



MasterMind Más Voz

Solo para Logopedas

MODULO VIII

TÉCNICAS FACILITADORAS

EL CONOCIMIENTO ES PODER

escrita por



Laura Martín
LOGOPEDA

El Guión de Nuestra Película

PONTE CÓMODA QUE EL VIAJE ES LARGO



¿QUÉ VAS A APRENDER?



Las bases fisiológicas de las terapias que que cuentan en la actualidad con respaldo científico.



¿QUÉ HERRAMIENTAS VEREMOS?



- 1- Masaje Manual Laríngeo
- 2- Técnicas Facilitadoras
- 3- Herramientas



Prohibida la distribución y copia completa o parcial de este material.



MASAJE MANUAL LARÍNGEO



INTRODUCCIÓN:

Antes de comenzar a describir las técnicas concretas para la zona laríngea es importante saber de la necesidad de que el resto de estructuras que están en relación con ella y que forman parte importante en la fonación se encuentren en armonía y presente una correcta movilidad. Estas estructuras son la musculatura de la boca, la lengua, músculos hioideos, esternocleidomastoideo, el cráneo, tórax, tráquea, faringe, velo del paladar, paladar duro, mandíbula y diafragma. De aquí la importancia de un trabajo con un equipo multidisciplinar, donde sería importante trabajar junto con un fisioterapeuta.^{1,2,3}

En este caso vamos a describir dos técnicas una de ellas la Terapia circunlaríngea manual descrita por Aronson y el masaje laríngeo desarrollado por Mathieson, Hirani, Epstein, Baken, Wood y Rubin. Seguidamente describiremos otras maniobras que pueden ayudarnos en el resto de estructuras con las que la laringe guarda relación.

TERAPIA CIRCUNLARÍNGEA MANUAL.

La terapia circunlaríngea manual fue propuesta por Aronson en 1985 y su objetivo es la reducción manual de la tensión musculoesquelética laríngea realizando maniobras para aumentar el espacio tiro-hioideo. Es importante realizar una valoración previa a la técnica y otra posterior, así como realizar un feedback con el paciente para acomodar la presión de tal manera que no produzca dolor. La técnica es la siguiente^{2,3}:

- **POSICIÓN DEL PACIENTE:** El paciente debe sentirse cómodo, normalmente la técnica se realiza en decúbito supino con una posición neutra de las cervicales, aunque también cabe la posibilidad de realizarlo en sedestación. Las piernas pueden estar flexionadas.
- **POSICIÓN DEL TERAPEUTA:** El terapeuta se colocará a la cabecera de la camilla o bien lateral al paciente a la altura de la zona a tratar. La mano dominante será la que realice la técnica y la otra puede realizar un contacto en la zona occipital para dar estabilidad. En caso de que el paciente se encuentre sentado el terapeuta se colocará por detrás o en el lateral del paciente de tal manera que tengo un buen acceso a la zona a tratar.
- **DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:**
 - Con la mano dominante del terapeuta realizar una toma del hueso hioides por medio de sus astas mayores con el pulgar y dedo medio. Con esa presa ejercer una leve presión y movilizar de forma circular. Fig1





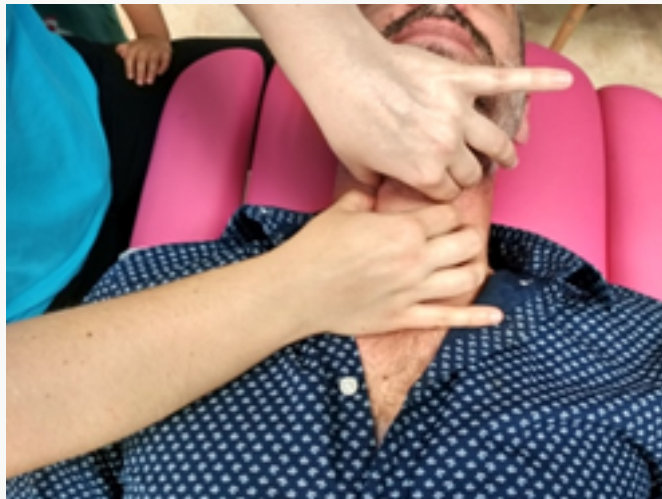
MASAJE MANUAL LARÍNGEO



- Una vez se perciba una disminución de la tensión de la zona iremos repitiendo este movimiento a la vez que nos desplazamos por la cara anterior del cuello, espacio tirohioideo, zona tiroidea. Fig 2.



