

PROBLEMAS DE LA VOZ EN EL PROFESORADO

**ADORACION ALVES VICENTE
JAVIER NUÑO PEREZ**

RESUMEN

En el presente artículo se realiza un pequeño estudio sobre los trastornos y dificultades de la voz en el colectivo docente. En él se abordan diversos aspectos, tales como: comprensión general de la patología vocal en el profesorado, incidencia de la misma sobre el colectivo, presentación y empleo de una serie de principios de higiene vocal y, finalmente, se indican alternativas o sugerencias, que debieran difundirse lo más ampliamente posible, de cara a superar o al menos mejorar este tipo de trastornos en el profesorado.

ABSTRACT

In this article its done a little study about the upsettings and difficulties of the voice in the educational collective. In it are treated different aspects such as: general understanding of the vocal pathology, incidence of the same on the collective, presentation and usage of a serie principles in the vocal hygiene, finally alternatives and suggestions are indicated, wich should be diffused the extensivest possible in order to overcome or at least improve this kind of upsettings at the teaching.

PALABRAS CLAVE

Problemas de voz en el docente, Trastornos de voz, Voz, Formación y cuidado de la voz en el profesorado.

KEYWORDS

Voice trouble at the educational collective, Voice trouble, Training and care of the voice at the teaching.

1. INTRODUCCION

La voz, para la mayoría de las personas, no es otra cosa que el medio a través del cual nos comunicamos con el prójimo, el medio que nos permite hablar, es decir, el instrumento de expresión y comunicación. Ahora bien, para un gran colectivo de personas, entre las que se encuentra el colectivo docente, es, además, el instrumento fundamental de trabajo.

Cuando hablamos de voz, está claro que estamos haciendo referencia a algo más que la única y exclusiva producción laríngea, es decir, a algo más que la pura materialidad vocal, pues no sólo sirve de soporte al lenguaje, sino que, como señala Herrero (1994), es tarjeta de presentación de la persona y refleja el yo más íntimo, individual e irrepetible, cuando se ve influenciada por situaciones físicas o psíquicas, algunas veces tan inconscientes que son las que aportan niveles de comunicación más profundos.

A través de estas líneas, nuestro objetivo no es realizar un examen exhaustivo anatómico-fisiológico-funcional e higiénico de la voz en general, pues como se puede comprender desbordaría ampliamente los límites del mismo, sino particularizarlo en la voz del profesorado, del docente, en los trastornos y dificultades más frecuentes que este colectivo tiene. Y dentro de la patología vocal del profesorado, únicamente haremos referencia al "mal uso o abuso vocal", las denominadas "disfonías funcionales", caracterizadas por su tendencia a la cronicidad y por la desproporción existente entre la capacidad individual de rendimiento y esfuerzo vocal, en las que no existe ningún factor o factores orgánicos y/o neurológicos que las generen (Rivas y Fiuza, 1993).

Para comprender claramente la magnitud de este trastorno en los docentes, Mendoza (1990a) citando a Anderson (1944) señala que éste ya asoció la patología vocal con el ejercicio de la enseñanza, asociación que en los últimos años, y como posteriormente veremos, ha experimentado un considerable incremento en nuestro país (Esteve, 1991, 1995).

La disfonía en los docentes es un grave problema real del que no se tiene conciencia clara de su magnitud, es más, ni siquiera por parte de los mismos afectados (uno de los aspectos más fácilmente constatable reside en el hecho de que nadie pide una prevención, sólo se asiste a reeducación cuando ya el trastorno está instalado y afecta claramente al sujeto). Y como puede comprenderse, la Administración y las Instituciones Académicas de este país, todavía tienen menos conciencia, lo que nos acaba llevando a que sólo son tratados aquellos que su problema está, desgraciadamente, muy definido, realizando tratamientos individualizados, privados y muy costosos.

2. AMBITO DEL TEMA

Durante mucho tiempo se ha considerado (y se sigue considerando) por buena parte del profesorado que los problemas de voz constituyen, o lo que es peor, deben constituir un elemento más de su profesión.

