

# Intervención logopédica para la rehabilitación vocal en pacientes laringectomizados en la sanidad pública

## Trabajo Fin de Grado Logopedia

Jose Luis Alberto Valuch

Universidad de La Laguna

Facultad de Psicología y Logopedia

Alberto Domínguez Martínez, Elena Margarita Leal Hernández

San Cristóbal de La Laguna

Curso Académico 22-23

## Resumen

La laringectomía es un proceso quirúrgico mayor en el cual se procede a extirpar la laringe o una parte de ella debido normalmente a una presencia cancerosa en la misma. Actualmente el cáncer de laringe suma tres mil afectados más al año en nuestro país. Al extirpar la laringe la persona queda privada de comunicarse del mismo modo que lo hacía hasta el momento. Por lo tanto, el papel del logopeda será de suma importancia como guía para lograr aprender un nuevo método fonatorio que se ajuste a sus necesidades.

El propósito de este estudio es analizar y valorar la atención que reciben los pacientes laringectomizados por parte del servicio logopédico de la sanidad pública española. Para ello se creó un cuestionario y se contactó con distintas asociaciones de pacientes laringectomizados del territorio español, a través de dichas asociaciones y gracias a la ayuda de sus voluntarios y representantes, se distribuyó a los usuarios de manera telemática. Se obtuvieron un total de 33 respuestas.

El cuestionario mide variables como la temporalidad de las sesiones, la cantidad de usuarios simultáneos en las mismas, los métodos de rehabilitación usados, la valoración personal del usuario, etc. Los resultados reflejaron por la disparidad de respuestas que no existe ningún plan de intervención logopédico común en la sanidad pública. A pesar de no existir un plan común, los usuarios valoraron de forma positiva, y argumentaron que obtuvieron avances significativos en las sesiones logopédicas de la sanidad pública. Además, se refleja la falta de logopedas en los hospitales públicos y por consiguiente un problema para acceder al propio servicio.

## **Abstract**

Laryngectomy is a major surgical procedure in which the larynx or a part of it is removed, usually due to the presence of cancer in the larynx. At present, larynx cancer affects three thousand people a year in our country. When the larynx is removed, the person is deprived of communicating in the same way as before. Therefore, the role of the speech therapist will be of utmost importance as a guide to learn a new phonatory method that fits their needs.

The purpose of this study is to analyze and evaluate the care received by laryngectomized patients by the speech therapy service of the Spanish public health system. To this end, a questionnaire was created and various associations of laryngectomized patients in Spain were contacted. Through these associations and thanks to the help of their volunteers and representatives, the questionnaire was distributed to users telematically. A total of 33 responses were obtained.

The questionnaire measures variables such as the temporality of the sessions, the number of simultaneous users in the sessions, the rehabilitation methods used, the user's personal assessment, etc. The results reflected by the disparity of responses that there is no common speech therapy intervention plan in the public health system. In spite of the lack of a common plan, the users rated it positively, and argued that they obtained significant progress in the speech therapy sessions in the public health system. In addition, the lack of speech therapists in public hospitals is reflected and therefore a problem in accessing the service itself.

**Palabras claves**

Laringectomía, Cáncer, Logopedia, Plan de Intervención, Cuerdas Vocales, Laringe, Voz Esofágica.

**Key words**

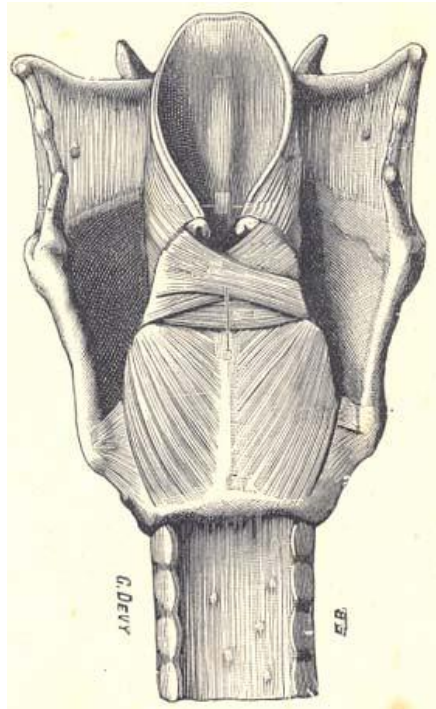
Laryngectomy, Cancer, Speech Therapist, Intervention Plan, Vocal Cords, Larynx, Esophageal Voice.

## Introducción

La laringe es un órgano implicado en la respiración y fonación situado entre la faringe y la tráquea. Su estructura está compuesta por un esqueleto cartilaginoso de 5 cm de longitud y se encuentra conectado con multitud de estructuras musculares y óseas como las cervicales 3-6 o el hueso hioides, el cual es el encargado de mantener la forma y posición de la laringe. La laringe está compuesta por 3 zonas:

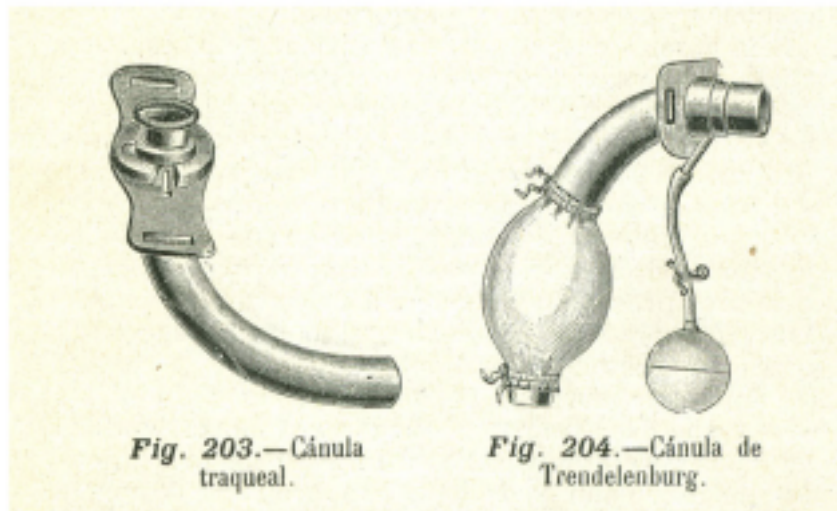
- Zona supraglótica, en la cual se sitúan la epiglotis y los aritenóides.
- Zona glótica, donde se encuentran las cuerdas vocales.
- Zona subglótica, la cual constituye la parte más baja de la laringe.

Toda la estructura laríngea se encuentra protegida durante la deglución por la epiglotis. La epiglotis es una capa de cartílago la cual, en reposo mantiene el conducto laríngeo abierto para permitir el paso de aire libre. Sin embargo, durante el proceso deglutorio la epiglotis tiende a bloquear la glotis para no permitir el paso de líquidos o el propio bolo alimenticio a las vías respiratorias (García y Gutierrez, 2015).



*Figura 1. Imagen anatómica de la laringe.*

La primera laringectomía total fue practicada en Viena el 31 de diciembre de 1873 por el cirujano general Theodor Christian Albert Billroth en la Clínica Quirúrgica II del Allgemeines Krankenhaus. En noviembre de 1873 el paciente sufrió una severa obstrucción respiratoria por la cual se tuvo que operar de urgencias. Una vez se retiró la laringe se rehizo la traqueotomía y se le implantó una cánula tampón de Friedrich Trendelenburg. Este tipo de cánula mantenía un funcionamiento muy similar a las cánulas que poseen los pacientes laringectomizados hoy en día, aunque estas primeras cánulas en vez de llenarse de aire se rellenaban de agua. Finalmente la operación fue un éxito y con el paso de los días el paciente avanzó poco a poco en su recuperación (Rizzi, 2005).



*Figura 2. Cánulas rellenas de agua usadas en las primeras laringectomías.*

Según los datos aportados en 2023 por la “Red Española de Registros de Cáncer” o “REDECAN”, en España la incidencia de personas que sufren cáncer laríngeo asciende a 3.378 por cada 100.000 habitantes en ambos sexos. Teniendo en cuenta el género podemos destacar una mayor incidencia en hombres respecto a mujeres con unas tasas de incidencia de 2.983 por cada 100.000 habitantes para el género masculino y de 395 por cada 100.000 habitantes para el género femenino. En cuanto a la incidencia por edad los datos nos arrojan la siguiente información:

- De 0-44 años la incidencia es de 38 personas por cada 100.000 habitantes para ambos sexos
- De 45-64 años la incidencia es de 1.653 personas por cada 100.000 habitantes para ambos sexos
- De más de 65 años la incidencia es de 1.687 personas por cada 100.000 habitantes para ambos sexos

Dentro de los factores de riesgos para desarrollar un cáncer laríngeo se debe dividir

en dos variantes; los antecedentes patológicos y los factores de riesgo propios.

Los antecedentes patológicos personales y familiares no son considerados factores determinantes por su baja incidencia, pero cabe destacarlos debido a la relevancia de la suma de los mismos. Como se observa en la “tabla 1” la leucoplasia (con una incidencia de 15,82%), la laringitis (con una incidencia de 9,61%) y el papiloma (con una incidencia de 1,13%) forman parte de las principales enfermedades que pueden aumentar las posibilidades de contraer un cáncer de laringe. Respecto a los antecedentes familiares de pacientes con cáncer laríngeo se destaca una incidencia del 26,55% en familiares de primer o segundo grado con cualquier tipo de cáncer (Ledo y Alfonso, 2018).

*Tabla 1. Incidencia de antecedentes patológicos personales y familiares.*

Antecedentes	Porcentaje
Leucoplasia	15,82%
Laringitis	9,61%
Papiloma	1,13%
Familiares con antecedentes	26,55%



Los factores de riesgo propios son considerados los factores más determinantes a la hora de poder desarrollar un cáncer laríngeo. Entre estos factores de riesgo expuestos en la “tabla 2” destaca como primera causa el tabaquismo con una incidencia del 80,23% y como segunda causa el consumo de alcohol de manera recurrente con una incidencia del 65,54%. Estos dos factores predominan sobre otros como son el reflujo gastroesofágico con una incidencia de 9,04% y la exposición a sustancias irritantes con una incidencia de 5,09% (Ledo y Alfonso, 2018).

*Tabla 2. Incidencia de factores de riesgo.*

Factores de riesgo	Porcentaje
Tabaquismo	80,23%
Consumo de alcohol	65,54%
Reflujo gastroesofágico	9,04%
Exposición a sustancias irritantes	5,09%

En la “tabla 3” se expone la sintomatología principal por la cual las personas deciden acudir a su médico, las cuales son: disfonías en más de un 90% de los casos, disfagias en un 34,46%, disnea en un 23,16%, odinofagia en un 15,25% y por nódulos cervicales un 12,99%. Aunque la sintomatología tiene claras diferencias entre sus grados de incidencia, hay que tener en cuenta que en la mayoría de los casos los pacientes asisten a su médico con varios síntomas (Steuer, 2017).

*Tabla 3. Sintomatología principal de cáncer de laringe.*

Factores de riesgo	Porcentaje
Disfonías	90%
Disfagias	34,46%
Disneas	23,16%
Odinofagia	15,25%
Nódulos cervicales	12,99%

La laringectomía es un proceso quirúrgico mayor en el cual se procede a extirpar la laringe o una parte de ella. Con el fin de eliminar el avance canceroso se presentan varias soluciones (American Cancer Society, 2017) ;

- Una cirugía endoscópica en el caso de que el tumor fuera menor.
- Someterse a una cordectomía en el caso de que el tumor se encuentre en la zona glótica y sea de menor tamaño.
- Someterse a una laringectomía en caso de que el carcinoma haya afectado en gran medida a la laringe.

La laringectomía puede ser de 2 tipos; parcial donde es posible eliminar solo la parte de la laringe afectada por el cáncer menor, y la total. En la laringectomía total se retira toda la laringe y se conecta la tráquea al exterior del cuello con un estoma, este proceso se conoce

como traqueotomía. Al eliminar por completo la laringe se extrae también el órgano fonatorio principal de comunicación del ser humano, las cuerdas vocales (*American Cancer Society*, 2017).

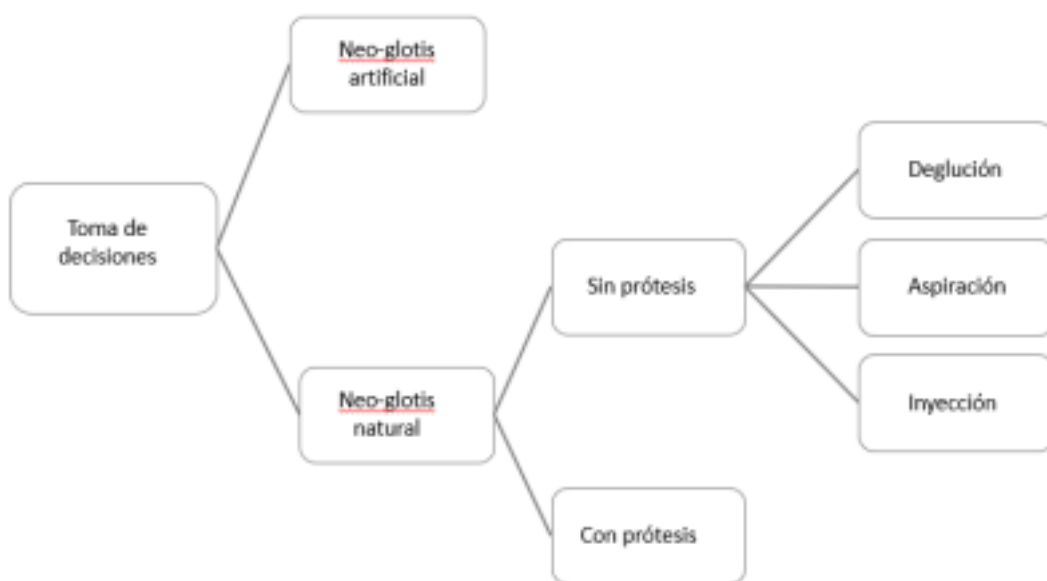
Una vez se ha realizado la laringectomía existen dos posibilidades que se le plantean al paciente, decantarse por una neoglottis artificial o una natural. En la neoglottis artificial o también conocido como voz artificial se utilizan dispositivos externos llamados electro laringes, generadores de sonidos que son acoplados directamente al tracto vocal (Bohnenkamp, 2010). Mientras en la neoglottis natural o voz esofágica se opta por utilizar las propiedades dinámicas de otros órganos para imitar la capacidad de generar sonido, como es la dinámica del esfínter cricofaríngeo (Sloane, 1991). Si el paciente opta por la voz esofágica podrá decidir entre utilizar una prótesis fonatoria mediante la cual el aire es inyectado de los pulmones o no recurrir a ella para proyectar el aire almacenado desde el esófago.



*Figura 3. Imagen de prótesis fonatoria en paciente laringectomizado*

En caso de optar por no utilizar prótesis fonatoria se podrá realizar este tipo de voz mediante 3 tipos distintos de técnicas (Fernández Baillo, R. ., 2011) ;

- La técnica de deglución, donde se introduce aire en el esófago mediante movimientos deglutorios.
- La técnica de aspiración, la cual consiste en llevar aire al esófago mediante movimientos de succión forzada.
- La técnica de inyección, por la cual se aprovecha la presión generada en la articulación de consonantes oclusivas para inyectar el aire.



