. Tot i així, un autor, ja en l'any 1959, (BRODNITZ;1959), parla de l'estreta relació entre les disfonies que aboquen a un canvi orgànic de les cordes vocals i els factors emocionals.

En la nostra experiència, sovint moltes de les lesions funcionals són també el resultat de situacions puntuals d'estrès, associades a esforç i ús vocal que ha fet aparèixer una disfonia sense que, aparentment, hi hagi hagut canvis laborals o d'ús vocal significatius. En efecte, els neurotransmissors de l'estrès i l'ansietat, catecolamines, afecten de forma directa tant la freqüència respiratòria com la tensió muscular i la freqüència cardíaca, augmentant el risc de disfonia per esforç. És impossible no comunicar, i allò que per contenció no es pot dir verbalment fàcilment s'expressarà amb una parla més contreta, potser accelerada des del punt de vista respiratori, amb tensions a la zona de la cintura escapular que afectaran la suspensió de la laringe, amb mecanismes de contenció vocal que perllongats en el temps i davant de necessitats d'ús elevades poden abocar a canvis biomecànics de les cordes vocals fins a arribar a l'aparició de lesions adquirides o a posar de manifest lesions d'origen congènit que fins al moment no havien generat trastorns de la veu.

És clar que un repte important per al clínic de la veu consistirà a avaluar en quina mesura aquests factors són crònics –responen a l'estructura caracterial del pacient; o bé són aguts i remetran possiblement en breu temps; o es preveu una situació de tensió emocional que es perllongarà.

La indicació d'una cirurgia, en què el postoperatori demana una atenció especial a l'emissió vocal, amb un repòs vocal relatiu, haurà de tenir per força present els aspectes emocionals i comunicatius que poden interferir en el procés, portant fins i tot a una situació vocal pitjor que la prèvia al gest quirúrgic. Així mateix, la reeducació vocal demana al pacient la possibilitat d'autoescoltar-se, percebre's, aprofundir en el coneixement del propi cos i dels seus mecanismes perquè l'hàbit fonatori pugui ser modificat en la línia d'una fonació més fàcil i plaent. Moltes vegades les situacions d'estrès emocional comporten una dificultat objectiva d'escoltar i escoltar-se.

No coneixem encara mesures simples i significatives per objectivar els factors emocionals implicats en la veu. La utilització en la nostra consulta de tests de passació simple per verificar l'existència de trets d'ansietat i d'estrès sembla que ajuda a caracteritzar el pacient, però encara no aporta informació suficient per decidir la necessitat d'un tractament paral·lel d'aquests aspectes per tal de millorar el rendiment de la reeducació vocal.²

4. Els protocols actuals d'exploració de la veu

En el camp de l'otorinolaringologia a casa nostra, tot i els darrers avenços, la veu és encara una assignatura pendent. A Espanya no hi ha un protocol consensuat de l'exploració dels trastorns vocals. El pacient que s'adreça amb una disfonia a un otorinolaringòleg del servei públic de salut es trobarà amb una exploració que se centrarà, la majoria de les vegades exclusivament, amb l'examen de les cordes vocals, sense estroboscòpia si no és derivat als comptats hospitals que tenen aquests aparells. Per això farem referència als protocols que s'han consensuat

² Em plau fer referència al treball que Queralt Botey, logopeda i alumne de Psicologia de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, està realitzant per trobar mitjans que permetin objectivar la incidència dels factors emocionals en els trastorns de la veu. Em remeto a la comunicació que va fer en el II Curso de Diagnóstico y cirugía de lesiones benignas de cuerdas vocales. Hospital General de Catalunya, St. Cugat del Vallès, 2005.

a Europa . El primer protocol va ser dissenyat per un conjunt de foniatres ORL de diferents països, i ha estat assumit per la Unió Europea de Foniatries i la Societat Europea de Laringologia (DEJONCKERE et al., 2001).