Es muy frecuente entre colegas que cuando estamos hablando de la voz aquejarse de molestias en la garganta, picores, carraspeos, cansancio de voz..., también es común observar en este colectivo profesional, como los primeros días de la semana (lunes y martes) más o menos su voz está bien, el miércoles ya les comienza a fallar, el jueves tienen verdaderas molestias y el viernes ya no tienen voz. Como señala Perelló (1980,1984) tienen un desarrollo cíclico. Y el problema, como es lógico, tiende a agudizarse pues esperando a recuperar su voz en verano o en vacaciones, cuando se regresa de éstas, se vuelve indefectiblemente por los mismos derroteros (prueba inequívoca de que la voz del sujeto mantiene un claro disfuncionamiento).

Como hemos comentado anteriormente, la voz es el instrumento indispensable para el ejercicio de la profesión, pero no nos damos cuenta de que absolutamente todos los docentes, sin querer, se convierten en profesionales de la voz, sin embargo para ello no reciben ningún tipo de preparación y lo que es peor se acostumbran a usarla de manera poco consciente.

3. LA DISFONIA: TRASTORNO DE LA VOZ MAS FRECUENTE

Cuando hablamos de los problemas de voz, en general, nos referimos a cualquier tipo de perturbación de ésta. De modo global, tres son los grandes trastornos vocales con los que nos podemos encontrar:

- a) *Afonía*: pérdida total de la voz.
- b) *Disfonía*: alteración de la voz en cualquiera de sus tres cualidades altura, intensidad o timbre.
- c) *Disodía*: alteración de la voz cantada.

Por el tipo de trastornos que normalmente se presenta en el profesorado nosotros vamos a hacer referencia a la *disfonía*.

Le Huche (1994) señala que la disfonía es un trastorno momentáneo o duradero de la función vocal, considerado como tal por la propia persona o por el entorno. Por lo común, la disfonía se traduce en la alteración de uno o varios parámetros de la voz, que son, por orden de frecuencia, el timbre, la intensidad y la altura tonal.

3.1. Clasificación de las disfonías

Dentro de los tipos de disfonías podemos señalar que existe un acuerdo común a la hora de clasificar éstas en tres grandes grupos (Rivas y Fiuza,1993): disfonías psíquicas, disfonías orgánicas y disfonías funcionales. Aunque esta triple clasificación está compartida por la mayoría de los autores y que además desde el punto de vista didáctico, resulta muy clara, lo que no lo es tanto, es saber hasta donde llega cada uno de esos tres conceptos y delimitar claramente qué tipo de dificultades se presentan en cada uno de ellos. Como bien señala Dinville (1981) no terminaríamos nunca de enumerar las opiniones de unos y de otros. No es fácil precisar cuando una disfonía funcional puede llevar a lesiones que conducirán a una disfonía orgánica, o cuando las lesiones y las inflamaciones de los órganos vocales van a determinar las disfonías funcionales.

Se trata de definir cada una de las disfonías de una manera suficientemente clara para comprender los trastornos de la voz.

En general, las disfonías de origen psíquico tienen que ver con las alteraciones psicógenas. Las disfonías orgánicas hacen referencia tanto a aquel tipo de problemas de origen endocrinológico, como a las alteraciones morfológicas de los órganos de la laringe. Y disfonías funcionales serían aquellas que hacen referencia a las alteraciones de las cualidades de la voz, vinculadas a un desajuste en el comportamiento fonatorio. Este tipo de disfonías para distinguirlas de las psíquicas y orgánicas son denominadas por algunos autores disfonías profesionales o disfonías producidas por un mal uso o abuso de la voz. Será este último tipo de disfonías en el que nos vamos a centrar, por ser el tipo de trastorno mayoritario que el docente presenta.

3.2. Disfonía funcional

Entendemos por disfonía funcional la alteración de las cualidades de la voz que están vinculadas a un desajuste en el comportamiento fonatorio. Es preciso señalar que es un trastorno funcional cuando sólo la función está alterada y desaparece cuando se utiliza el órgano lo más correctamente posible.

Le Huche (1994) define esta disfonía como la alteración de la función vocal mantenida fundamentalmente por un trastorno del acto vocal. La disfonía funcional se caracteriza por una utilización defectuosa del órgano vocal a causa de la instalación progresiva del círculo vicioso del sobreesfuerzo vocal bajo la influencia de factores variados: psicológicos, sociológicos y también orgánicos. Este sobreesfuerzo puede conducir a lesiones laríngeas: laringopatías de origen funcional.