*Figura 4. Proceso de toma de decisiones en pacientes laringectomizados totales*

Fernández-Baillo, (2011) señala que la elección fonatoria debería correr a cargo de un equipo multidisciplinar, el cual se pondrá de acuerdo con el paciente con el fin de adaptarse a sus necesidades. Asimismo, afirma que cada método fonatorio tiene sus ventajas y desventajas, como es el caso de la neoglotis artificial y la natural. Por ejemplo, la neoglotis artificial es considerada como el método más rápido y sencillo para recuperar el habla. No obstante a nivel de adaptación social por su característica voz electrónica puede provocar problemas de prosodia por la incapacidad de cambiar el tono, volumen u otras características propias del lenguaje. Mientras tanto, la neoglotis natural es un método mucho más complicado de adquirir y de dominar, Sin embargo, posee como ventajas la capacidad de

regular el aire y modificar aspectos de la prosodia, permitiendo así tener una voz con mayor identidad propia.

González, (1997) argumenta que la laringectomía total tiene un impacto significativo en aquellos que la experimentan, debido a las consecuencias que tanto la intervención como la enfermedad genera en ellos. Estas consecuencias no sólo surgen de la imagen corporal y la comunicación, sino que también tienen efectos emocionales, como el aumento de la ansiedad y la depresión. Estos niveles de ansiedad y depresión están relacionados con la pérdida de la voz y lo que ello implica: la sensación de vulnerabilidad, el miedo a una recaída, la pérdida de identidad y la incertidumbre en las interacciones comunicativas, entre otros aspectos. Estos desafíos se manifiestan a través de diferentes síntomas, como la irritabilidad, cambios en la actividad psicomotora, alteraciones en el pensamiento y la autoestima. Sin embargo, en aquellos pacientes que conservan su voz después de la operación en los casos de laringectomías parciales, estas alteraciones no se presentan con la misma intensidad.

El Logopeda juega un importante papel dentro del equipo multidisciplinar que interviene a las personas laringectomizadas, ya que estos son conocedores de la anatomía y fisiología de los órganos implicados en habla y deglución con el fin de aplicar los fundamentos fonéticos. Actualmente, no existe información sobre la existencia de un plan de intervención logopédico general y común enfocado a personas laringectomizadas en hospitales públicos españoles. El plan de intervención logopédico en personas laringectomizadas ideal planteado por Casado y Adrian (2004) en el Manual del Paciente Laringectomizado se encuentra dividido en dos momentos; pre-cirugía y post-cirugía. El momento pre-cirugía se trata de una etapa enfocada en otorgar información, donde aprovechando que el paciente mantiene preservada la voz, el logopeda explicará aspectos como los cambios anatómicos que sufrirá y sus repercusiones, los diferentes métodos de

producción de voz que existen con sus ventajas y inconvenientes, explicar en qué consistirán las sesiones logopédicas y responder a todas las posibles preguntas que puedan surgirle al paciente. El logopeda aprovechará esta toma de contacto para realizar una anamnesis con el fin de tantear sus habilidades comunicativas y descartar otras posibles dificultades del lenguaje que podrían complicar la intervención. En la etapa post-cirugía es conveniente antes de comenzar con el aprendizaje de la voz realizar una serie de ejercicios estimulatorios en la zona facial y cervical con el fin normalizar el tono muscular y restablecer la movilidad de los órganos bucofonatorios. Algunos de estos ejercicios son:

- Estimulación facial de los diferentes grupos musculares de la cara con un vibrador orofacial.
- Masoterapia.
- Realizar ejercicios suaves de tapping para estimular la sensibilidad y el tono.
- Estimulación de la cavidad bucal mediante cepillo convencional de manera cuidadosa.
- Intentar separar y unir los labios con un nivel de resistencia suave.
- Realizar ejercicios para fomentar la musculatura de la lengua mediante el uso de un depresor.

Una vez se ha fomentado el tono y la musculatura de los principales grupos musculares orofaciales se comenzará a trabajar la adquisición del sonido erigmfónico mediante una serie de pasos. En primer lugar se le dará importancia al control de la respiración para que el paciente sepa y controle los momentos de apnea. En segundo lugar se encuentra el control del soplo bucal, el cual se practica mediante ejercicios de emisiones de sonidos fricativos, pedorretas, etc. En el tercer paso el paciente adquiere la voz erigmfónica introduciendo aire en el esfínter y provocando que vibre al ser expulsado. Este último paso

citado puede ser practicado mediante ejercicios de deglución, aspiración o inyección (citado anteriormente en la figura 4).

Tras conseguir adquirir el sonido erigmofónico se comienza con los pasos para adquirir los sonidos del habla. En primer lugar deberemos fomentar la generación del sonido de forma voluntaria para sentar las bases al siguiente paso, donde convertiremos este sonido en habla mediante la implementación de fonemas aislados. Es recomendable empezar la adquisición de fonemas vocálicos para posteriormente continuar con las oclusivas de /t/, /p/ y /k/ en formato silábico. Una vez adquirido dichos fonemas se pasa a emisiones de dos sílabas en formatos; /V+V/, /V+VC/ y /CV+CV/. Cabe destacar que la tasa de éxito de adquisición aumentará cuanto más ejercicios prácticos se realicen. Una vez se pueda combinar más de dos sílabas se comenzarán a realizar emisiones de palabras completas, mediante ejercicios de lectura directa, ejercicios de lectura repetida, ampliación de frases, habla conversacional, etc (Casado y Adrian, 2004).

## **Objetivos**

### Objetivo general:

- Conocer el plan de intervención logopédico para pacientes laringectomizados en hospitales públicos.

### Objetivos específicos:

- Conocer la temporalidad del plan de intervención logopédica.
- Conocer si las sesiones se realizan de forma individual o grupal.
- Conocer si existe un plan de intervención compartido para todos los hospitales

públicos .

- Conocer los métodos logopédicos más usados para la rehabilitación.
- Conocer si existe flexibilidad de actuación en el protocolo de intervención para asistir a las sesiones logopédicas.
- Conocer la valoración personal que hacen los usuarios del plan de intervención.

### **Hipótesis**

La hipótesis de esta investigación es que no existe un protocolo de intervención logopédico común en los hospitales públicos españoles para los pacientes laringectomizados.

### **Método**

La metodología de esta investigación es de carácter mixto, es decir cualitativa y cuantitativa. Es cualitativa, porque se pretende obtener a partir de este estudio información de experiencias y percepciones de los pacientes laringectomizados en la intervención logopédica de la sanidad pública. Y es cuantitativa, porque se pretende obtener con este estudio datos medibles, como por ejemplo: cantidades de sesiones, porcentaje de hombres y mujeres, número de participantes en la sesiones, etc. Dentro del método cuantitativo encontramos el diseño experimental, el cual servirá para medir las variables de la investigación con el fin de corroborar o descartar la hipótesis citada anteriormente.

La muestra de esta investigación se basa en personas laringectomizadas totales de cualquier edad, género o raza que asistan o hayan asistido en algún momento de su vida a



sesiones logopédicas en cualquier centro público español con servicio logopedico para tratar dicha dificultad. Estos cuestionarios fueron enviados de forma telemática a asociaciones de personas laringectomizadas de toda España, conocidos laringectomizados, etc. El cuestionario fue cumplimentado por 33 personas, 8 mujeres y 25 hombres, con una variedad de 10 provincias y 28 centros sanitarios públicos distintos. El margen de edad comprendido se sitúa entre los 40 y los 81 años.

Para llevar a cabo la investigación, se ha decidido realizar un cuestionario (situado en el anexo) a través de la plataforma de cuestionarios de Google Forms. Aunque independientemente del requisito previo de haber asistido en algún momento a las sesiones logopédicas públicas, se ha desarrollado el cuestionario de tal forma que las personas que nunca hayan asistido puedan manifestar porque no lo han hecho.

Para conseguir dichos correos electrónicos se procedió a ponerse en contacto vía telefónica con más de 20 asociaciones españolas de pacientes laringectomizados. También se realizaron entrevistas con logopedas de centros públicos como son el hospital Virgen del Rocío, el hospital Virgen de la Macarena y el hospital de Valme para recabar posible información útil.

Al tratarse la muestra de personas avanzadas de edad se han tomado ciertas medidas con el fin de solventar posibles problemas al acceder al cuestionario como son:

- Eliminar requisitos de registro de correo electrónico, ya que para muchas personas puede resultar algo arduo y complicado tener que registrarse para poder cumplimentar el cuestionario. Así además le damos la posibilidad a las asociaciones de poder recoger en un mismo dispositivo varias respuestas.

- La posibilidad de enviar un documento con el cuestionario en formato pdf con el fin de imprimirlo y realizar las respuestas a mano. Una vez finalizado se digitalizarán y se añadirían junto con las respuestas recibidas telemáticamente.
- Como se citó anteriormente para conseguir una mayor representación de todas las personas laringectomizadas se planteó en el cuestionario la posibilidad de contestar sin la necesidad de haber asistido previamente al logopeda de la sanidad pública. Para ello se elaboró la siguiente pregunta al principio de la encuesta; ¿ha recibido atención logopédica en la sanidad pública?. A continuación la siguiente pregunta explica que en caso de responder “No” tendrán que responder únicamente esta última pregunta; ¿por qué no ha podido recibir tratamiento logopédico público?, el resto de personas podrá continuar con el cuestionario.

Se realizaron preguntas enfocadas en 3 categorías; de carácter demográfico, respecto a la intervención logopédica y sobre la valoración de la misma. En las preguntas de carácter demográfico se realizaron preguntas respecto a la edad, género, tiempo transcurrido desde la cirugía, población, centro sanitario público de preferencia, etc. Mientras en el apartado de intervención se realizaban preguntas como; ¿Las sesiones logopédicas son grupales o individuales?, ¿Existe un número prefijado de sesiones o la intervención es hasta que el logopeda lo estime?, ¿Cuánto duran las sesiones?, ¿Qué actividades recuerda hacer en las sesiones?, etc. Estas preguntas pueden ser respondidas en formatos de respuesta cerrada o en su defecto siempre existe la posibilidad de redactar su propia respuesta. Respecto al apartado de valoración se busca valorar la intervención en concordancia con lo visto en el apartado de intervención con preguntas como; ¿Cómo valoraría la cantidad de sesiones mensuales realizadas en los centros públicos?, ¿Bajo su criterio ha conseguido algún avance significativo con las sesiones logopédicas de la sanidad pública?, ¿Considera que deberían

haber más logopedas en la sanidad pública?, etc.

Además de realizar el cuestionario y entrevistarse con los logopedas en los centros públicos se asistió el día 3 de mayo a una reunión entre personas laringectomizadas y un logopeda voluntario en la asociación de pacientes laringectomizados de Huelva (APL Huelva), con el fin de visualizar de forma presencial como funcionan las asociaciones de pacientes laringectomizados y como el logopeda voluntario lleva a cabo la intervención con los mismos.

Una vez recopilada toda la información se procedió a trasladar las respuestas del cuestionario a una hoja de excel, para realizar un estadístico descriptivo y el estadístico inferencial, con el fin de organizar los datos a través de gráficos para presentar los resultados de manera ordenada y establecer cuál es la tendencia del grupo. En esta hoja se filtró la información válida teniendo en cuenta diversos factores como podrían ser; personas que realizaron varias veces la encuesta, personas que no entendieron bien el funcionamiento del cuestionario y lo cumplimentaron de forma errónea.

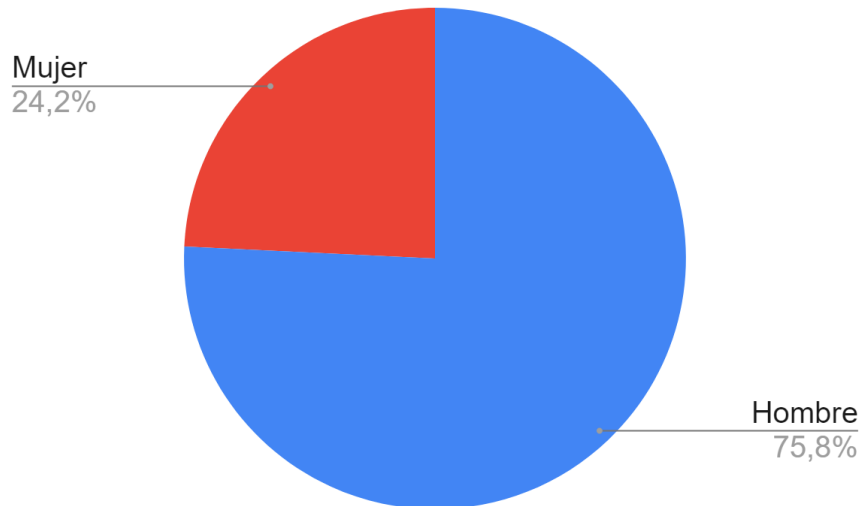
## **Resultados**

El cuestionario tras llegar a todas las asociaciones españolas de pacientes laringectomizados recibió 33 respuestas confirmadas entre las cuales podremos revelar los siguientes resultados:

### Resultados demográficos

En el apartado demográfico, se destacan varios resultados obtenidos. En primer lugar, se analizó el género de los participantes, observando que el 75,8% de ellos eran hombres, mientras que el 24,2% eran mujeres. Es interesante señalar que

esta proporción difiere de la incidencia de casos mencionada en la introducción, donde se reportó una mayor tasa de pacientes laringectomizados en hombres.

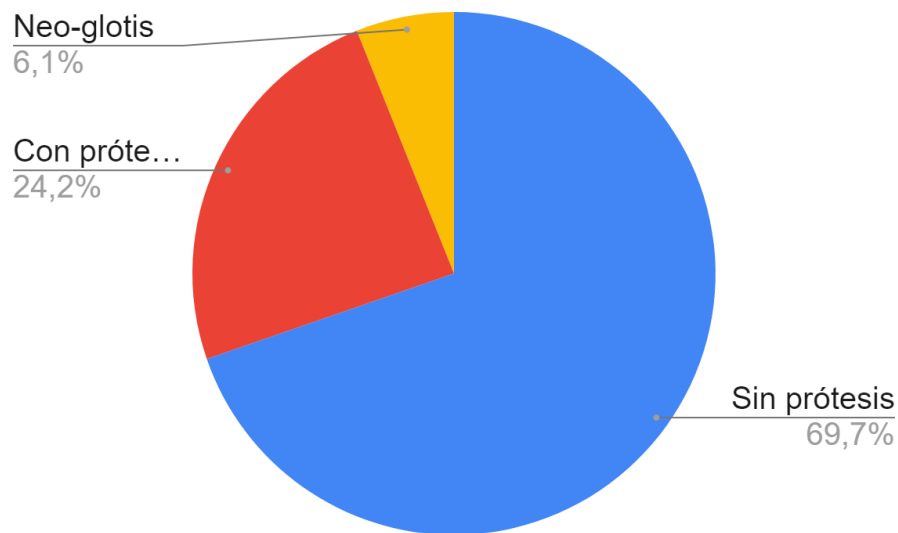


*Gráfico 1. Recuento de género de la muestra.*

En cuanto a los rangos de edad, se encontró que el grupo predominante estaba en el rango de 61 a 70 años, representando el 51,7% de los participantes. Le seguía de cerca el grupo de 51 a 60 años, con un 27,6%. Por otro lado, los grupos de edad considerados extremos mostraron la menor tasa de incidencia, con un 13,8% para el rango de 41 a 50 años y un 6,9% para el rango de 71 a 80 años.