- Una vez nos encontremos en la zona del tiroides y más concretamente en el borde superior se empezará a bajar la laringe suavemente con pequeños movimientos de descenso y laterales. Para ello pasará a ser una toma bimanual. Pedirle al paciente que emita vocales durante este proceso y observar si se modifica la calidad y el tono vocal. Fig3

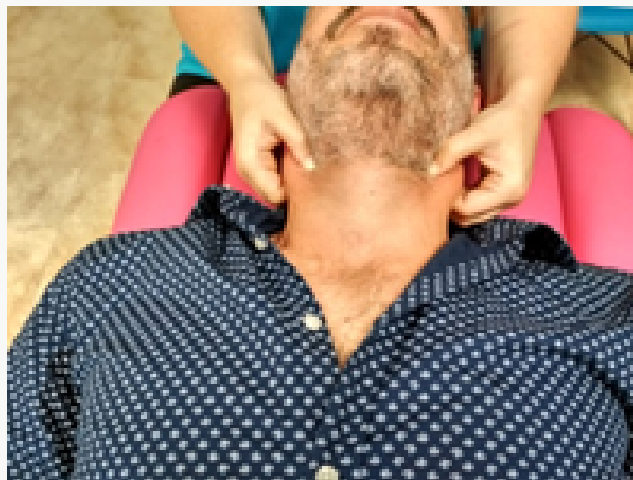




MASAJE MANUAL LARÍNGEO



- Al llegar al esternocleidomastoideo la técnica pasa a ser bimanual, trabajando simultáneamente los dos ECM. Fig. 4



La técnica termina una vez se produce un cambio de voz y cuando el terapeuta percibe un cambio en la tensión y aumento del espacio tirohioideo. Por norma general la técnica suele comenzar en zonas donde se percibe menos tensión y va avanzando hacia las zonas con mayor tensión.

TÉCNICA DE MASAJE LARÍNGEO 3,5

Otra técnica muy utilizada es la Técnica de masaje laríngeo (TML) desarrollada por Mathieson, Hirani, Epstein, Baken, Wood y Rubin en 2009. Esta técnica a diferencia de la anterior se realiza en silencio. La descripción de la técnica es la siguiente:

- **POSICIÓN DEL PACIENTE:** el paciente se colocará en decúbito supino. También se puede realizar en sedestación.
- **POSICIÓN DEL PACIENTE:** en la cabecera del paciente o en el lateral de la camilla a la altura de la zona a tratar. El terapeuta deberá valorar la musculatura implicada antes y después de realizar la técnica. El contacto puede ser uni o bimanual en función de la zona a tratar y de la elección del terapeuta. La toma se realiza con segundo, tercer y cuarto dedo. Se irá deslizando y relajando desde las zonas de menor resistencia muscular hacia las de mayor tensión; teniendo siempre en cuenta la tolerancia del paciente.
- En el caso de existir una tensión más a menos similar el orden a seguir será el siguiente:
 - **Esternocleidomastoideo:** amasamiento o deslizamientos anteroposteriores desde la zona de menos tensión a la zona con mayor tensión. Esta maniobra se suele realizar de forma bilateral y con una toma en pinza con pulgar e índice pasando revista a lo largo del todo el músculo. Fig. 4
 - **Área supralaríngea:** en esta zona se realiza un cambio de toma, la mano no dominante se sitúa en la zona occipital como mano estabilizadora de la cabeza y con el pulpejo de índice, medio y anular de la mano dominante se presiona de forma circular hacia arriba y atrás desde el punto medio de la mandíbula y avanzando hacia los laterales. A medida que disminuye la tensión se puede ir aumentando la presión. Figura 5.