En definitiva, aunque está claro que es difícil realizar una delimitación exacta de este tipo de disfonías, situamos la disfonía funcional en el ámbito de las disfonías profesionales como consecuencia de un disfuncionamiento en el comportamiento fonatorio, lo que puede provocar cambios en los tejidos laríngeos, causando alteraciones de la masa, elasticidad y tensión en los pliegues vocales.

3.3. Factores que originan las disfonías funcionales

Sin duda alguna, son muchas las causas que pueden desencadenar una disfonía funcional. La lista de teorías que tratan de explicar el origen de los trastornos vocales, es muy amplia. Es posible, en algunos casos, que la explicación acerca de la naturaleza del problema sea sencilla, pero en otras ocasiones necesitaremos analizar la confluencia de diversos factores para comprender la etiología de las disfonías. Ahora bien, interesa señalar los factores o qué tipo de conductas pueden, con mayores probabilidades, desencadenar u originar una disfonía funcional.

Perelló (1984) destaca que existen tres grandes grupos de factores que influyen perjudicando la voz: *factores externos* (tabaco, calefacción, aire acondicionado, ambientes ruidosos, los gritos, la polución, polvo de la tiza, etc.), *factores internos* (resfriado, enfermedades que repercuten sobre la voz -fosas nasales, estómago, hígado, psíquicas...-) y *factores funcionales* (hablar mucho, fuerte y sobre todo rápido, familiares sordos, tendencia de algunos profesores de hablar con un tono de voz más grave o, en el extremo opuesto, aquellas personas que intentan hablar en un tono más bondadoso, utilizando una voz más aguda de lo que le corresponde...).

Le Huche (1994) explica el origen de los trastornos vocales a partir de tres conceptos que considera claves: *el círculo vicioso del sobreesfuerzo vocal* (progresiva sustitución del mecanismo de la voz normal por el de la voz de insistencia o apremio), *los factores desencadenantes* (algunos procesos otorrinolaringológicos patológicos, factores psicológicos, debilitamiento general...) y *los factores favorecedores* (obligación socioprofesional de hablar o cantar, características psicológicas, exposición al polvo, a los vapores irritantes y al aire acondicionado...).

Prater y Swift (1986) realizan una descripción más concreta sobre el disfuncionamiento vocal, consecuencia de abuso o mal uso de la voz.

Los ejemplos siguientes son conductas corrientes de *abuso vocal*: chillar, gritar y aclamar, vocalizaciones forzadas, hablar excesivamente, uso frecuente de un ataque glótico duro, excesivo aclaramiento de la garganta y demasiada tos, inhalación de polvo, humo de cigarrillo y gases nocivos, cantar con una técnica vocal inapropiada o en condiciones abusivas del ambiente y hablar de manera abusiva cuando los pliegues vocales se hallan en condición debilitada -por alergias o por infección respiratoria de la vía superior, ciclo menstrual, uso de antihistamínicos o píldoras anticonceptivas-.

Las conductas de *mal uso vocal* que pueden ocasionar un daño al mecanismo fonatorio son: hablar en situaciones con niveles altos de ruido ambiental -mientras se viaja en coches con niveles altos de ruido, trabajando cerca de maquinaria pesada, música muy intensa a través de auriculares estereofónicos-, niveles elevados de tono, elevación de intensidad y de tono por tensión emocional, trastornos de personalidad o simplemente por hábito.

4. ESTUDIOS

A pesar de la importancia y las repercusiones que tiene, son muy pocos los estudios realizados en docentes con problemas o con dificultades en la voz. La disfonía no se plantea como un problema que afecta a un tanto por ciento muy elevado de profesores, sino que se considera como algo normal, inherente a la profesión que desarrollan. Sin embargo, tal y como se observa en alguna de las investigaciones realizadas en este campo, es un problema real que repercute en el número de bajas, en el absentismo e incluso en las situaciones de baja crónica y, lo que es peor, en la calidad de la docencia.

García Calleja (1991) realizó un estudio descriptivo de las bajas del profesorado público no-universitario durante el cursos 1.989-90 en el ámbito del M.E.C. A lo largo del estudio se destaca la importancia de las bajas producidas por procesos de otorrinolaringología, 57.623, que suponen un 12,08% del total. En la distribución de las bajas por especialidades, se observa que el segundo diagnóstico en cuanto al número de bajas durante el curso 89-90 es otorrinolaringología, a continuación de las bajas producidas por infecciones que ocupan el primer lugar, y por delante de las bajas producidas por traumatología y embarazos.