Los resultados revelan una muestra demográficamente diversa en términos de la procedencia de los participantes. Se identificaron diversas ciudades de residencia, como Madrid, Salamanca, Alicante, Córdoba, Valencia, Huelva, Granada, Barcelona y Gran Canaria. Es relevante destacar que un alto porcentaje de respuestas provino de personas residentes en Madrid, representando casi el 35% del total de la muestra. Además, se recopiló información de un total de 28 centros hospitalarios públicos donde se atendió a la muestra de población examinada.

Un punto destacable es la predominancia del uso de la voz esofágica sin prótesis fonatoria, utilizada por el 69,7% de los participantes, en comparación con el 24,2% que emplea la voz esofágica con prótesis fonatoria y el 6,1% que utiliza una neoglotis artificial como método de evocación vocal.



*Gráfico 2. Recuento del método de evocación de la muestra.*

También es importante mencionar el tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica. Se observó un predominio en el grupo de personas que habían sido operadas hace más de 8 años, así como en aquellos que se habían sometido a la intervención hace 4-5 años. Los individuos que llevaban menos de 2 años intervenidos conformaban el grupo minoritario.

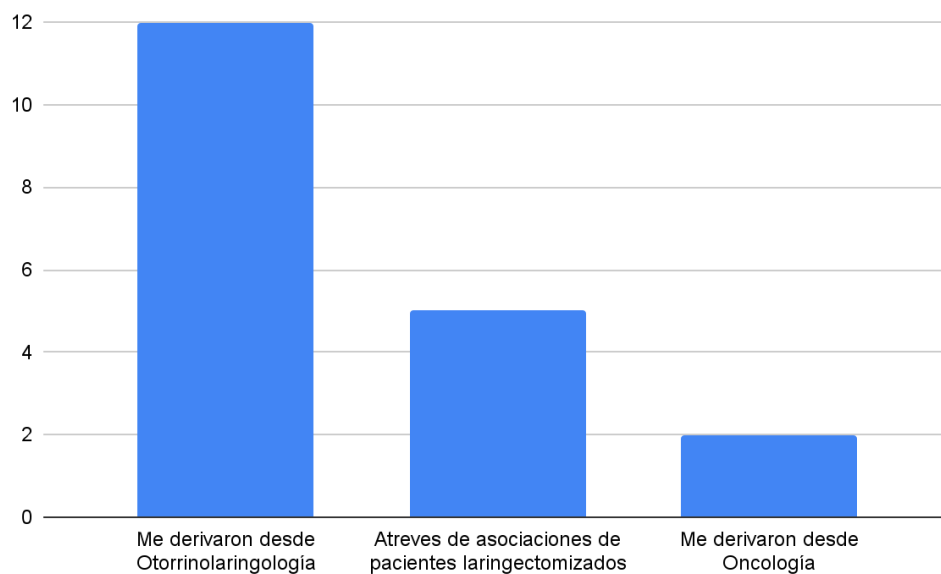
En cuanto a la atención logopédica, se encontró que el 57,6% de la muestra había recibido este tipo de atención en la sanidad pública, mientras que el 42,4% no había podido recibirla por diversos motivos. Entre las razones mencionadas se encuentran la falta de personal logopédico en los centros y la falta de información o

derivación a los servicios logopédicos.

### Resultados de Intervención

En relación al apartado de intervención, es relevante destacar diversos aspectos obtenidos a partir de los resultados. Comenzando por el momento de inicio de la terapia logopédica en la población de la muestra, se observa que el 90,5% de los participantes indica que la intervención logopédica en la sanidad pública comienza después de la intervención quirúrgica, mientras que un 9,5% afirma haber iniciado el tratamiento antes de someterse a la intervención.

En cuanto al método de derivación o conocimiento del papel del logopeda en la sanidad pública, se observa que el 63,2% de las personas fueron derivadas desde el área de otorrinolaringología, mientras que el 37,8% restante se divide entre aquellos derivados del área de oncología y los informados en asociaciones de personas laringectomizadas.



*Gráfico 3. Recuento de derivación o conocimiento del área de logopedia en centros públicos de la muestra*

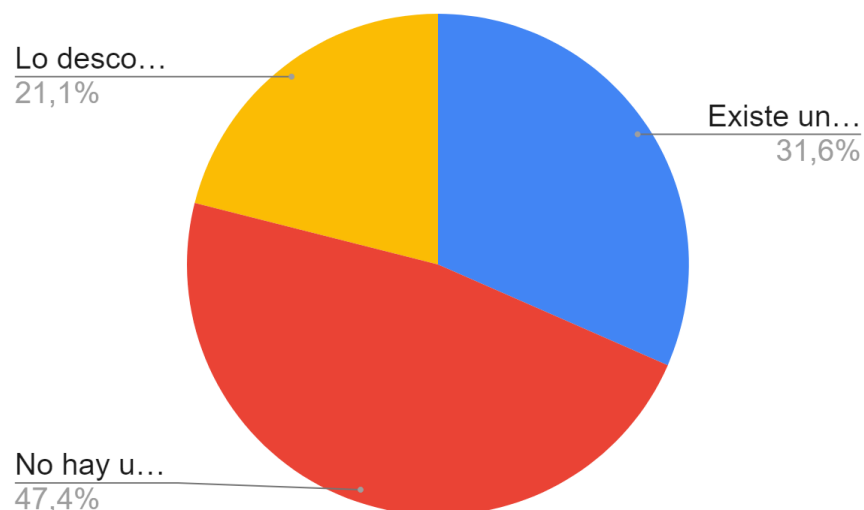
En cuanto a la cantidad de personas que asisten a una misma sesión logopédica, podemos destacar una clara predominancia de sesiones grupales en los centros hospitalarios públicos. Mientras, las sesiones individuales ocupan el segundo lugar en preferencia. Cabe mencionar que ningún encuestado seleccionó la opción de sesiones mixtas.

En relación a la cantidad mensual de sesiones logopédicas, se observa un gran espectro de respuestas. El 36,8% de la muestra indica tener o haber tenido 4 sesiones al mes, mientras que el 21,1% afirmó tener 1 sesión mensual. Por último, un 15,8% de la muestra afirmó tener 2 sesiones o menos, y un 10,5% optó por 5 o más sesiones de forma mensual.

En cuanto a las facilidades para realizar las sesiones como son sesiones

onlines, sesiones en domicilio, elección de centro, etc. El 84,2% de los participantes afirmó no haber recibido ningún tipo de facilidad, mientras que el 15,8% restante mencionó haber tenido facilidades como sesiones online, sesiones a domicilio y elección del centro de preferencia.

Respecto a la existencia de un número prefijado de sesiones de intervención, el 47,4% de los participantes afirmó que no hay un número de sesiones predefinidas. Mientras que el 31,6% señala que el número de sesiones se determina desde un principio, y el 21,1% desconoce esta información.



*Gráfico 4. Recuento de la existencia de un número prefijado de sesiones.*

En cuanto a la duración de las sesiones logopédicas podemos observar que las sesiones de 30 minutos y 45 minutos representan ambos un 31,6% de la muestra encuestada. Justo después con un 26,3% tenemos las sesiones de una hora como tercera opción más elegida. Mientras como opciones menos elegidas nos encontramos



a las sesiones de 1 hora y media y más de 2 horas con un 5,3% cada una de la muestra total.

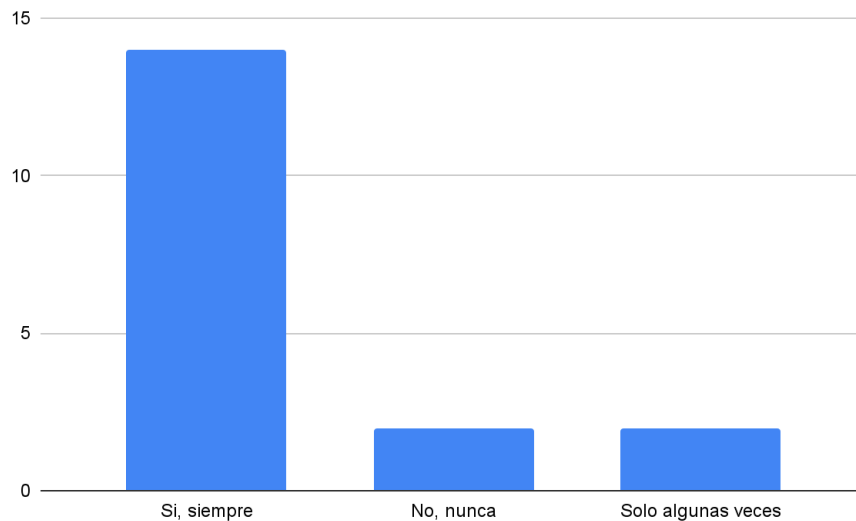
En relación al seguimiento a largo plazo, el 36,8% de los participantes indica que no se lleva a cabo ningún tipo de seguimiento. Un 26,3% menciona que el seguimiento se realiza cada 6 meses, un 5,3% cada año, y un 31,6% desconoce esta información.

En cuanto a la participación en la elección del método de fonación, el 26,3% de la muestra tuvo la oportunidad de decidir, mientras que el 73,7% no dispuso de esa opción.

En relación a la información proporcionada sobre las ventajas e inconvenientes del uso de la voz artificial frente a la voz natural, el 52,6% de la muestra afirma haber recibido esta información, mientras que el 47,4% no la recibió.

En cuanto a la posibilidad de conocer diferentes métodos de evocación fonética, el 20% de los participantes menciona haber tenido esa oportunidad, mientras que el 80% no la tuvo.

En relación a las pautas o material proporcionado por el logopeda para realizar en casa, el 77,8% de los participantes afirma haber recibido siempre este tipo de apoyo, mientras que el 22,2% menciona no haberlo recibido o solo haberlo recibido en algunas ocasiones.



*Gráfico 5. Recuento de facilitación de material o pautas por parte del logopeda.*

En cuanto a la necesidad de recurrir a un logopeda privado, el 66,7% de la muestra indica no haber tenido que hacerlo, mientras que el 33,3% menciona haber tenido que recurrir a este servicio. Entre los motivos más recurrentes para no acudir al servicio privado se encuentran los problemas económicos, el desconocimiento y la suficiencia de las sesiones proporcionadas por la sanidad pública.

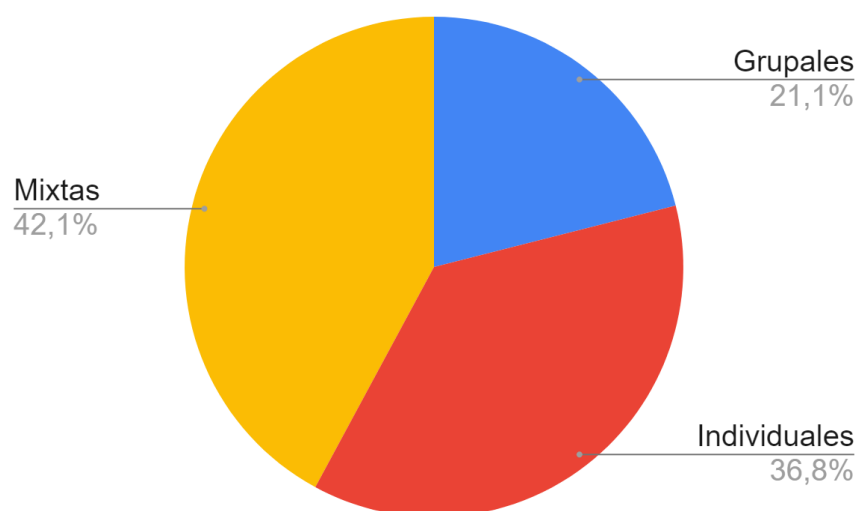
### Resultados de Valoración

En cuanto al procedimiento para acceder al plan de intervención logopédica de la sanidad pública, la gran mayoría de la muestra, un 94,7%, considera que fue un proceso sencillo. Sin embargo, un pequeño porcentaje del 5,3% argumentó que no fue un proceso

fácil.

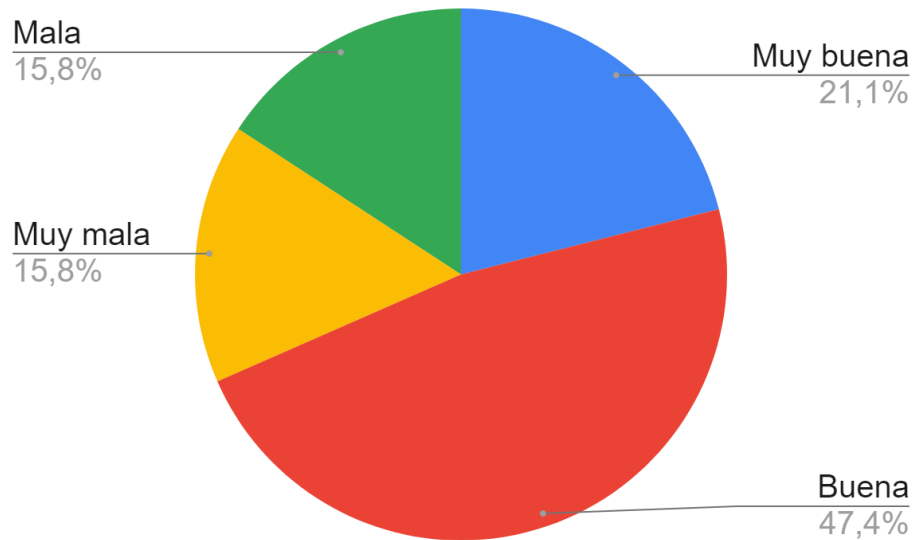
En cuanto a la cantidad de sesiones mensuales, el 57,9% de la muestra considera que son insuficientes, mientras que el 42,1% afirma que son suficientes.

Respecto a la preferencia de sesiones, el 42,1% de la muestra prefiere sesiones mixtas, el 21,1% opta por sesiones grupales y el 36,8% prefiere sesiones individuales.



*Gráfico 6. Recuento de encuestados según la preferencia del tamaño de las sesiones.*

En relación a la valoración general de la intervención logopédica en la sanidad pública, el 47,4% de la muestra la considera buena, el 21,1% la califica como muy buena, el 15,8% la considera mala y el 15,8% la evalúa como muy mala.



*Gráfico 7. Recuento de valoración personal de la intervención logopédica en la sanidad pública.*

Al preguntar si han experimentado algún avance significativo con las sesiones logopédicas de la sanidad pública, el 68,4% de los participantes respondió afirmativamente, mientras que el 31,6% respondió negativamente.