MASAJE MANUAL LARÍNGEO



- Hioides: con pulgar y dedo medio de la mano dominante; ejerciendo una pequeña presión circular con la yema de los dedos.fig 6.



- Laringe: con la toma de pulgar y dedo medio o índice, según comodidad del terapeuta se realizan movilizaciones circulares laterales de forma lenta. Figura 7





MASAJE MANUAL LARÍNGEO



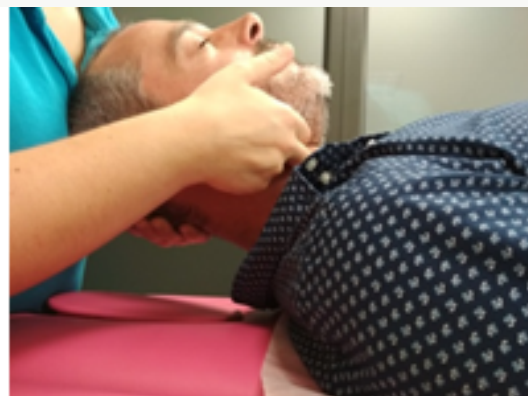
La técnica se aplicará automáticamente después de la entrevista y evaluación fonoaudiológica inicial y la duración la determinará el grado de tensión del paciente, así como la velocidad en la que se van relajando las estructuras.

Autoras como Patricia G. Farias complementan esta técnica con masajes de la musculatura de la nuca y trapecios⁴.

INTRODUCCIÓN DE LAS TÉCNICAS FUNCIONALES Y ESTRUCTURALES:

A continuación desarrollamos diferentes técnicas interesantes para reequilibrar la zona laríngea. La mayoría de ellas son funcionales por ello describimos brevemente los fundamentos de dichas técnicas. El principio fundamental sobre las técnicas funcionales es ir a favor de la tensión, es decir hacia el punto de la facilidad, o hacia el punto donde menos tensión encontramos (still point). Una vez encontrado este punto se mantiene dicha posición hasta la liberación total de los elementos. Es técnica busca obtener un silencio neurológico sensorial para permitir normalizar el tono muscular. Por el contrario las técnicas estructurales son las que van en sentido de la tensión, es decir contra la restricción de movilidad.

- **TÉCNICA DE JONES PARA LOS MÚSCULOS SUPRAHIOIDEOS:** Los principios de las técnicas de Jones es buscar el punto trigger del músculo con una mano y con la otra buscar la posición de las articulaciones vecinas que hagan disminuir el dolor del punto trigger que se ha encontrado. La presión de la mano que está palpando el punto trigger tiene que ser constante y ha de ser de la intensidad suficiente para desencadenar el dolor. Esta posición se mantendrá durante aproximadamente unos 90 segundos. Una vez pasado este tiempo se volverá a la posición neutra de manera pasiva y lenta para no desencadenar reflejos de contracción.
 - **MÚSCULO DIGÁSTRICO:** El paciente se encuentra en decúbito supino con la boca abierta. El terapeuta se coloca a la cabecera del paciente con la mano contralateral al músculo a tratar se sostiene la cabeza y la mano homolateral al lado a tratar palpa con el índice el vientre muscular del músculo digástrico, ya sea el vientre anterior o posterior. Una vez encontrado el punto trigger y desencadenado el dolor con la mano contralateral vamos movilizándolo la cabeza buscando la posición donde desaparece el dolor del punto trigger, normalmente ante flexión y lateroflexión homolateral. Cuando hayamos encontrado esa posición la mantendremos durante 90 segundos, tiempo necesario para normalizar el sistema gamma. Al transcurrir estos 90 segundos se vuelve de manera lenta y pasiva a la posición neutra. Fig. 8