Els continguts bàsics d'aquest protocol són:

- Valoració subjectiva del pacient del seu handicap vocal
- Valoració perceptiva
- Anàlisi de qualitat vocal objectiva
- Mesures aerodinàmiques
- Laringoestroboscòpia

Tan de bo que en el nostre sistema sanitari s'apliquessin aquests mitjans d'exploració! Però, en definitiva, la majoria d'aquests aspectes estan adreçats a definir la veu, però no expliquen en general el perquè d'aquestes dades. Certament que l'estroboscòpia ens podrà proporcionar informació important sobre l'origen del so glòtic i les seves qualitats, però, encara que es tractés d'una patologia congènita, ens hem de fer la pregunta del perquè s'ha iniciat una disfonia en un moment i no pas en un altre. De nou la història clínica serà fonamental per comprendre el context en què s'ha desenvolupat el trastorn.

Si analitzem els continguts de l'*Acta otorinolaringològica española*, revista de publicació mensual des de gener del 2002, ens adonem que els articles que fan referència a la veu (no incloent-hi els referits a tractament del càncer de laringe) són un total de 8. D'aquests, 4 es basen en l'anàlisi de les característiques acústiques de la veu a partir d'un programa d'anàlisi de qualitat vocal (dels mateixos autors). Tres fan referència als factors de risc de disfonia en una població concreta de docents partint d'un qüestionari, una exploració estroboscòpica, i anàlisi acústica de la veu (dels mateixos autors). Un darrer és un estudi estadístic sobre els factors de risc de nòduls vocals en docents. Tot i constatar que els mestres més joves presenten major incidència de nòduls vocals, entre els factors de risc no s'avalua la presència d'estrès. Curiosament, són publicacions de l'àmbit de la pedagogia les que valoren més la incidència del *burnout* en docents i la seva relació amb la disfonia (BERMUDEZ et al., 2004). Si ens basem en els continguts de la majoria d'aquests articles, descobrirem la tendència a la descripció de la veu disfònica, o bé a l'anàlisi dels factors de risc, però sense especial incidència ni en el diagnòstic ni en el tractament de la veu, que resta encara força allunyada dels interessos generals del món de l'otorinolaringologia.

5. Reptes de futur i perspectives de futur

Acceptant el risc d'una certa simplificació, diríem que per al futur immediat, i en el context d'una medicina tecnificada, protocolitzada i amb manca de temps de dedicació al pacient, el diagnòstic del trastorn de la veu pot tenir tendència a caure en certs perills:

-Reduccionisme: centrar-nos en una exploració que té més com a objectiu la descripció de la disfonia (anàlisi acústica) i l'exploració de les cordes vocals (estroboscòpia) que preguntar-se per l'origen de la disfonia. Fins i tot en el cas de patologia congènita de cordes vocals caldrà un discerniment acurat per *comprendre* el perquè d'aquella disfonia que fins ara no havia generat handicap vocal al pacient.

-Tecnificació: tot i la necessitat de bons aparellatges que ens permetin un bon diagnòstic lesional i funcional de l'afectació de les cordes vocals, tot i el valor il·lustratiu i avaluatiu de les anàlisis acústiques de la veu, cal no oblidar que, si fem una bona història clínica a cada pacient, descobrirem que veus i cordes vocals alterades poden no haver generat mai problemes vocals. Cal respondre a l'handicap vocal, no a la perfecció anatòmica de les cordes vocals, tenint present que estem parlant de lesions benignes de cordes vocals.

Amb vista al futur, pensant en la desitjada i gradual implementació de la foniatria i logopèdia en l'àmbit sanitari, cal fer una aposta seriosa per a una *formació* dels professionals que han d'atendre els trastorns vocals (foniatres, logopedes i otorinolaringòlegs en la majoria dels casos) que parteixi de la complexitat del trastorn de la veu i que el situï en l'àmbit de la comunicació humana amb totes les implicacions psicològiques, socials i mèdiques que suposa.³

En el nivell del model assistencial, caldria tendir cap a un treball interdisciplinari, d'equip, format com a mínim per un foniatre, un otorinolaringòleg i un logopeda, però ampliable, en molts casos, a psicòleg o altres terapeutes que puguin intervenir en l'avaluació i el tractament. Aquest és un model freqüent al Canadà, als Estats Units i en alguns països d'Europa, però pràcticament inexistent a casa nostra. Cap professional té, per ell mateix, la formació i la informació necessària per abordar globalment molts dels trastorns vocals; només l'especialització compartida i el dibuix d'una epistemologia comuna a tot

³ En aquest sentit, el *Document d'Identitat* de la Diplomatura de Logopèdia de la FPCEE Blanquerna recull aquestes dimensions aplicades a tots els àmbits d'intervenció de la logopèdia.

un equip permetrà un diagnòstic etiològic acurat i, per tant, el disseny d'un tractament eficaç.