En cuanto a la necesidad de más logopedas en la sanidad pública, el 100% de la muestra considera que debería haber un aumento en el número de profesionales logopedas.

Los encuestados también proporcionaron información complementaria, donde se destacan aspectos como la desinformación sobre los resultados vocales después de la operación, la falta de personal logopédico, la necesidad de sesiones previas a la intervención, la solicitud de más encuentros por semana, mayor accesibilidad para recibir la asistencia, la

demanda de recibir terapias con la presencia conjunta de fisioterapeutas y logopedas, así como la necesidad de más información sobre los distintos métodos.

## **Discusión**

Los resultados arrojados en el apartado demográfico nos aportan una gran información en cuanto a la muestra recogida, la cual coincide con los datos aportados por la Red Española de Registros de Cáncer en 2023. El grupo masculino arrojó una incidencia de 75,8%, un resultado muy próximo a los análisis de Redecan en los cuales se afirma una incidencia del 83,3%. Mientras, el género femenino en nuestra muestra ,constaría sólo un 24,2%, un valor muy próximo al 16,7% planteado en la bibliografía. Esto dejaría una diferencia de 7,5% entre la biografía y la muestra recogida favoreciendo la incidencia hacia el género femenino. También se observa una similitud con la biografía en los márgenes de edad, donde a partir de los 65 la incidencia asciende a un 49,9%. Dicho valor se encuentra a un escaso 1,8% de igualar el 51,7% de personas mayores de 61 años laringectomizados.

En relación al método de evocación vocal, los resultados sugieren una preferencia por los métodos más naturales y menos invasivos, como la voz esofágica sin prótesis fonatoria. Además cabe destacar los resultados adquiridos sobre la atención logopédica, donde se observa uno de los primeros problemas con una tasa del 42,4% de personas que no han asistido nunca al logopeda de la sanidad pública. Esta información contrasta con lo recabado en las entrevistas con los presidentes de las asociaciones de pacientes laringectomizados, donde afirmaban que un gran número de los miembros nunca fueron atendidos por un logopeda público. Entre los muchos motivos que afirmaban los pacientes destaca por su gran

repetición la imposibilidad de asistir al logopeda de la sanidad pública porque su centro no posee del mismo o nunca se les informó de este servicio.

En resumen, se observa una predominancia del género masculino, una mayor representación en los grupos de edad intermedios, una alta participación de residentes en Madrid y una clara preferencia por la voz esofágica sin prótesis fonatoria como método de evocación vocal. Estos hallazgos son relevantes para comprender las características demográficas de la muestra y pueden tener implicaciones en el diseño de intervención y programas de rehabilitación vocal.

A continuación discutiremos el momento de intervención, ya que únicamente el 9,5% de la muestra afirmó recibir asistencia logopédica antes de realizarse la laringectomía. Con la información recopilada del Manual del Laringectomizado, las necesidades de los usuarios recabadas y la información conseguida al contactar con varias logopedas de la sanidad pública, podemos señalar que comenzar la terapia antes de someterse a la intervención quirúrgica puede resultar muy beneficioso. Dicho beneficio consistirá en ayudar al paciente a comprender que podrá volver a comunicarse mediante las sesiones logopédicas, generando así un precedente de conocimiento en el usuario ante su nuevo estilo de vida. Son muy pocos los centros públicos donde el logopeda tiene una primera sesión con el paciente antes de ser operado, pero el protocolo se encuentra muy estandarizado en los que sí tienen esta posibilidad, como es el caso del Hospital Universitario de La Laguna. En dicho centro público la unidad de oncología antes de realizar la intervención, deriva al paciente a la unidad logopédica, donde se tiene una reunión logopeda-paciente con el fin de poder preguntar todas las dudas e inquietudes acerca de la nueva forma de comunicarse que tendrá tras la

intervención. Cabe destacar el factor de recibir facilidades adicionales para asistir a las sesiones, donde la mayoría argumentó no recibir ningún tipo de ayuda, mientras que solo un pequeño grupo minoritario si lo recibió mediante sesiones online, sesiones en el domicilio o elección de centros de preferencias. Dichas facilidades podrían derribar algunas barreras que implicarían la imposibilidad de asistir a las sesiones logopédicas en los centros públicos.

Otro resultado muy relevante para la investigación es la duración de las sesiones logopédicas, donde se destaca una clara predominancia de aquellas que mantienen una duración de 30-45 minutos. Dicho tiempo cuadra con el tiempo empleado por la mayoría de logopedas del ámbito privado para cada uno de los pacientes.

En relación a la existencia de un número prefijado de sesiones, se observa que casi la mitad de los participantes (47,4%) afirma que no hay un número de sesiones predefinidas. Esto sugiere que la duración y la finalización del tratamiento logopédico pueden variar de un paciente a otro, adaptándose a las necesidades individuales y a la evolución de cada caso.

Con toda esta cantidad de variedad de respuestas en cuanto a como son las sesiones de intervención logopédica en la sanidad pública y la imposibilidad de encontrar información al respecto, podemos afirmar que no existe ningún tipo de plan de intervención común para los centros públicos españoles. Aunque esto no implica que la eficacia de los mismos no sea positiva, si no que según los usuarios encuestados será todo lo contrario como se mostrara más adelante

En el análisis de los datos de valoración, se observa que la gran mayoría de los participantes (94,7%) considera que el proceso para acceder al plan de intervención logopédica en la sanidad pública fue sencillo. Este dato es relevante, ya que indica que la mayoría de los pacientes no enfrentaron dificultades significativas al iniciar el tratamiento logopédico. Sin embargo, es importante tener en cuenta el pequeño porcentaje (5,3%) que consideró que el proceso no fue fácil. Estos casos individuales pueden requerir una atención especial para identificar y abordar las posibles barreras o dificultades en el acceso a la intervención logopédica.

En cuanto a la cantidad de sesiones mensuales, se observa que el 57,9% de los participantes considera que son insuficientes. Este resultado es relevante, ya que sugiere que una parte significativa de la muestra siente que el número actual de sesiones no es adecuado para abordar sus necesidades logopédicas. Mientras, en relación a la preferencia de sesiones, se destaca que el 42,1% de la muestra prefiere sesiones mixtas, mientras que el 21,1% opta por sesiones grupales y el 36,8% prefiere sesiones individuales. Este dato es relevante, ya que refleja la diversidad de preferencias y necesidades de los pacientes en términos de dinámicas de grupo y atención individualizada.

En cuanto a la valoración general de la intervención logopédica en la sanidad pública, se observa que el 68,4% de los participantes ha experimentado algún avance significativo con las sesiones logopédicas, mientras que el 31,6% no ha experimentado avances significativos. Este resultado refleja que la gran mayoría de pacientes le han resultado muy enriquecedoras, un resultado bastante sorprendente si tenemos en cuenta que las sesiones tienen una baja frecuencia y disponen de muy poco tiempo en las mismas. Mientras en el otro extremo



podemos ver a una minoría de pacientes a los que el plan de intervención logopédico no les ha servido o que por otras dificultades no han podido avanzar en las sesiones.

## **Conclusión**

Con todo lo expuesto a lo largo de esta investigación podemos destacar una serie de factores muy importantes, como es entre ellos la inexistencia de un plan de intervención logopédico común en los hospitales públicos. En primer lugar la gran profesionalidad de los logopedas de la sanidad pública, los cuales en unas pocas sesiones mensuales de entre unos 30-45 minutos pueden conseguir que un gran número de pacientes laringectomizados puedan conseguir avances significativos mediante la constancia, las actividades y las pautas otorgadas por dichos profesionales. Además, consiguiendo unas valoraciones muy positivas de la mayoría de pacientes que pueden asistir a unas sesiones tan importantes y relevantes como estas. Pero como es evidente este avance no solo es significativo por la profesionalidad del logopeda, si no por la perseverancia y constancia de aquellos pacientes laringectomizados que están dispuestos a enfrentarse a un desafío tan complejo como es aprender a utilizar un nuevo método fonatorio.

En segundo lugar estaría la parte “negativa” de la investigación, la cual implicaría a todas aquellas personas que no han podido asistir a un logopeda de la sanidad pública. Muchas de estas personas nunca llegan a asistir a las sesiones por no existir logopedas en su centro u por no ser derivado de forma correcta. Además cabe destacar las largas colas que presentan los servicios logopédicos al estar compuestos por muy pocos profesionales, alargando así a colas de varios meses para personas catalogadas como preferentes. Esto

provoca que una persona que se acaba de quedar sin una herramienta tan preciada para el ser humano como es la capacidad de comunicarse, tenga que verse obligado; a esperar una gran cantidad de tiempo ante una situación de incomunicación social tan grave hasta poder empezar con el plan de intervención logopédica, a recurrir a un logopeda privado o en caso de no poder permitirse un logopeda privado, recurrir únicamente a las asociaciones de pacientes laringectomizados. Aunque existan estas tres posibilidades la realidad es que muchos de los pacientes se apoyan en dichas asociaciones, las cuales cuentan con miembros muy dispuestos a ayudar y en muchos casos a logopedas voluntarios que realizan sesiones grupales una vez a la semana. Además, están aquellas personas que han podido asistir a las sesiones logopédicas pero no han podido alcanzar avances significativos, probablemente debido a una inadaptación del paciente al plan de intervención planteado, algo que seguramente no ocurriría si existiera un plan de intervención común creado a partir de centros hospitalarios donde sí han tenido éxitos otros planes de intervención. Durante la investigación y elaboración de dicho trabajo, se conoció más a fondo la labor de las asociaciones y sus miembros, donde conocimos a una logopeda voluntaria perteneciente a la empresa Atos (desarrolladora de prótesis fonatorias), que acude 1 vez a la semana a la asociación de pacientes laringectomizados de Huelva. Pudimos aprender de primera mano a realizar el mantenimiento de la limpieza del estoma, así mismo estuvimos como observadores junto a los familiares de los usuarios, y conocimos la forma de trabajo. Se dividían en dos grupos, el primer grupo se encuentra trabajando del sonido erigimofónico un nivel más básico. Por ejemplo el caso de una señora de 83 años que llevaba 50 años comunicándose solo mediante susurros o lectura de labios. El segundo grupo, trabajaba la adquisición del sonido del habla, los usuarios mantenían conversaciones normales. Las sesiones duraron en torno a una hora y media.

Otro dato interesante tras haber observado la importancia de las asociaciones de

personas laringectomizadas, es la gran cantidad de asociaciones que cerraron sus puertas para siempre en la etapa del Covid. Durante el proceso en el que se tuvo que poner en contacto con las asociaciones nos sorprendió la gran cantidad de personas que contestaban y afirmaban ser los antiguos presidentes de asociaciones que desafortunadamente tuvieron que clausurarse, como es el caso de las asociaciones de pacientes laringectomizados de Canarias. Un cierre, que al sumarle la sobrecarga del sistema sanitario, supone quedarse sin ningún tipo de apoyo para sobrellevar este nuevo desafío al que se enfrentan

### **Referencias Bibliográficas**

American Cancer Society (2017). Cirugía para los cáncer de laringe e hipofaringe. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-laringe-e-hipofaringe/tratamiento/cirugia.html>

Bohnenkamp, T. A., Stowell, T., Hesse, J., y Wright, S. (2010). Speech breathing in speakers who use an electrolarynx. *Journal Communication Disorders*, 43, 199-211.

Casado Morente, J.C., Adrian Torres, J.A. (2004). Manual del Laringectomizado. Ediciones Aljibe

Fernández Baillo, R. , (2011). Revisión de los modelos de producción de voz después de una laringectomía total: opciones de calidad de voz. *Revista de Investigación en Logopedia*, 1(2), 130-145. <https://doi.org/10.5209/rlog.58712>

García-Araque, H. F., y Gutiérrez-Vidal, S.E. , (2015) *Revista Mexicana De Anestesiología*, Vol. 38. No. 2 pp 98-107

González Martínez, M.T., (1997) *Trastornos psicológicos en sujetos con cáncer de laringe: Ansiedad antes de la laringectomía. Ansiedad y depresión después de la laringectomía*. [Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca]

Ledo, A y Alfonso, E. (2018). Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con cáncer laríngeo. *Revista Cubana de Medicina Militar*, Vol.47, No.3, pp. 276-283

Rizzi, M. , (2005). Historia de la laringectomía total: Sus comienzos en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 21(1), 4-14.

Redecan (2023). Estimaciones de la Incidencia del Cáncer en España <https://redecan.org/storage/documents/02d62122-9adb-4d35-b6d0-551435dbe4ae.pdf>

Sloane, P. M., Griffin, J.M., y O'Dwyer, T. P. (1991). Esophageal insufflation and

videofluoroscopy for evaluation of esophageal speech in laryngectomy patients: Clinical implications. *Radiology*, 181, 433-437.

Steuer, C.E. , El-Deiry, M. , Parks, J.R. , Higgins, K.A. , Saba, N.F. , (2017) An update on larynx cancer. *National Library of Medicine*, 67 , 31–50.