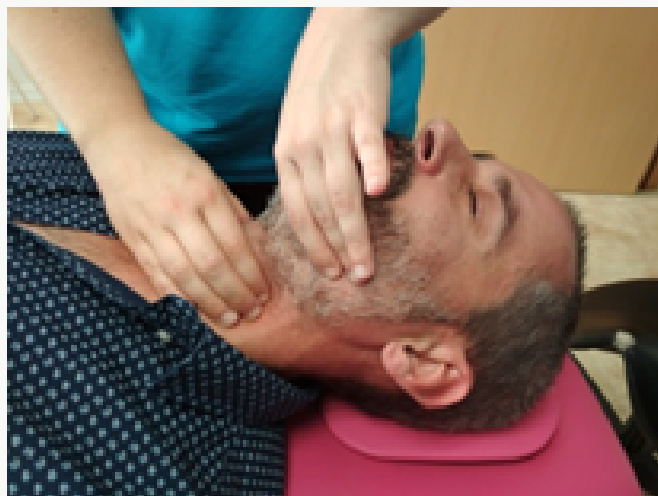
MASAJE MANUAL LARÍNGEO



- **MILOHIOIDEO.** Paciente colocado en decúbito supino, el terapeuta se coloca en la cabecera del paciente. Las palmas de las manos se colocarán en las ramas horizontales de la mandíbula con los dedos de las manos cruzados. Los cuerpos del terapeuta se encuentran en flexión y perpendiculares a la cabeza del paciente. En esa posición se realiza una compresión con las palmas de la mano que produce un cierre pasivo del arco mandibular y se mantiene dicha posición unos 90 segundos. Fig.10



- **TÉCNICA FUNCIONAL DE HUESO HIOIDES:** El paciente se coloca en decúbito supino y el terapeuta a la altura de la cabeza en un lateral. La mano craneal (la no dominante) realizará un contacto con pulgar e índice en la herradura de la mandíbula. La mano dominante toma el hueso hioides con pulgar e índice. En un primer tiempo la mano mandibular realiza una suave compresión bilateral y se mantiene esta presión hasta percibir que la mandíbula se está relajando. Ya equilibrada la mandíbula se pasa al hueso hioides movilizándolo hacia todos los movimientos (arriba/abajo, anterior/posterior, derecha/izquierda) se busca el punto de menor tensión (still points) y se espera a que el hueso hioides se equilibre. Fig.12. FIG





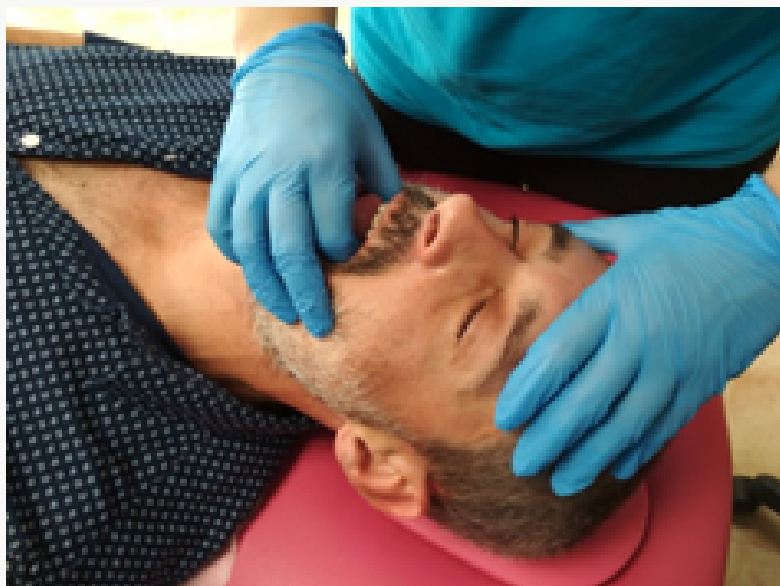
MASAJE MANUAL LARÍNGEO



- **TÉCNICA FUNCIONAL PARA LA LENGUA Y EL HUESO HIOIDES:** El paciente se coloca en decúbito supino y el terapeuta en el lateral de la camilla a la altura de la cabeza. La mano situada más craneal será la que realice la toma del hueso hioides mediante el pulgar, índice y medio; mientras que la otra será la encargada de contacto lingual. La mano lingual cogerá la lengua en una toma en pinza con pulgar e índice a la altura de la base de la lengua. Entonces comenzará a movilizar la lengua (arriba/abajo, izquierda/derecha, rotación horaria / antihoraria) muy sutilmente sintiendo y buscando el punto donde la lengua tiene menos tensión. La mano hioidea realiza la misma acción pero con el hueso hioides. Conservando estos dos puntos de menor tensión esperamos y sentimos el movimiento fascial. Esta técnica puede acabar con una fase estructural, es decir buscar los parámetros en los que haya mayor tensión y espera y sentir el movimiento fascial. Fig. 13