En la investigación hecha por Esteve y otros (1991) sobre las bajas oficiales por enfermedad de los profesores de enseñanza no-universitaria, a lo largo de siete cursos, entre los años 1982 y 1989, en Málaga y su provincia, se observa que el tanto por ciento de las bajas aumenta considerablemente en el último año, y lo que es más significativo para el tema que nos ocupa, el mayor número de ellas se dan dentro de la especialidad de otorrinolaringología. A tenor de los datos que se exponen, si se utiliza el criterio del total de bajas registradas en cada diagnóstico, en el curso 88-89, las más importantes son las otorrinolaringológicas, un 35,4 % del total de bajas producidas.

Según este estudio, hay un aumento extraordinariamente significativo en el curso 88/89 en las enfermedades otorrinolaringológicas que llegan a afectar al 5,74 % del profesorado. Además, si observamos cómo evolucionan las bajas a lo largo de los años en los que se realiza la investigación, desde el curso 82/83 hasta el curso 88/89, observamos que las bajas otorrinolaringológicas se han multiplicado por diez en sólo siete cursos.

Llinás y otros (1986), en el XIV Congreso Nacional de Logopedia, Foniatría y Audiología, celebrado en Burgos, presentan un estudio sobre las disfonías en maestros, con una muestra de 790 maestros repartidos por diversos puntos de la geografía española. Cuando se les preguntó si tenían problemas de ronquera o de voz hablada, el 48% de la muestra contestó afirmativamente. En este estudio se confirma la relación significativa entre dicha variable "ronquera..." y otras variables: malas condiciones acústicas en el aula, ruidos exteriores a la misma, dar clases en una ciudad con alto índice de polución, tendencia a utilizar una voz distinta en clase que fuera de ella, empeoramiento de la voz durante la

semana, los profesores son propensos a sufrir problemas respiratorios, se consideran a sí mismos personas nerviosas.

Herrero (1986) realizó una encuesta que envió a los departamentos de ORL de las instituciones sanitarias dependientes del I.N.S.S y de los hospitales clínicos, y también a los departamentos de rehabilitación de dichos centros. No es necesario darle muchas vueltas al tema, el porcentaje por profesiones es suficientemente significativo: Docentes: 43%.

Está claro que, tal como planteaba Llinás (1986), la disfonía en los maestros es un grave problema real, que no existe una conciencia clara de su magnitud, ni siquiera por parte de los afectados.

Es imprescindible, después de las investigaciones y los estudios analizados, adoptar medidas preventivas que reduzcan este problema, que frenen este estado de deterioro, buscando, desarrollando ayudas que eliminen muchas situaciones de baja crónica, tras la cual se vuelve a enviar al profesor a enfrentarse a la misma situación que le ha producido el trastorno y para el que no ha encontrado una solución a no ser tratamientos privados. Es preciso establecer, sin más demora, programas preventivos en el periodo de formación inicial de los profesores y tratamientos por parte de especialistas del mantenimiento y conservación de la voz en el profesorado. Puyuelo (1992) y Puyuelo y Llinas (1992) destacan el papel del logopeda en la reeducación vocal de este tipo de disfonías funcionales. Medidas que resulten rentables para el profesor afectado en el ejercicio de su profesión, que repercutirán en la salud del mismo, en su calidad de vida y en la calidad de la docencia.

5. TRATAMIENTO

Antes de abordar el tratamiento, es necesario resaltar la gran importancia de la prevención en los trastornos de la voz. Esta claro que en los grupos de riesgo, aquellos que como señala Le Huche (1994) tienen la "obligación socio-profesional de hablar", entre los que se encuentra el profesorado, con graves problemas tal como apuntamos en el apartado anterior, no se deberían escatimar esfuerzos para prevenir la cantidad de alteraciones de voz que sufren estos. Una prevención que tuviera como fines, en primer lugar, evitar la presentación de trastornos de voz, o al menos reducir el número de nuevos casos; en segundo lugar, hacer todo lo posible para que esos trastornos que se hayan presentado, se recuperen rápidamente; y en tercer lugar, si a pesar de los esfuerzos anteriores, se ha instaurado el problema, conseguir reducir el grado del mismo hasta hacerlo desaparecer. Con la prevención lo que se intentaría es proteger a la comunidad de profesores, contrarrestando aquellos factores negativos que puedan favorecer la aparición de problemas de voz, para si no eliminar totalmente el trastorno, sí al menos que el número de casos sea pequeño.