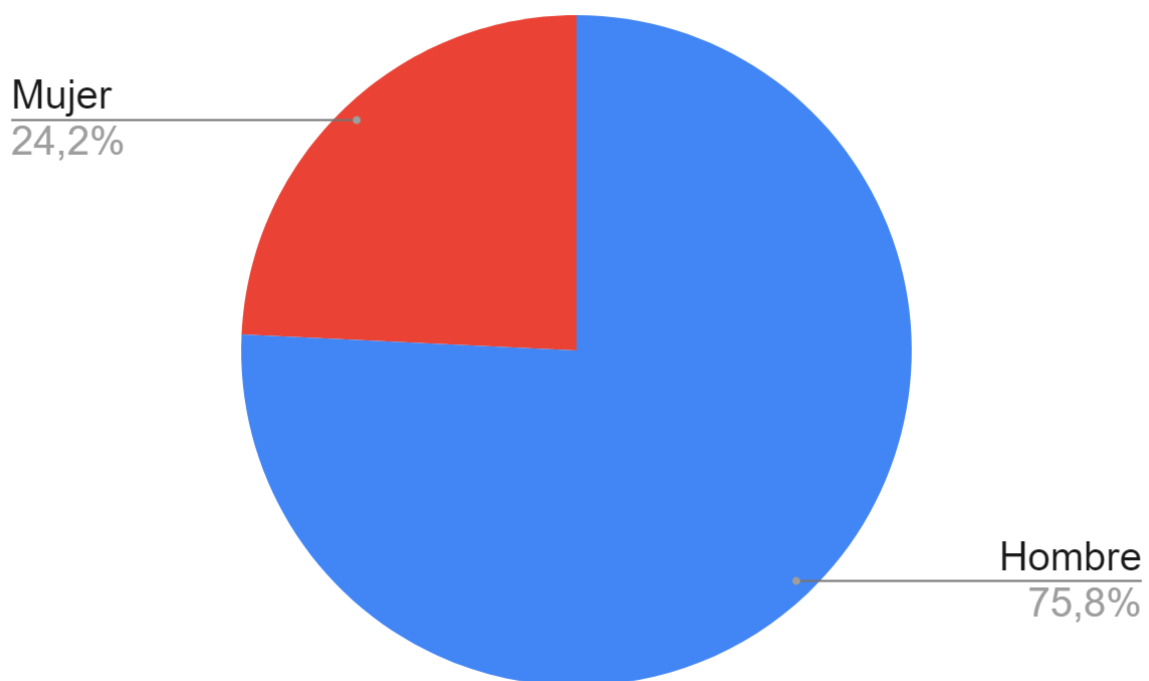
## Anexo

Cuestionario para pacientes laringectomizados: <https://forms.gle/ndPbdCcPy11t6X1M6>

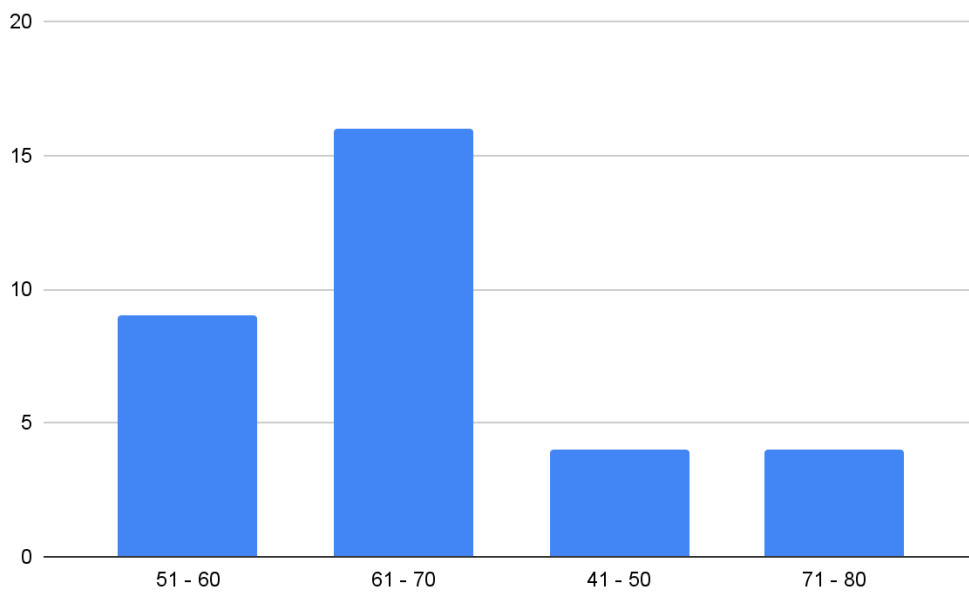
Datos en formato Excel:

[https://docs.google.com/spreadsheets/d/1BaCbqdQCDBrS\\_ynncUxwnAUiaPGlCRQwhkSIq](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1BaCbqdQCDBrS_ynncUxwnAUiaPGlCRQwhkSIqBzXh18/edit?usp=sharing)

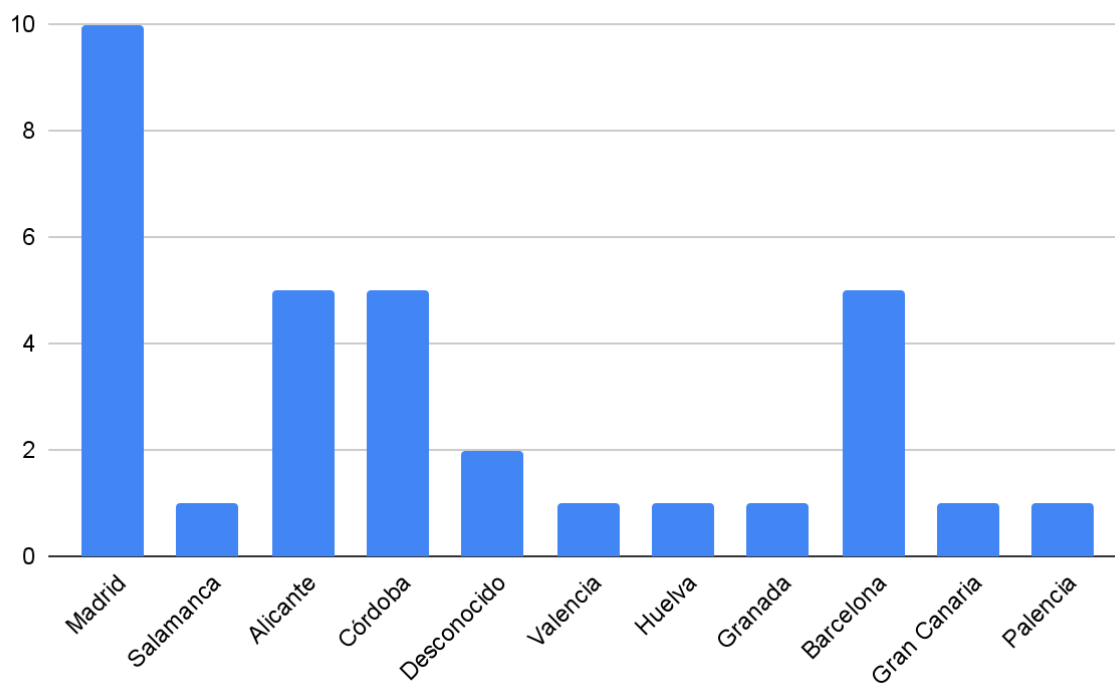
[BzXh18/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1BaCbqdQCDBrS_ynncUxwnAUiaPGlCRQwhkSIqBzXh18/edit?usp=sharing)