- **TÉCNICA FUNCIONAL PARA LA LENGUA:** Esta técnica es similar a la anterior siendo la única diferencia que no se realiza contacto en hueso hioides, por lo que esta mano pasa a realizar un contacto frontal para estabilizar la cabeza. Fig. 14





MASAJE MANUAL LARÍNGEO



- **TÉCNICA PARA LAS FASCIAS MAXILOFARÍNGEAS1:** Esta técnica se considera estructural ya que busca el punto de mayor tensión. El paciente se colocará en decúbito supino con una rotación cervical contralateral del lado que queremos trabajar. El terapeuta se sienta a la cabecera del paciente. La mano contralateral realiza una toma por debajo de la rama horizontal de la mandíbula con los dedos los cuales se encuentran en flexión, la palma de la mano reposa sobre la cara lateral del paciente. La mano homolateral realiza un contacto con el talón de la mano sobre la parte superior del tórax del mismo lado en la zona de esternón y clavícula. En un primer momento con la flexión alternativa de los dedos "testamos" la fascia y mantenemos la flexión de los dedos que ha percibido mayor tensión facial. La mano del tórax acompaña la respiración costal, forzando el movimiento de espiración, se realiza así un bombeo hasta conseguir que las tensiones vayan cediendo.





TÉCNICAS FACILITADORAS



INTRODUCCIÓN:

Las técnicas facilitadoras fueron recopiladas por Boone en 1971. Behlau y Pontes (1985) también las llaman técnicas facilitadoras¹. Estas técnicas están indicadas en pacientes con hiperfunción vocal aunque pueden emplearse en prácticamente todos los casos de disfonías siempre y cuando se tenga en cuenta la fisiología del sistema fonador². El juicio clínico del terapeuta guiará en la elección de la técnica, la forma de realización, la carga de trabajo, etc³.

El objetivo vocal de todas las técnicas recopiladas por Boone es mejorar la condición vocal logrando la modificación y la corrección de los “síntomas” vocales, respiratorios y resonanciales alterados.

Se trata de herramientas que facilitan al paciente la aproximación hacia el patrón biomecánico fonatorio adecuado. Sirviéndole además como “despertar sensitivo” de las sensaciones y percepciones que produce una fonación libre de exceso de trabajo muscular como base para la construcción de un patrón o esquema vocal fisiológico y saludable.

No constituyen un método de rehabilitación como tal y pueden utilizarse en combinación con la mayoría de las técnicas que se describen en éste módulo 6.

Boone recopiló más de 25 técnicas facilitadoras. De algunas de ellas ya se ha hablado en capítulos anteriores (manipulación laríngea, voz resonante, sobrearticulación, bostezo-suspiro, etc.) y de algunas otras se profundizará en capítulos posteriores. A continuación se van a describir las que no se abordan de forma directa en ningún otro capítulo del módulo.

DESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS FACILITADORAS:

Posición de la lengua:

Las relaciones anatomo-funcionales de la lengua con el resto de estructuras fonatorias, respiratorias y posturales (hioides, velo, faringe, etc.), hacen que su estado y su posición influya directamente en la calidad de la emisión vocal.

Para que la relación entre las estructuras esté libre de tensiones y la emisión de la voz sea fácil y sin esfuerzo se realizan tareas vocales variadas a la vez que se realizan cambios en la posición lingual que hace que mejore el uso de la cavidad resonancial. Por ejemplo: Glisandos con la lengua fuera de la boca, con la punta de la lengua apoyada en una comisura labial, con la punta apoyada en las rugas palatinas, haciendo rotaciones dentro de la cavidad.

De esta forma también se consigue la disociación del movimiento lingual del movimiento de los pliegues vocales y de la musculatura tanto intrínseca como extrínseca de la laringe.