Sin embargo, la prevención en este campo es prácticamente inexistente. Rara vez se ponen en marcha medidas de prevención de los trastornos de voz, por ejemplo las relacionadas con las condiciones de trabajo, o escasamente tenemos en cuenta algunas de las pautas aconsejadas en higiene vocal, y ni mucho menos asistimos a programas, cursos, seminarios que nos informen, que nos preparen en este tema. En el caso que nos ocupa, el viejo refrán de que "sólo nos acordamos de Santa Bárbara cuando truena", se cumple a la perfección, es decir, únicamente asistimos a cursos de prevención y tratamiento de la voz, cuando ya hemos sufrido tal cantidad de alteraciones, bajas e incluso operaciones

quirúrgicas, que ya vemos de manera evidente y necesaria buscar solución en la reeducación vocal.

Los esfuerzos realizados en la prevención ayudarían al descubrimiento temprano de los trastornos vocales, lo que permitiría orientar precozmente una acción terapéutica, tal y como señala Dinville (1981).

Es necesario plantear que existen diversos tratamientos como los de tipo farmacológico o quirúrgico, a los cuales no vamos a hacer referencia. Es evidente que el tratamiento deberá ajustarse al tipo de alteración vocal que presente cada persona. Sin embargo, queremos resaltar el papel del tratamiento reeducativo y qué se puede esperar del mismo.

Ya nadie cuestiona las ventajas del tratamiento vocal para eliminar las lesiones inducidas por el abuso/mal uso vocal, tal como indican Prater y Swift (1986), implica menos pérdida de tiempo de trabajo, es un tratamiento efectivo y no traumático, es menos costoso y sirve para eliminar de forma permanente los patrones de abuso/mal uso causantes de la lesión. Es posible que la lesión pueda desaparecer sin cirugía si el sujeto rectifica su mecánica vocal, se puede hacer desaparecer un nódulo incluso voluminoso; mediante ejercicios adecuados se puede fortalecer de nuevo la musculatura de un pliegue vocal de aspecto atrófico (Le Huche, 1994).

Aún en los casos en los que la intervención microquirúrgica sea necesaria, será indudablemente mucho más útil si es precedida de reeducación, la cirugía no será beneficiosa a no ser que el sujeto cambie sus hábitos vocales. Si ello no es así las lesiones pueden volver a aparecer, después de la operación.

De todas formas, como señala Dinville (1981) las disfonías nunca aparecen sin unas razones precisas, por lo que es muy importante que conozcamos todo lo que puede provocar una disfonía puesto que la reeducación deberá tener siempre en cuenta estas circunstancias junto con el modo de aparición y la evolución del trastorno.

El tratamiento vocal en el caso de las disfonías funcionales, requiere fundamentalmente un programa de reeducación que enseñe a todo sujeto a identificar y eliminar todas aquellas conductas vocales inapropiadas abusivas causantes de su disfonía.

Dicho tratamiento tiene, sin lugar a dudas, necesidad de que sea eficiente y efectivo, y por tanto, que se consiga una adecuada voz en cualquiera de sus parámetros, con una buena coordinación del mecanismo de emisión laríngea (modificar y normalizar la función muscular laríngea), teniendo en cuenta las peculiaridades sintomatológicas que concurren en cada caso, o como señala Iduriaga (1984), volver a hacer participe al sujeto de las pautas normales que haya perdido y restablecer aquellos parámetros acústicos de su voz.

En el momento en que se hayan eliminado aquellas situaciones traumatizantes para la laringe, es cuando la voz mejora. Y es más, si mejora la voz, mejora la función laríngea directa o indirectamente (Mendoza, 1990b).

Existe prácticamente unanimidad por parte de los distintos profesionales de la voz en cuanto a los bloques básicos a seguir en el tratamiento de las disfonías funcionales.

El primero de ellos consiste en proporcionar al sujeto una información que le permita identificar las conductas vocales inapropiadas para posteriormente eliminarlas, adquiriendo una idea clara de su comportamiento fonatorio.