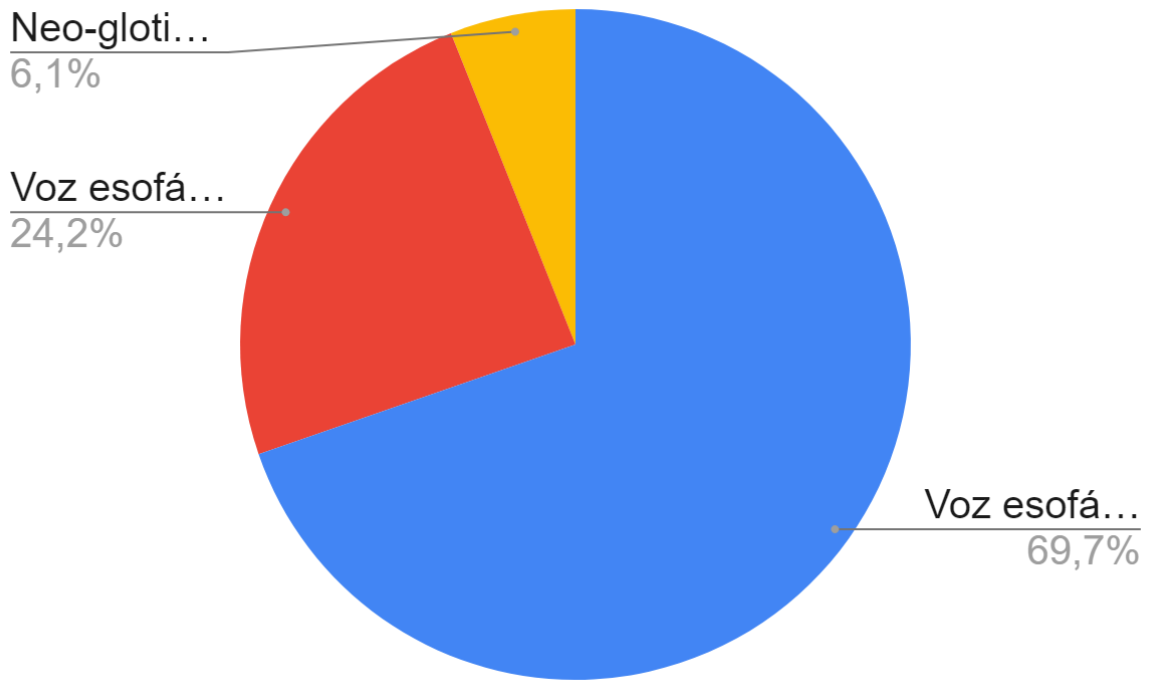
*Recuento de género de la muestra.*



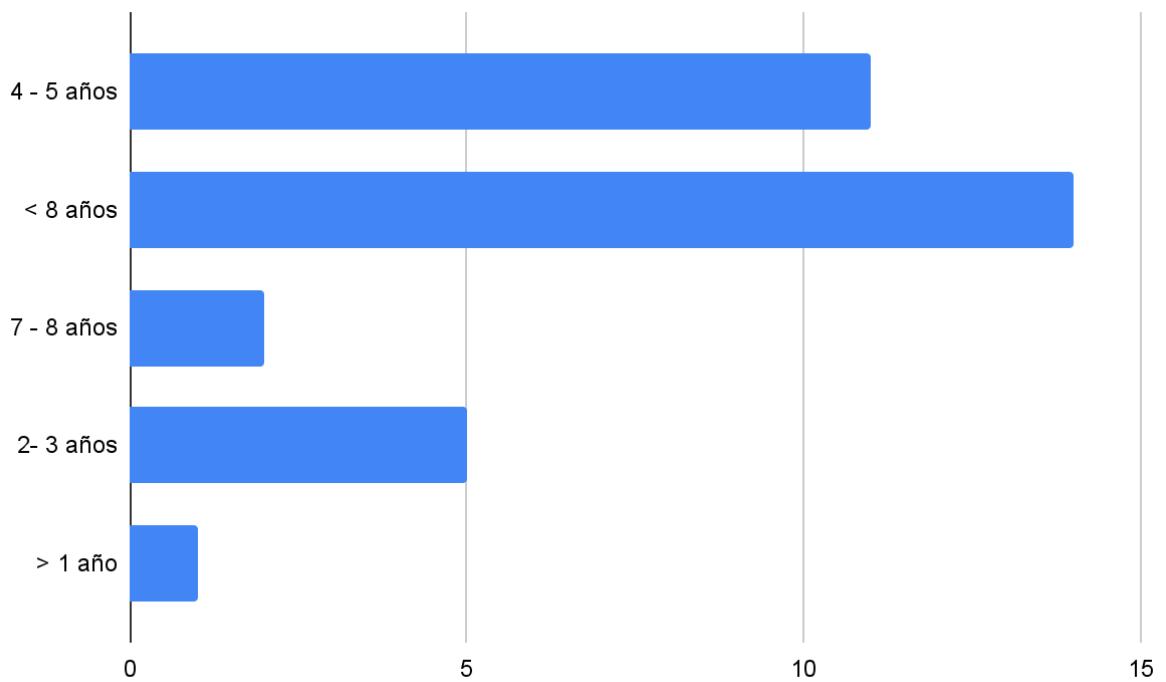
*Recuento de edad de la muestra.*



*Recuento de población de residencia de la muestra.*

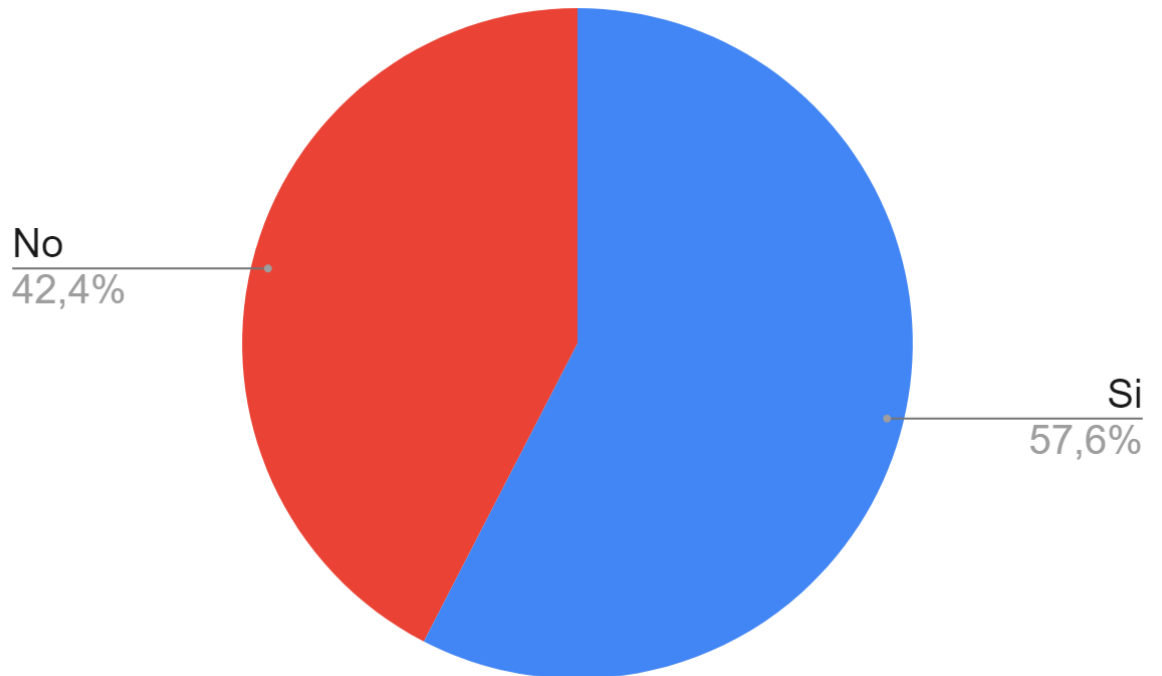


*Recuento del método de evocación de la muestra.*

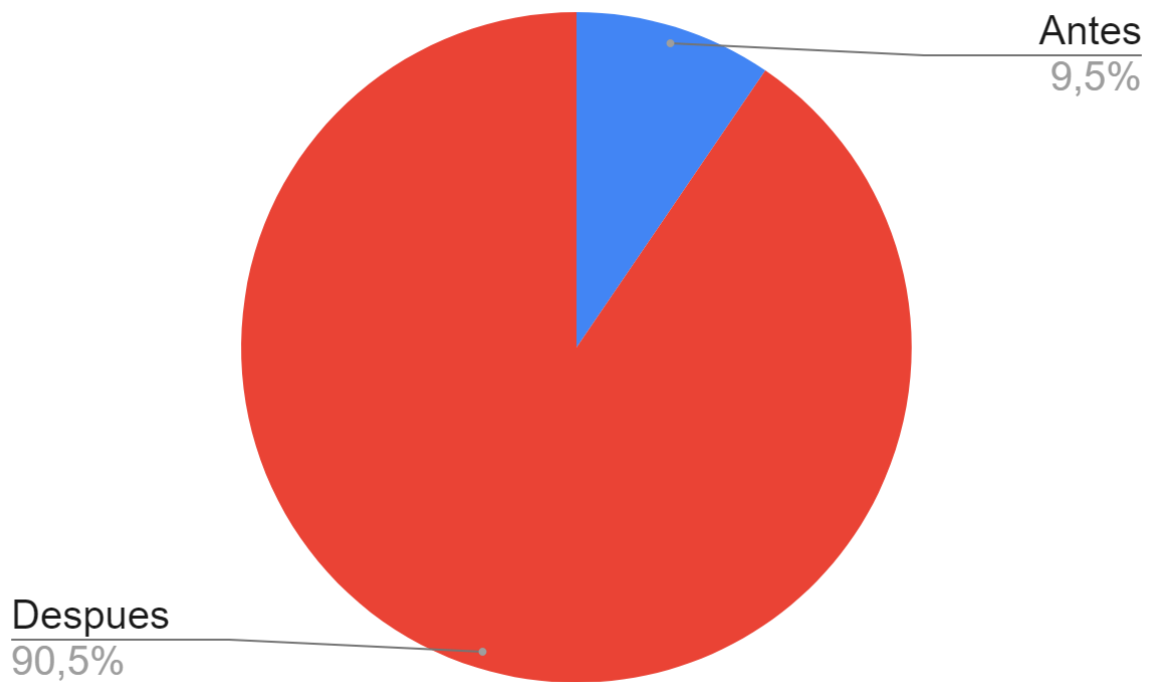




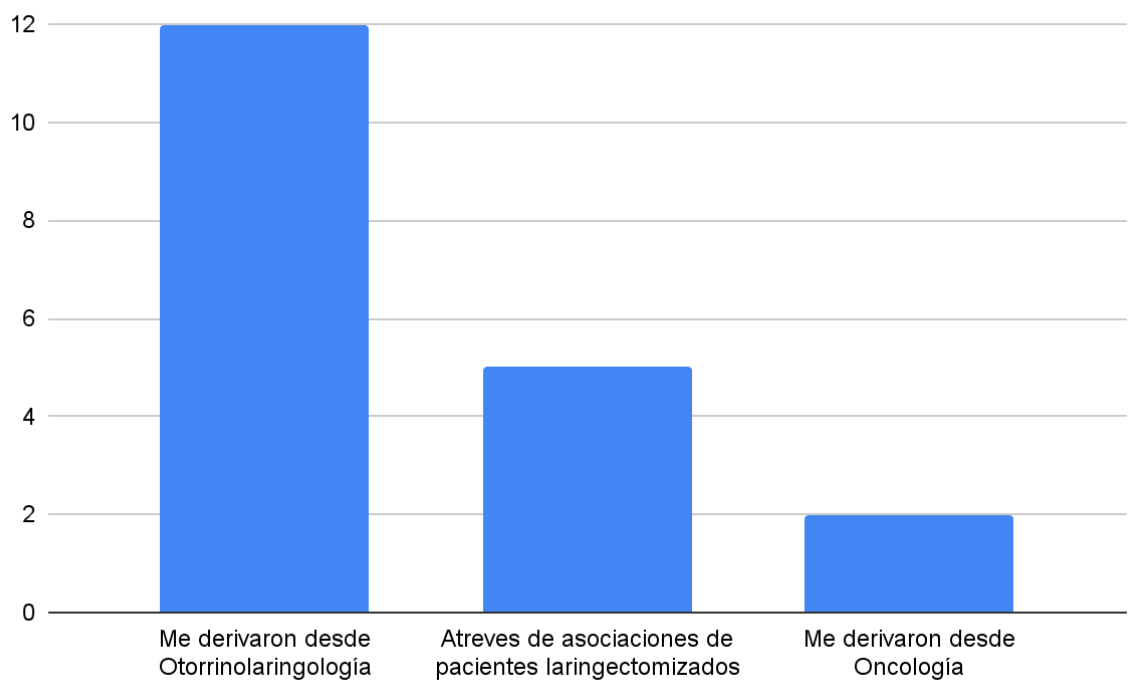
*Recuento de tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica de la muestra*



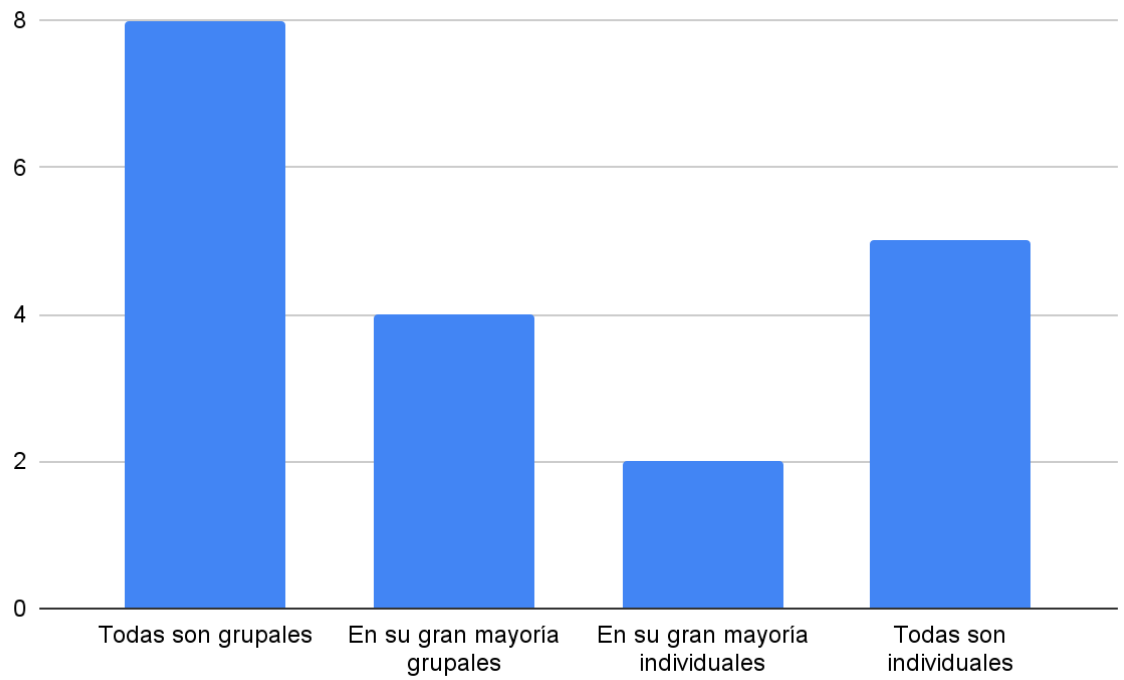
*Recuento de asistencia al personal logopedia de la sanidad pública de la muestra*



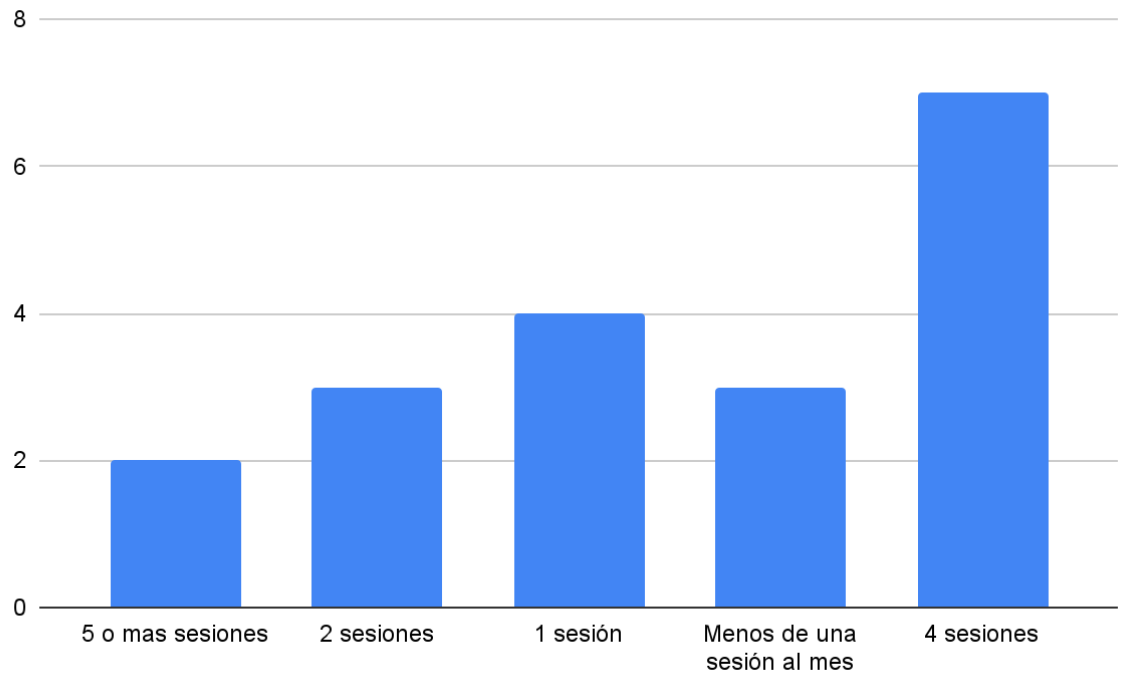
*Recuento del momento de inicio de la intervención logopédica en la muestra.*



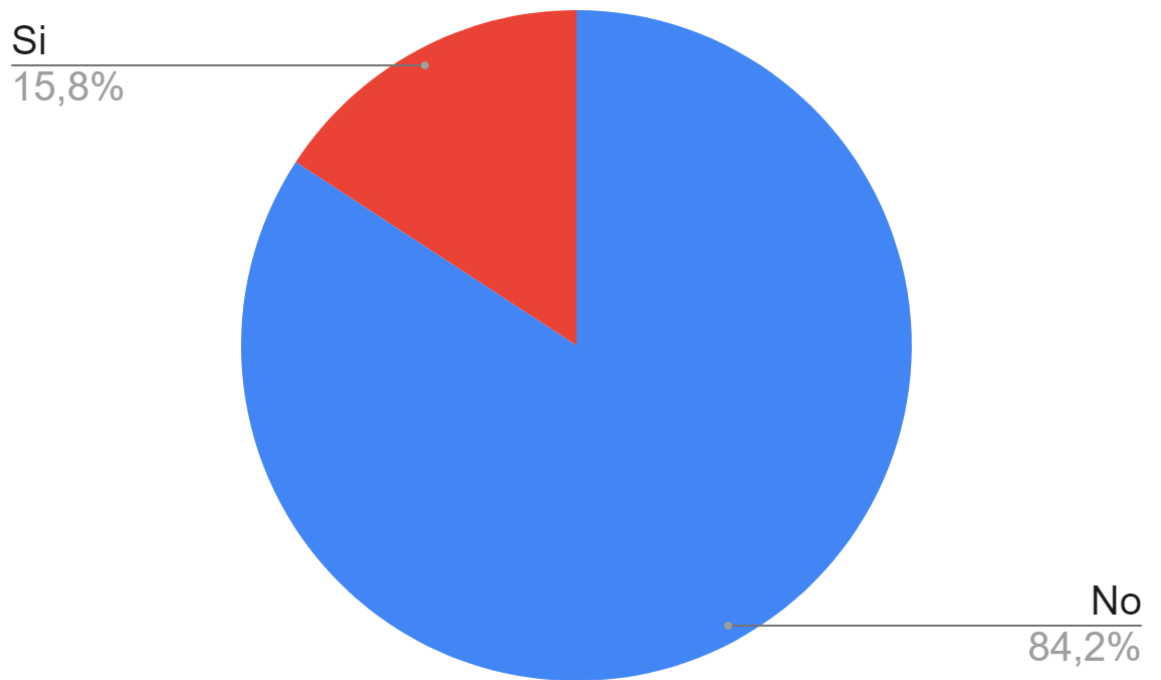
*Recuento de derivación o conocimiento del área de logopedia en centros públicos de la muestra*



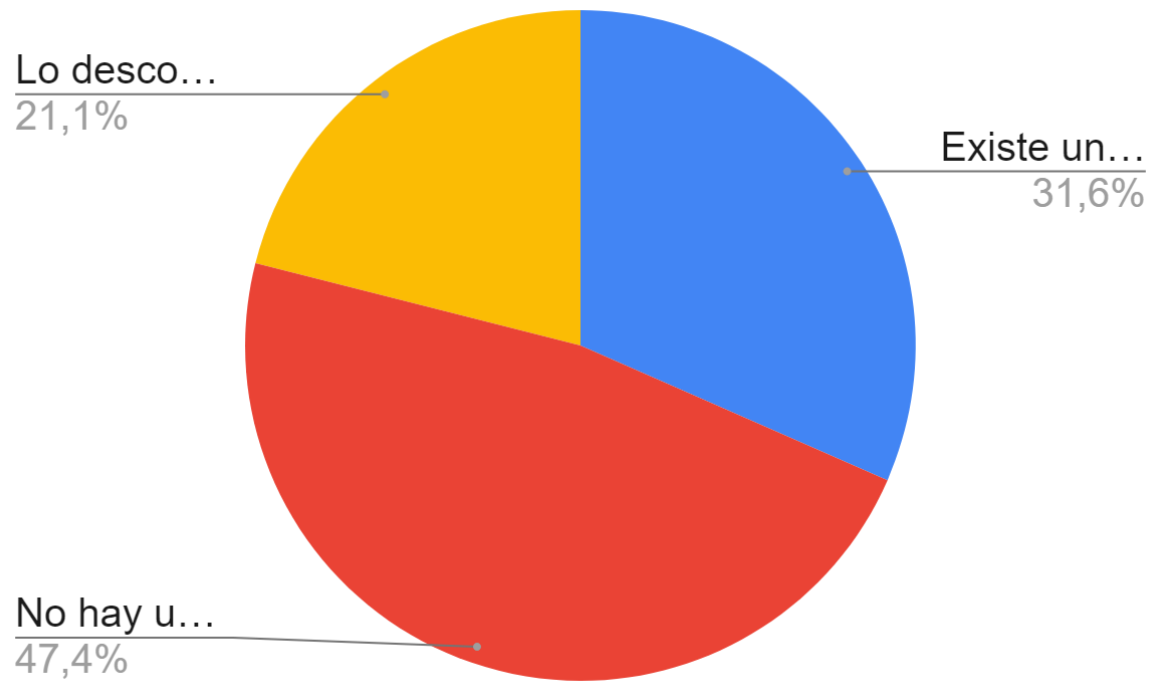
*Recuento de sesiones grupales o individuales de la muestra.*



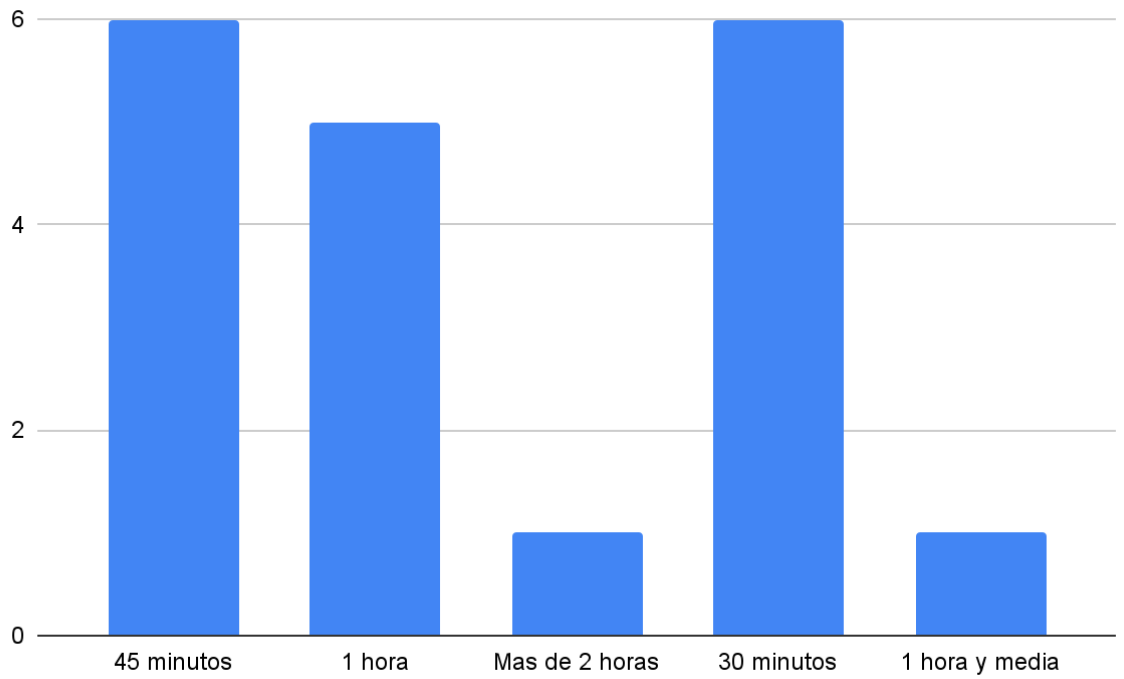
*Recuento de sesiones mensuales de la muestra.*