Cambios en el volumen de la voz:

Se realizan tareas vocales en las que se mantiene la emisión de un sonido y se modifica únicamente la intensidad (volumen de la voz) sin modificar ningún otro aspecto de ésta (resonancia, tono, timbre...). Se pueden hacer variaciones aleatorias entre los registros modal y falsete, sin modificar el pitch.

Con estas tareas se consigue un control muscular preciso de la “cantidad” de contacto que hay entre los pliegues vocales en cada momento (cambios de masa).

Además, gracias a la evolución tecnológica, el paciente puede controlar la ejecución correcta de la tarea mediante aplicaciones de visualización de la voz, con software de análisis acústico, etc.

En pacientes con patologías por hiperfunción vocal la intensidad débil será difícil de emitir en los primeros momentos de la terapia ya que requiere un uso muy equilibrado de respiración-fonación-resonancia para que no se produzcan desonorizaciones.





TÉCNICAS FACILITADORAS



Cambios en el tono o pitch^{1,2,3,4}:

- El uso del Falsete: se realizan tareas vocales con la emisión de sonidos pasando la zona del pasaje de la voz (más o menos en el Fa central). Con este tipo de emisión se consigue la elongación de los pliegues vocales por la activación del musculo cricotiroides y la relajación del tiroaritenoides. El contacto entre los pliegues vocales es muy fino ya que solo vibra el borde libre. Para conseguirlo se pueden utilizar diversos sonidos facilitadores como sonidos fricativos, sonidos vibrantes, nasales, /b/ prolongada, etc.) y otras estrategias como los ejercicios de tracto vocal semiocluido.
- Uso de sonidos Hiperagudos: igual que el anterior pero llegando a frecuencias más agudas para lograr mayor contracción cricotiroides.
- Uso de Vocal Fry: en este modo fonatorio los pliegues vocales son cortos y gruesos, y hay poca rigidez en la cobertura. La presión subglótica está aumentada por que el cierre glótico es fuerte por la acción del tiroaritenoides externo, lo cual hace que el flujo de aire esté reducido. Se realizan tareas fonatorias en las cuales se emite este sonido de forma prolongada. Esta técnica se usa en disfonías hiperfuncionantes, mutacionales, psicógenas y con hiperfunción vocal. La imposibilidad de realizar este sonido indica un tono muscular aumentado del tiroaritenoides que no permite su relajación, por eso la aparición de este sonido es indicativo de mejoría. Su utilización acelera la reabsorción de nódulos igual que el falsete 3, 4.
- Glisandos: ascendentes para lograr el control en la elongación de los pliegues vocales y descendentes para el control del acortamiento de los pliegues vocales. el objetivo de este tipo de técnica facilitadora es unir los diferentes registros sin que se produzcan roturas en la voz. Se utilizan en todas las patologías vocales modificándolos en función del objetivo que se pretenda conseguir (lograr la bascula laríngea para llegar de forma saludable a zona alta del registro; sostener la emisión vocal sin que se “caiga” el tono ni aparezca de forma no voluntaria el frito vocal; etc.)
- Cambios tonales a lo largo de dos octavas en registro modal y falsete^{3,4}. Se realizan tareas vocales de ida y vuelta entre diferente notas del registro, de esta forma se mejora la vibración cordal y la interacción fuente-filtro.

Monitoreo:

Se trabaja desde el primer momento para instruir al paciente/alumno en la identificación y la eliminación de conductas vocales no deseadas ni saludables¹. Acompaña a todas las técnicas descritas ya que es un pilar fundamental en la terapia por su influencia en el aprendizaje sensoriomotor. El monitoreo puede ser:

- -Visual: delante del espejo para fijarse en la acomodación de los resonadores, en la postura corporal, en el patrón respiratorio; con un visualizador de voz para ver cómo es el inicio del sonido, el cuerpo (si es estable o inestable), ver la intensidad de la señal acústica...
- -Auditivo: mediante la escucha de grabaciones, con retorno auditivo, poniendo las manos en las orejas para mejorar la recepción y acomodar la voz a lo que se escucha...
- -Propioceptivo: identificar y describir lo que se siente al realizar una emisión libre de exceso de activación muscular y viceversa.
- -Táctil: sentir el movimiento de los músculos respiratorios, de la laringe cuando asciende y desciende, de la vibración de los pliegues vocales, de la apertura mandibular...