El segundo bloque fundamental en el tratamiento reeducativo de los trastornos de la voz es la respiración. En general, los objetivos que se pretenden son: proporcionar habilidad respiratoria; conocimiento y utilización de los distintos tipos respiratorios; dominio, precisión y flexibilidad de los movimientos relativos a ésta; eliminar las dificultades respiratorias que supongan en el sujeto complicaciones en la mecánica articular y, finalmente, adaptación de la respiración para que se coordine correctamente con la fonación. En definitiva, que el sujeto adquiera el dominio en las diversas circunstancias del soplo fonatorio.

El bloque tercero es la relajación. Como bien señala el prof. Farré (1992), la relajación en las disfonías ha de entenderse como un entrenamiento para el dominio del tono muscular, obtenido a través de una práctica personal, con la finalidad de que el sujeto sea o tienda poco a poco a la autonomía de su propio tono y también al conocimiento y toma de conciencia de sí mismo.

El último bloque básico es la impostación vocal¹, tal vez el objetivo más dificultoso. El trabajo en esta fase está dirigido en varios frentes: coordinación de la respiración con la emisión articulada, recuperación de los parámetros que con mayor frecuencia están alterados en el sujeto disfónico -altura tonal, intensidad y timbre- y, conseguir un ataque vocal del sonido suave con la consiguiente mejora del contacto de los pliegues vocales.

Además de estos cuatro bloques básicos o fundamentales a trabajar en todas las disfonías funcionales, existe todo un gran conjunto de objetivos (en muchos casos tan importantes o más que los básicos) complementarios: dominio de la verticalidad, actitud postural, desarrollo de habilidades de escucha, utilización diaria de tiempo de discurso, velocidad de habla... Y por último, indicar que el tratamiento no se limita única y exclusivamente a trabajar las técnicas correspondientes, como se puede suponer, suele ir acompañado de cierto apoyo psicológico.

No podemos terminar este apartado de tratamiento sin hacer referencia a la higiene vocal, con el fin de conseguir un uso correcto de la voz o por lo menos prevenir la aparición de distintas alteraciones. Las pautas que se deben seguir son:

- Limitar la cantidad de tiempo de habla.
- No competir vocalmente con un ruido ambiental excesivo.
- No usar producciones de voz forzadas.
- Evitar toser y aclarar la garganta excesivamente.
- Evitar los irritantes laríngeos llevados por el aire.
- No hacer uso prolongado en situaciones en que existe labilidad laríngea.
- Evitar todo ejercicio físico que sea agobiante.
- Restringir el hábito de fumar y beber en exceso.
- Practicar habitualmente ejercicios de respiración, relajación...
- Evitar el grito en situaciones extremas.
- Procurar humedecer los ambientes.
- No cantar con otras personas formando coro si no se está adiestrado.
- No tomar bebidas ni demasiado frías ni demasiado calientes
- Cuando estemos ante niños procurar que no cometan abusos vocales.

6. CONCLUSION

Como consecuencia de todo lo que hemos señalado anteriormente conviene destacar dos ideas:

a) Que estamos ante un *instrumento* altamente complejo y perfecto, pues es capaz de ser expositor del psiquismo, transformar el aire en sonido, modularlo... Cuando emitimos un sonido, se observa una intercorrelación activa entre la emisión laríngea, el trabajo de la musculatura respiratoria, la adaptación de las cavidades de resonancia y la articulación.

b) Que todos *los docentes* sin darse cuenta *se convierten en profesionales de la voz*, sin embargo para ello no reciben ningún tipo de preparación y lo que es peor se acostumbran a usarla de manera poco consciente, es decir realizan un mal aprendizaje, lo que repercutirá en su salud, en su calidad de vida y en la docencia que imparta.

Por todo ello sugerimos las siguientes *alternativas*:

- El uso correcto de la voz (igual que el manejo de cualquier otro instrumento) supone un aprendizaje y como tal debe pasar por distintas etapas que van desde la conciencia de una técnica fonatoria hasta llegar al empleo de la misma de forma inconsciente y automática. Por tanto, sería necesario que cualquiera que con posterioridad se vaya a dedicar a la docencia tuviese seminarios, cursos... de higiene de la voz unido a todo un conjunto de ejercicios de tipo práctico para educarla y fortalecerla. Trabajo que bien podría realizarse durante el periodo de formación inicial en sus facultades correspondientes, o en cualquiera de los cursos de preparación para la docencia.