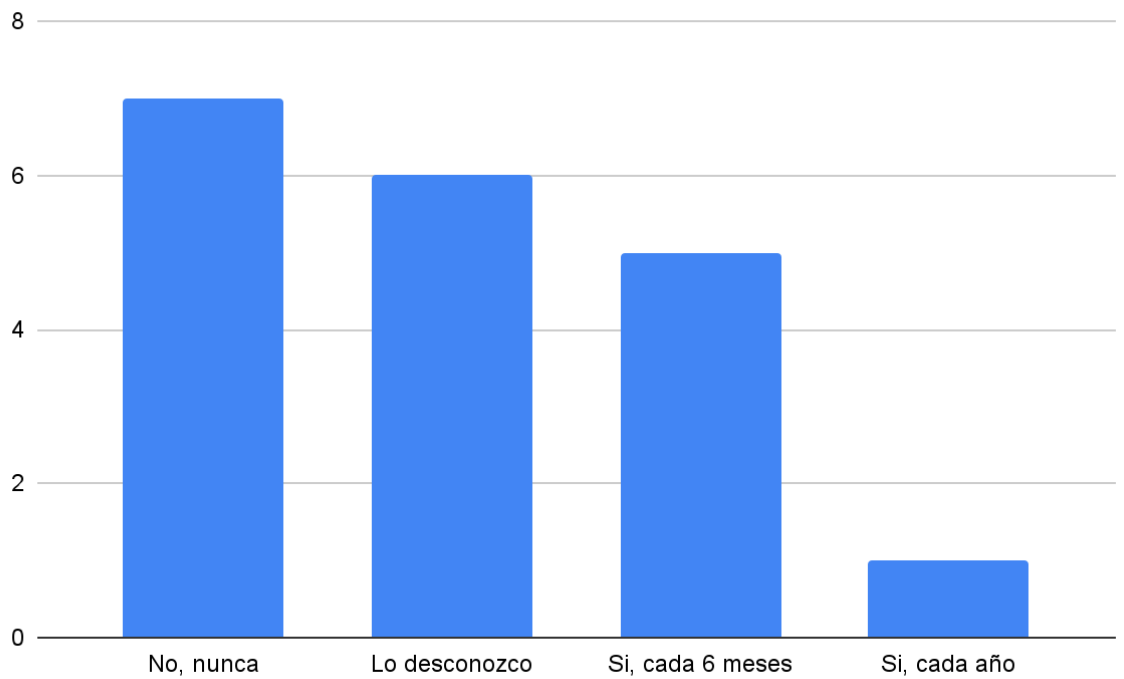
*Recuento de facilidades aportadas por la sanidad pública para asistir a las sesiones logopédicas.*



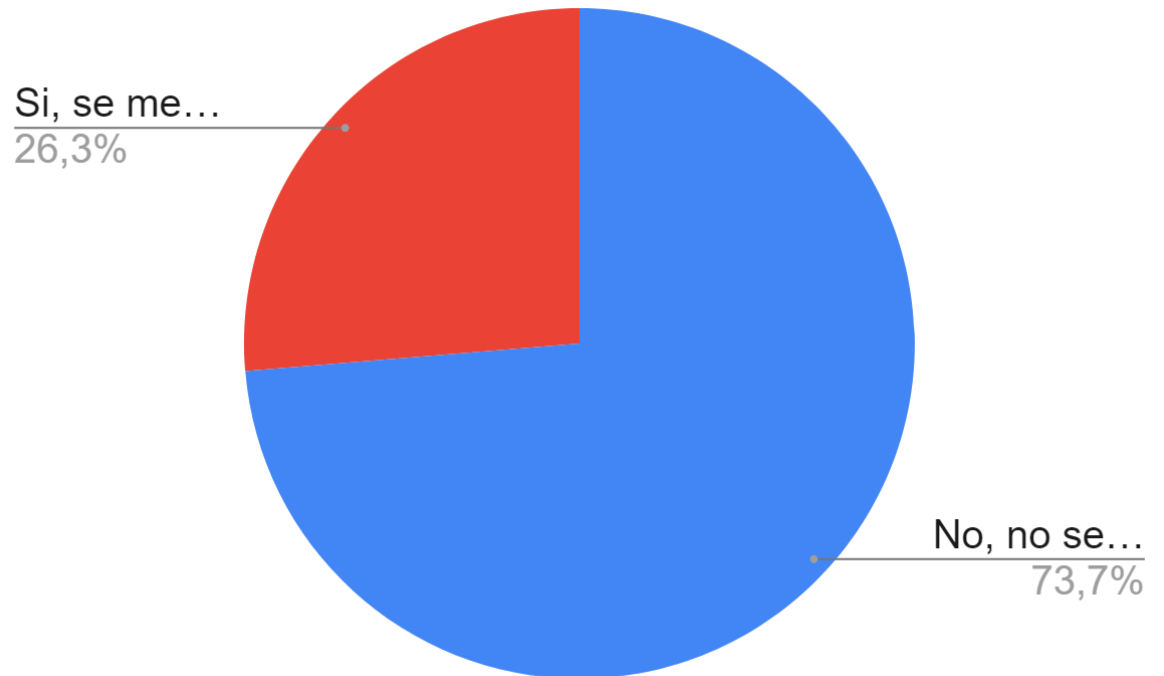
*Recuento de la existencia de un número prefijado de sesiones.*



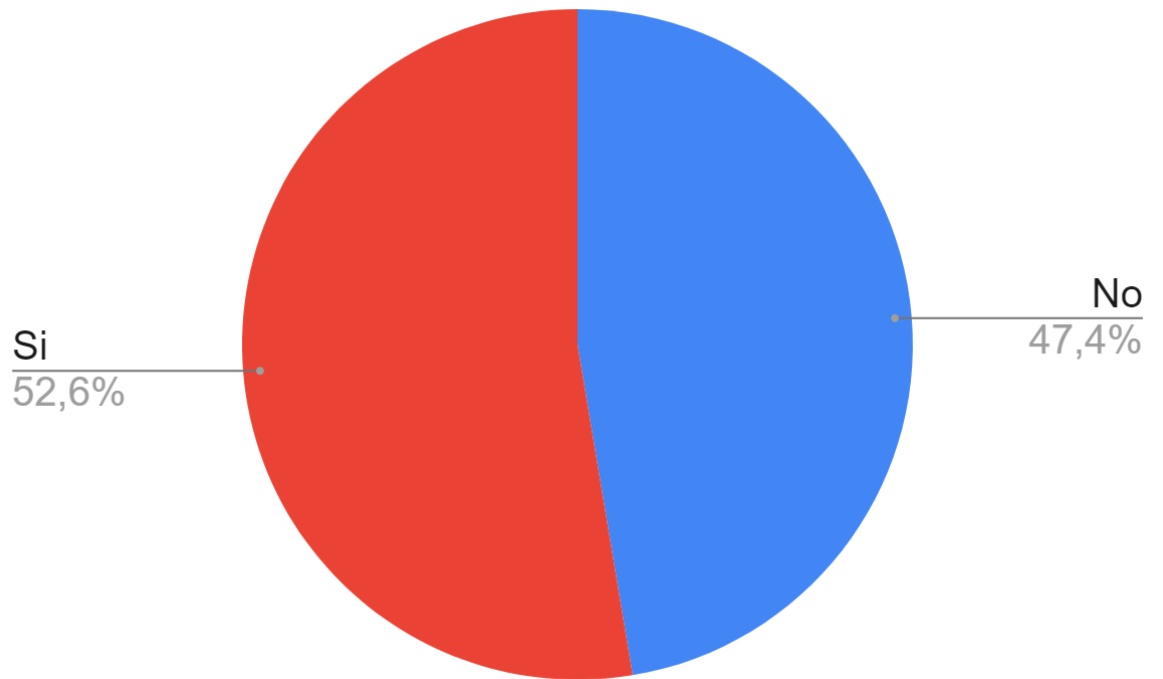
*Recuento de duración de las sesiones.*



*Recuento de seguimiento logopedico.*

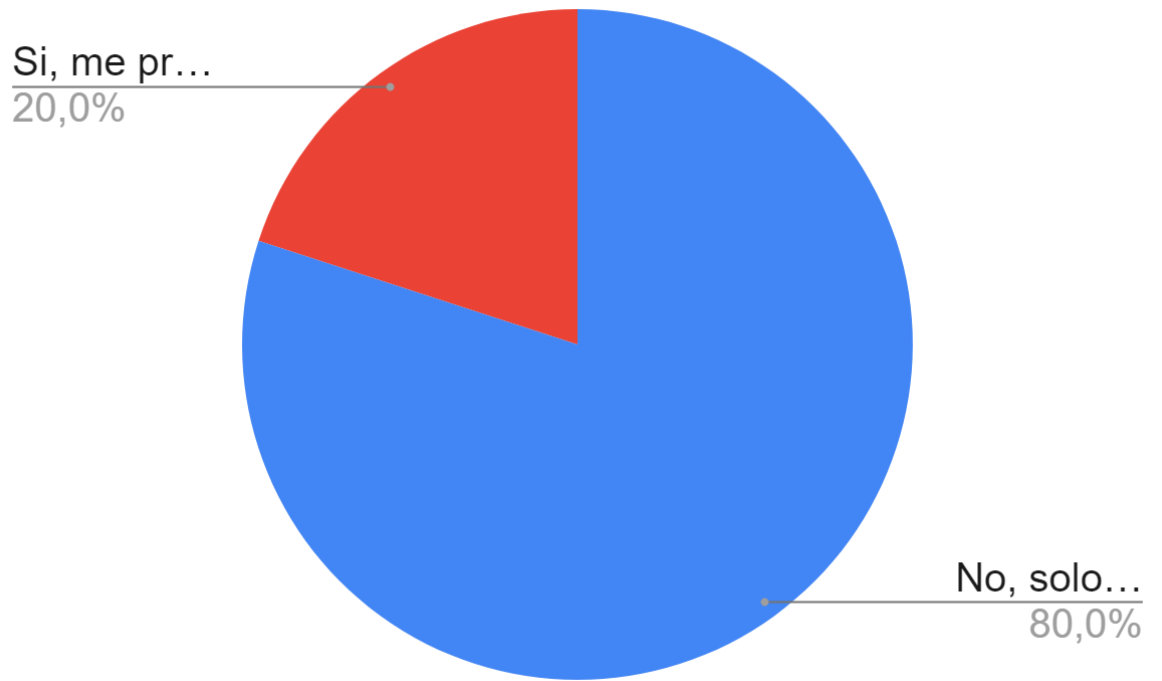


*Recuento de oportunidad para decidir el método fonatorio.*

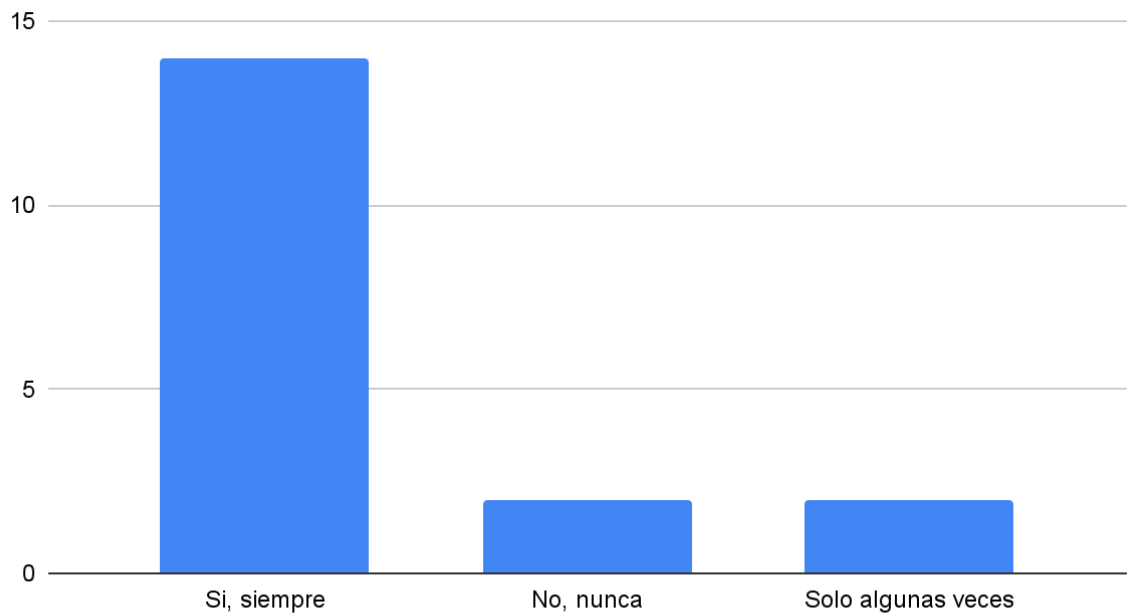


*Recuento de información de ventajas y desventajas de voz artificial frente a voz natural.*