TÉCNICAS FACILITADORAS



Cambio en la forma de los inicios fonatorio:

La eliminación del golpe de glotis es un objetivo terapéutico en la mayoría de las disfonías con hiperfunción. De esta forma se reduce el estrés de impacto entre los pliegues vocales, se ajusta el nivel de presión subglótica y se mejora la dosificación del flujo de aire. Para conseguir un ataque vocal más suavizado y saludable se pueden realizar tareas como:

- -Comenzar la fonación con la emisión de una /h/ aspirada.
- -Antes de comenzar la fonación dejar que fluya un poco de aire y después comenzar la fonación sin que ese flujo se corte del todo en ningún momento.
- -Utilizar sonidos facilitadores como los sonidos nasales y los fricativos.
- -Practica negativa, realizando una espiración forzada seguida de una apnea para identificar el lugar en el que se produce el "cierre" que mantiene el aire "atrapado" en los pulmones. Una vez que se identifica, "dejar ir" ese cierre liberando la tensión generada. A partir de ese punto trabajar en un continuo de trabajo muscular suavizando la tensión y el cierre glótico prefonatorio hasta llegar a la ejecución de un inicio fonatorio más saludable que preserve la salud de los tejidos, creando memoria muscular y propioceptiva para poder trasladar el aprendizaje al uso espontáneo de la voz. Consiste, como dice Jo Estill, en escuchar con más atención a los músculos que a la voz⁵, ya que la activación muscular precede a la fonación, y por este motivo la posición prefonatoria de los pliegues vocales en la emisión de un ataque vocal duro/glótico/brusco es en la línea media de la glotis lo cual indica exceso de trabajo en los músculos aductores laríngeos.

Deglución incompleta sonorizada:

Durante el acto deglutorio la laringe asciende y los pliegues vocales se cierran para proteger la vía aérea. Esta técnica consiste en la emisión de un sonido vocal en el momento justo en el que la lengua se desacopla del paladar tras la deglución. Se utiliza en pacientes en los que el cierre glótico no es eficiente como por ejemplo en casos de parálisis laríngeas, cordectomías, presbifonías, etc⁴.

Fonación Inspiratoria:

Esta técnica fue descrita ya en 1988 por Feeman¹. Se solicita al paciente que emita sonidos en la fase inspiratoria del ciclo respiratorio. De esta forma se consigue la vibración de los pliegues vocales verdaderos sin la participación de los pliegues vocales falsos o bandas ventriculares. Pinho sugiere realizarlas en escalas del grave al agudo seguido de su correspondiente fonatorio en fase espiratorio^{6,7}. Se puede realizar en vocal fry.

Se debe realizar con precaución ya que puede provocar sequedad en los tejidos y por tanto aumentar el riesgo de lesión.

Enmascaramiento Auditivo¹:

Se realiza con ruido blanco o tonos puros en una intensidad que haga que el paciente/alumno no escuche su propia voz (100 decibelios). De esta forma se pierde el control sobre la propia voz y la voz mejora. En pacientes/alumnos entrenados en aprendizaje sensoriomotor de la voz no tiene el mismo efecto ya que se guían por las sensaciones propioceptivas y no por el producto vocal audible.

Sobrearticulación:

Consiste en exagerar los movimientos fonoarticulatorios de forma que se favorezca la apertura de la cavidad resonancial, se mejore la movilidad y la elasticidad de los músculos, se enlentezca el ritmo de habla, y se mejore la interacción fuente-filtro. Se usa en combinación con otras técnicas como se ha visto en el capítulo dedicado al método del acento





HERRAMIENTAS



Prohibida la distribución y copia completa o parcial de este material.



HERRAMIENTAS



Y MUCHAS MÁS....



Prohibida la distribución y copia completa o parcial de este material.