Això repercuteix en un nivell alt d'autoexigència, ja que el treball de cada professional depèn del treball de l'altre. Sens dubte, el rigor en l'objectivació de les dades objectivables és imprescindible: cal saber quina persona s'està reeducant, quina lesió i el pronòstic d'aquesta lesió per no treballar inútilment i anar descoratjant el pacient.

Un darrer punt sobre l'actitud terapèutica: conèixer a fons els mitjans d'exploració, la patologia vocal, no ens ha de fer dimitir de la capacitat intuïtiva, entesa com a comprensió d'una realitat partint de les dades objectivables, però anant més enllà, pròpia dels clínics. Això suposa una actitud d'escolta del pacient que parla més d'ell mateix del que podem imaginar. El risc d'una medicina cada cop més defensiva, en què qualsevol decisió pugui ser resultat evident de determinades dades, pot abocar-nos a una reducció del trastorn de la veu a aspectes formals que menystinguin el meravellós entramat que suposa la comunicació humana.

Referències bibliogràfiques:

BERMÚDEZ, R; MARTÍNEZ, G; RÍUS, F; ESTEVE, J.M. (2004) Relaciones entre el uso de la voz y el burnout en los docentes de Educación Infantil y Primaria de Màlaga. *Revista Espanyola de Pedagogía*, n° 227 Ene-Abr, 85-102.

BRODNITZ,FS. (1959) Vocal rehabilitation. American Academy of Ophtalmology and otolaryngology, Rochester, NY 1959 .

CASANOVA, C; (2002) *La Voz, técnica y expresión*. Coord. BUSTOS; I, Paidotribo.

CORNUT,G; (1996) *La Voix*, PUF.

DEJONCKERE PH, BRADLEY, P; CLEMENTE, P, CORNUT, G ET ALT.(2001) A basic protocol for functional assessment of voice pathology; especially for investigating the efficacy of treatments and evaluating new assessment technique. *Eur, Arch Otorhinolaryngol* 2001; 258: 77-82.

HIRANO, M. *Clinical examination of Voice*,Springer-Verlag. Wien-NY 1981.

SEIFERT, E; KOLLBRUNNER, J. (2005) Stress and distress in non-organic voice disorders. *Wiss med WKLY*2005; 136: 387-389.

ABSTRACT

En este artículo se explica la realización de un proyecto de logopedia en la India; en concreto, de un proyecto que nació a partir de la propuesta de la Fundación Vicente Ferrer para integrar la labor de logopedia en un nuevo centro para niños con parálisis cerebral. En primer lugar, se lleva a cabo una breve presentación de la Fundación desde sus inicios hasta la actualidad. A continuación se describe el contexto en que se llevó a cabo este proyecto. Después se explica su desarrollo y su evolución. Por último, se reflexiona sobre lo que ha supuesto este proyecto tanto en el ámbito profesional como en el de vivencia personal.

This article explains the development of a speech therapy project carried out in India. Particularly, a project created from a proposal by the Fundación Vicente Ferrer to integrate speech therapy tasks into a new centre for children with cerebral palsy.

Firstly, there is a short presentation of the Foundation, from its beginnings until now. Then, there is a description of the context where this project was carried out. After, its development and evolution are explained. Finally, there is a reflection about what this project has implied both at a professional and personal experience levels.

Cet article décrit un projet de logopédie mené en Inde. Il s'agit concrètement d'un projet né de la proposition de la Fundación Vicente Ferrer visant à intégrer la logopédie dans un nouveau centre pour des enfants présentant une paralysie cérébrale.

Il présente tout d'abord la Fondation depuis ses débuts jusqu'à aujourd'hui. Il décrit ensuite le contexte de ce projet ainsi que son déroulement et son évolution.

Il propose enfin une réflexion sur les conséquences de ce projet tant au niveau professionnel qu'au niveau de l'expérience personnelle.