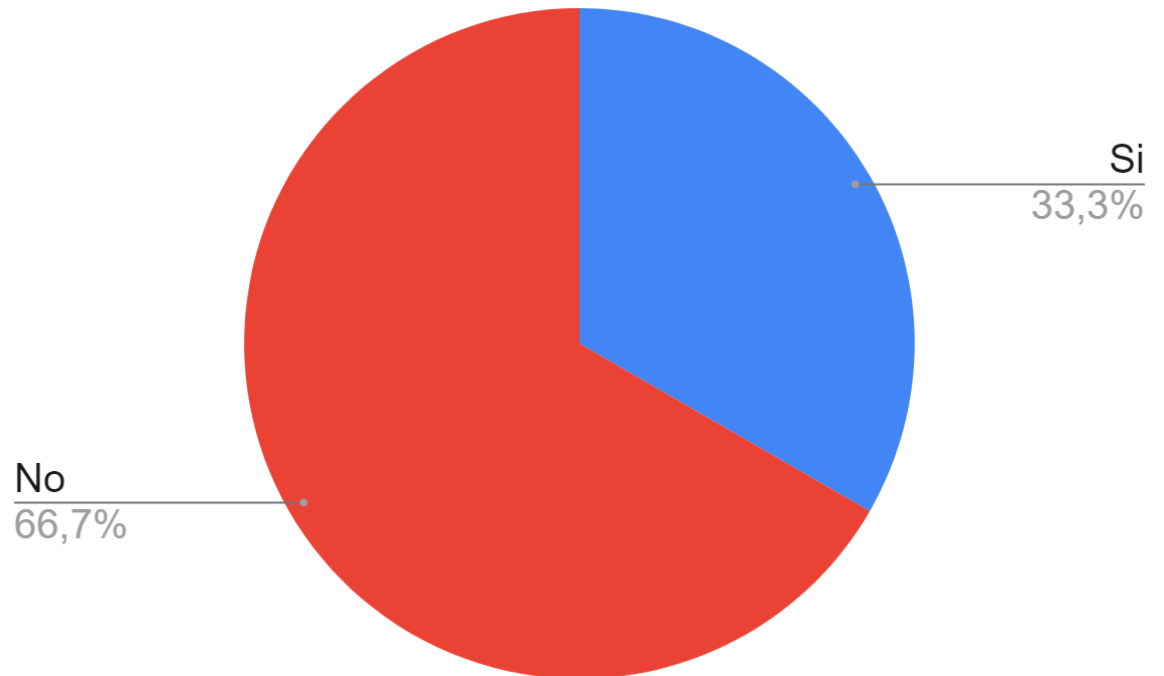


*Recuento de presentación de varios métodos fonatorios mediante la voz esofágica.*

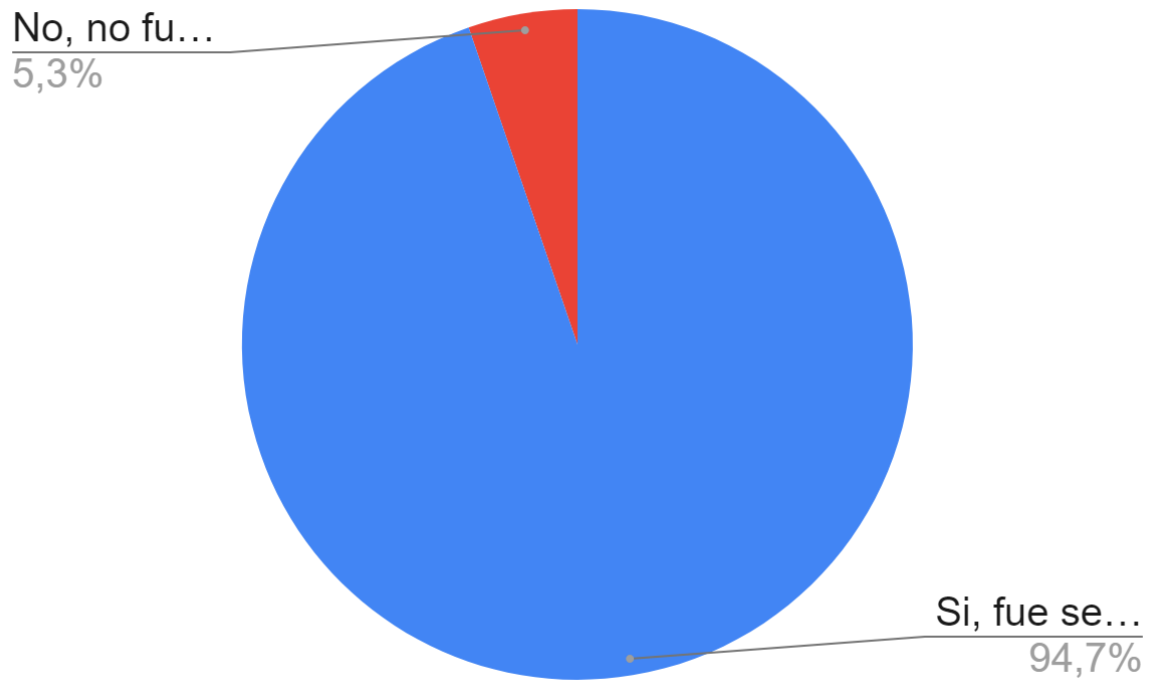


Recuento de ¿El logopeda de la sanidad publica le facilita pautas o actividades para poder

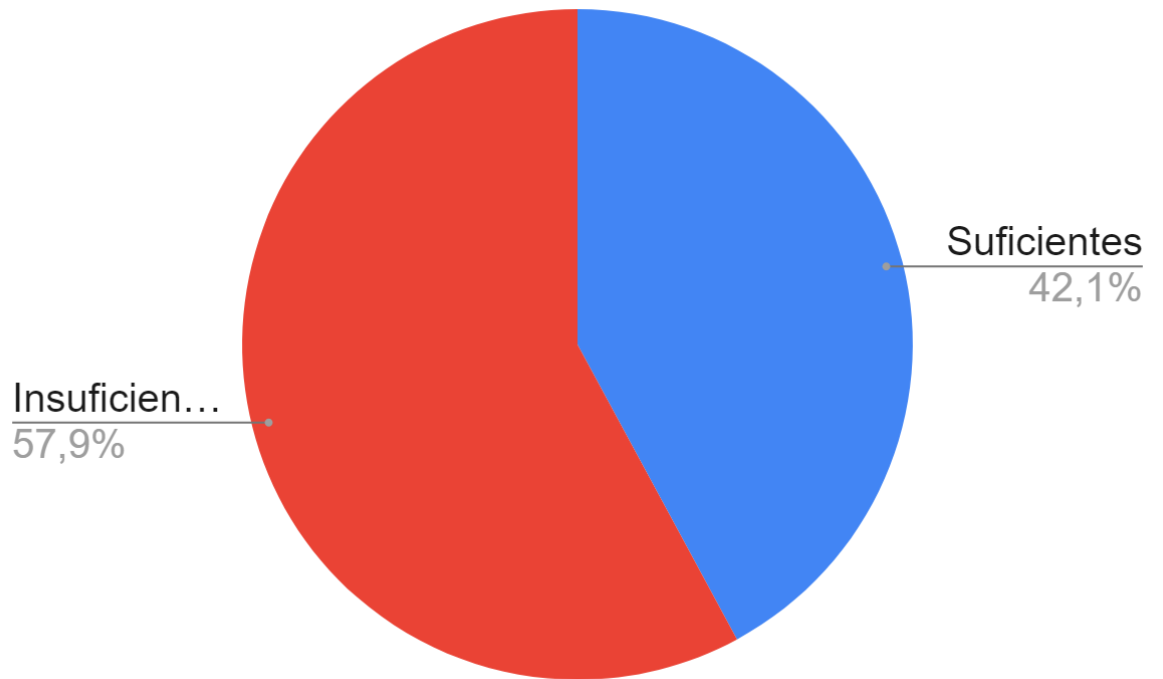
*Recuento de facilitación de material o pautas por parte del logopeda.*



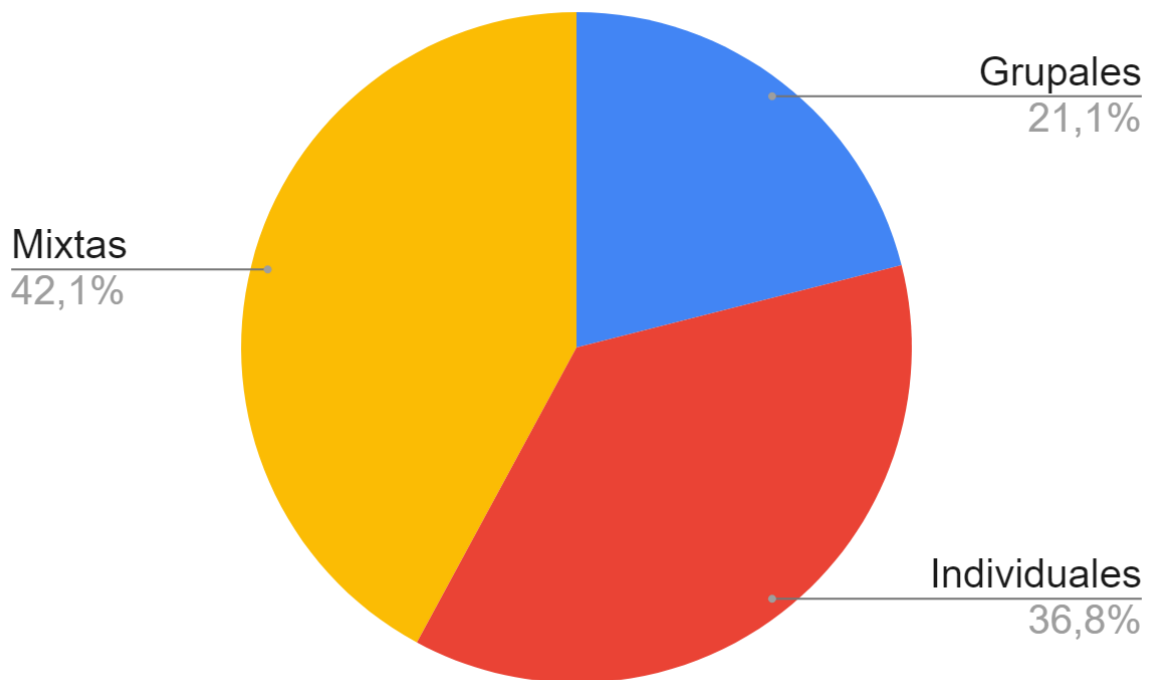
*Recuento de personas que han recurrido a un logopeda privado.*



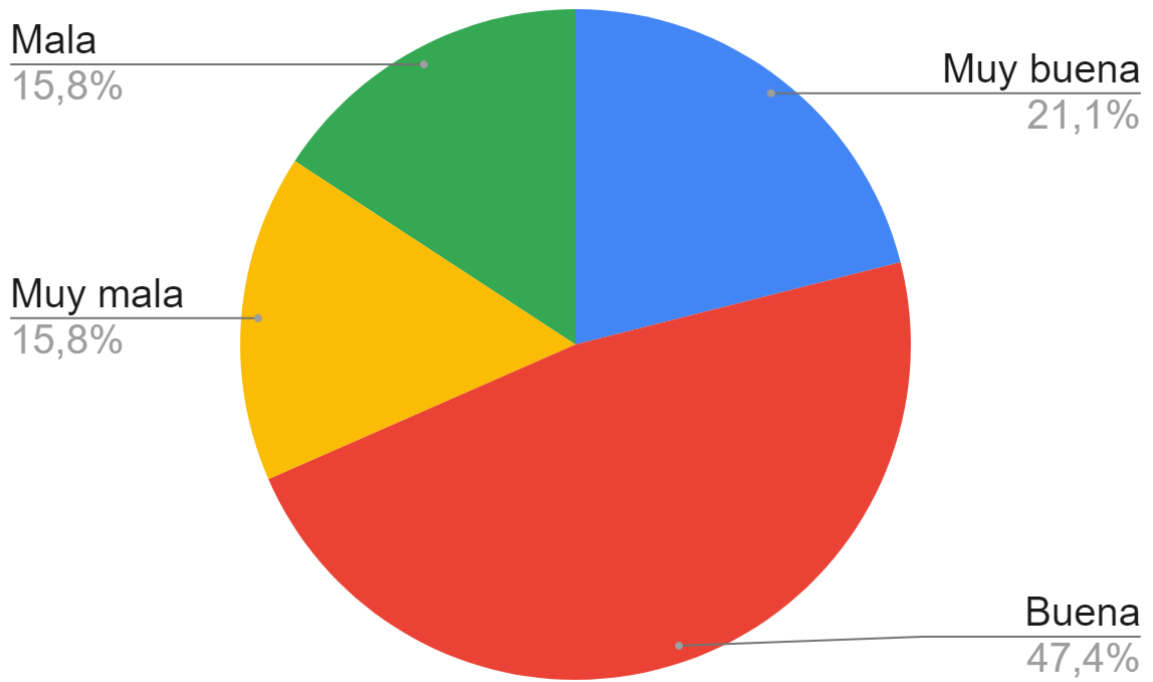
*Recuento de derivación o conocimiento del área de logopedia en centros públicos de la muestra*



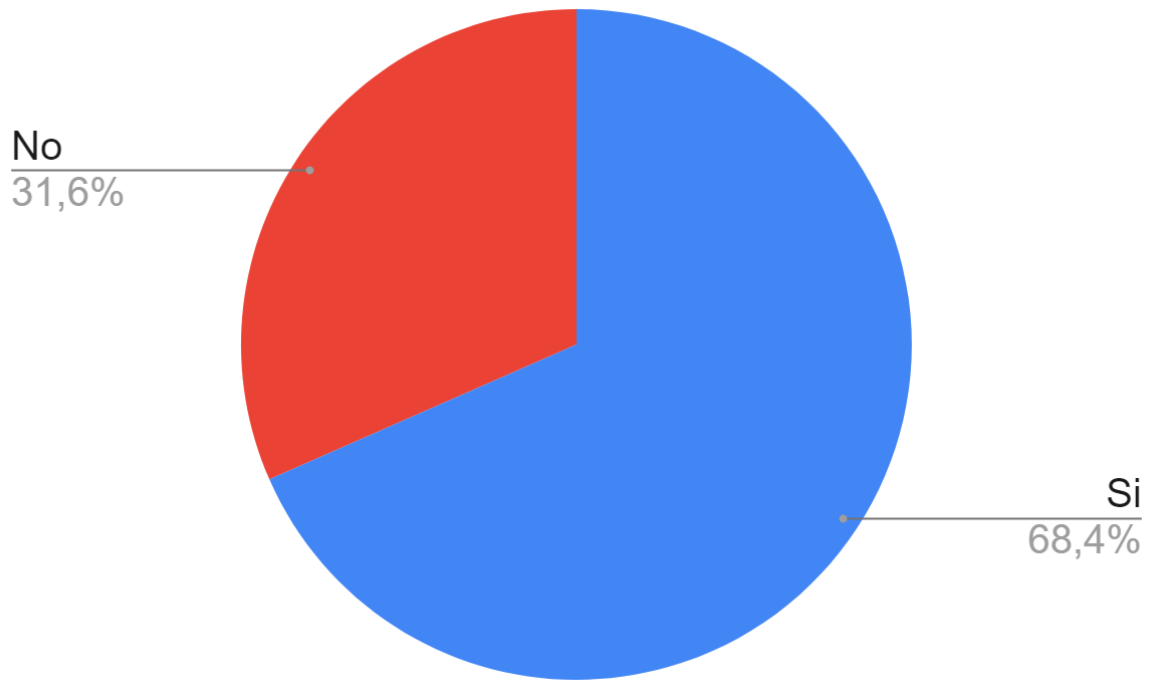
*Recuento de valoración personal de la cantidad de sesiones mensuales.*



*Recuento de encuestados según la preferencia del tamaño de las sesiones.*



*Recuento de valoración personal de la intervención logopédica en la sanidad pública.*



*Recuento de valoración de avance con las sesiones logopédicas de la sanidad pública.*