- Para los futuros maestros debiera ser obligatorio cursar una asignatura, independientemente de la especialidad que realicen, sobre prevención de los trastornos de voz, pues sin duda este colectivo es el más afectado y sus estudios van encaminados de manera única a la docencia, por lo tanto, su futura voz depende de manera evidente del aprendizaje que hayan realizado.

- De cara a todo el profesorado que en la actualidad está en ejercicio y al que, por lo tanto, no le sirven las alternativas que hemos señalado, creemos que han de ser las Instituciones Académicas correspondientes las que deben tomar medidas a este respecto; la realización de seminarios o cursos de voz, así como la implantación de servicios de logopedia en dichas instituciones, debiera de ser una constante.

NOTAS

1 Llinás (1990) define la impostación vocal como la colocación en la caja de resonancia a fin de que con el mínimo esfuerzo se obtenga el máximo de rendimiento fonatorio y se evite que el esfuerzo en la fonación recaiga sobre los pliegues vocales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- DINVILLE, C. (1981): *Los trastornos de la voz y su reeducación*. Masson, Barcelona.
- ESTEVE, J.M. y otros (1991): "La salud de los profesores. Evolución de 1982 a 1989". *Rev. Cuadernos de Pedagogía*, 192, 61-67.
- ESTEVE, J.M. y otros (1995): "El profesorado: salud y absentismo. Prevención y control". *Rev. Cuadernos de Pedagogía*, 234, 69-71.

- FARRE, J. (1992): *Manual de logopedia 2. Disfonías bases para su rehabilitación*. Edición propia, Barcelona.
- GARCIA CALLEJA, M. (1991): "Enfermedades del profesorado. Análisis y Prevención". *Rev. Cuadernos de Pedagogía*, 192, 67-72.
- HERRERO, M^a T. (1986): *Aspectos sanitarios públicos en los problemas de voz en docentes*. Actas del XIV Congreso Nacional de A.E.L.F.A., Burgos, 105-110.
- HERRERO, M^a T. (1994): En LE HUCHE, F., ALLALI, A.: *La voz*. (Vol. I). Masson, Barcelona.
- IDURIAGA, F. (1984): *Reeducación logopédica en el adulto. Consideraciones generales y tratamiento de las disfonías*. Actas del II Simposio de logopedia, C.E.P.E., Madrid, 95-107.
- LE HUCHE, F., ALLALI, A. (1994): *La voz* (3 vols.). Masson, Barcelona.
- LLINAS, M.A. (1986): *Disfonías y escuela*. Actas del XIV Congreso Nacional de A.E.L.F.A., Burgos.
- LLINAS, M.A. (1990): *Disfonías*. En PEÑA, J.: *Manual de logopedia*. Masson, Barcelona,
- LLINAS, M.A. y otros (1986): *Problemas de voz en los maestros*. Actas del XIV Congreso Nacional de A.E.L.F.A., Burgos, 93-105.
- MENDOZA, E. (1990a): "Terapia vocal - revisión". *Rev. de Logopedia, Foniatría y Audiología*, Vol. X, 2, 100-108.
- MENDOZA, E. (1990b): *Disfonías profesionales. Evaluación y valoración objetiva del tratamiento*. Actas del XVI Congreso Nacional de A.E.L.F.A., Salamanca, 90-103.
- PERELLO, J. y SALVA MIGUEL, J. A. (1980): *Alteraciones de la voz* (Vol. IX). Científico-Médica, Barcelona.
- PERELLO, J. (1984): *Cuidado de la voz en el profesional de la reeducación*. Actas del II Simposio de logopedia, C.E.P.E., Madrid, 91-95.
- PRATER, R.J., SWIFT, R.W. (1986): *Manual de terapéutica de la voz*. Masson- Salvat, Barcelona.
- PUYUELO, M.(1992): *Disfonías funcionales. Tratamiento logopédico*. Actas del XVI Congreso Nacional de A.E.L.F.A., Salamanca, 55-60.
- PUYUELO, M. y LLINAS, M.A. (1992): "Problemas de voz en docentes". *Rev. de Logopedia, Foniatría y Audiología*, Vol. XII, 2, 76-84.
- RIVAS, R.M. y FIUZA, M.J. (1993): "Reflexiones en el estudio de las disfonías". *Rev. de Logopedia, Foniatría y Audiología*, Vol. XIII, 4, 186-190.