

Autopercepción vocal de mujeres sin disfonía y con síndrome de hiperlaxitud articular

Christopher Fuentes AracenaFacultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Mayor, Chile  
Autor de correspondencia**Lylia Roldán**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Mayor, Chile **Felipe Peña**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Mayor, Chile <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.104635>

Recibido 29 de agosto de 2025; Primera revisión 11 de noviembre de 2025; Aceptado 19 de mayo de 2026.

Resumen: Este estudio de tipo observacional transversal tuvo como objetivo analizar la autopercepción vocal de mujeres sin disfonía diagnosticadas con síndrome de hiperlaxitud articular (SHA). Participaron sesenta y cuatro mujeres de 24.06 ± 3.45 años que fueron distribuidas, según criterios de inclusión y exclusión, en dos grupos de treinta y dos participantes cada uno: el primero, integrado por mujeres sin SHA y, el segundo, compuesto por mujeres con diagnóstico de SHA. La autopercepción vocal fue evaluada en sus dimensiones física, funcional y emocional mediante la aplicación de la Escala de Discomfort del Tracto Vocal, la Escala de Síntomas Vocales y el Índice de Desventaja Vocal. Los resultados mostraron que las mujeres con SHA obtuvieron puntajes significativamente más altos en todas las dimensiones analizadas. Asimismo, se evidenció que este grupo experimentó con mayor frecuencia e intensidad síntomas como tensión y dolor durante la fonación. En conclusión, los resultados del presente estudio sugieren que las mujeres con SHA presentan una peor autopercepción vocal en las dimensiones física, funcional y emocional en comparación con mujeres sin SHA.

Palabras clave: Calidad de vida; Calidad vocal; Laringe; Síndrome de hiperlaxitud articular; Trastornos vocales.

^{EN} Vocal self-perception in women without dysphonia and with joint hypermobility syndrome

Abstract: This cross-sectional observational study aimed to analyze the vocal self-perception of women without dysphonia diagnosed with joint hypermobility syndrome (JHS). Sixty-four women (24.06 ± 3.45 years) were included and assigned, according to predefined inclusion and exclusion criteria, into two groups of thirty-two participants each: Group 1, composed of women without JHS, and Group 2, consisting of women diagnosed with JHS. Vocal self-perception was assessed across physical, functional, and emotional dimensions using the Vocal Tract Discomfort Scale, the Vocal Symptoms Scale, and the Voice Handicap Index. Results indicated that women with JHS exhibited significantly higher scores in all evaluated dimensions. Moreover, this group reported greater frequency and intensity of symptoms such as tension and pain during phonation. In conclusion, the results of the present study suggest that women with JHS exhibit poorer vocal self-perception in the physical, functional, and emotional dimensions compared with women without JHS.

Keywords: Joint hypermobility syndrome; Larynx; Life quality; Voice disorders; Voice quality.

Cómo citar: Fuentes-Aracena, C., Roldán, L., y Peña, F. (2026). Autopercepción vocal de mujeres sin disfonía y con síndrome de hiperlaxitud articular. *Revista de Investigación en Logopedia* 16(2), e104635, <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.104635>

Introducción

El síndrome de hiperlaxitud articular (SHA) corresponde a la hipermovilidad articular asociada tanto a signos musculoesqueléticos; tales como tendinopatías, bursitis y roturas ligamentosas, entre otros, y a signos extraesqueléticos; como hipermovilidad lingual y disautonomía (Bravo, 2009). Se ha estimado que su prevalencia oscila entre el 5 y el 15 % en la población general, y que entre un 55 y un 85 % de las personas que lo padecen son mujeres (Ainsworth & Aulicino, 1993; Argüello Santillán et al., 2016).

En la actualidad, se ha señalado que el SHA afecta a la estructura de los pliegues vocales y de la laringe y, por lo tanto, a la función vocal. En concreto, en las personas con SHA se ha observado una mayor predisposición a la rotura de los vasos sanguíneos de la cubierta cordal y a la dislocación de la articulación cricoaritenoides (Desuter et al., 2009; Goodall et al., 2014). También se ha señalado que dicha población presentaría algunos signos de insuficiencia glótica, como odinofonía y alta fatigabilidad, sobre todo al aumentar la demanda vocal (Arulanandam et al., 2017; Birchall et al., 2021; Jeffery et al., 2024). Asimismo, se ha indicado que, debido a la deficiencia estructural y funcional de los músculos fonatorios, las personas con SHA tienen baja resistencia (mayor fatigabilidad) y potencia vocal (menor rango dinámico a lo esperado) (Fuentes et al., 2019).

La autopercepción vocal se define como la experiencia física, funcional y emocional que surge al utilizar la voz (Haskell, 1991). La dimensión física está relacionada con las sensaciones derivadas de la actividad de los tejidos implicados en la fonación, incluyendo a los síntomas de disconfort en el tracto vocal. La dimensión funcional se asocia con la capacidad comunicativa en distintos contextos, mientras que la dimensión emocional refleja los sentimientos de agrado o desagrado con respecto a la propia voz (Chong et al., 2024; Haskell, 1987).

Se han creado múltiples herramientas con la finalidad de conocer alguna de las diversas dimensiones que componen la autopercepción vocal, entre las que destacan el Índice de Discapacidad Vocal (Jacobson et al., 1997), la Escala de Síntomas Vocales (Deary et al., 2003), la Escala de Disconfort del Tracto Vocal (Woźnicka et al., 2012), el Índice de Fatiga Vocal (Nanjundeswaran et al., 2015), entre otras. Muchos de estos instrumentos se han utilizado para evaluar alguna dimensión de la autopercepción vocal en diversas poblaciones, como la docente (Da Rocha & De Mattos Souza, 2013; Tahamtan et al., 2023). Sin embargo, dichos instrumentos no se han utilizado de manera detallada y específica en personas con SHA, por lo que su autopercepción vocal considerando aspectos físicos, funcionales y emocionales ha sido escasamente estudiada.

Esta falta de información dificulta el estudio de la condición vocal en personas con SHA, lo que provoca que muchos de sus síntomas, sus dificultades funcionales y el impacto emocional que tiene el uso de la voz en sus vidas sean omitidos o ignorados. Por esta razón, y dado que el SHA afecta con mayor frecuencia a mujeres, el objetivo de esta investigación es analizar la autopercepción vocal de las mujeres sin disfonía diagnosticadas con SHA.

Métodos

Participantes

En este estudio observacional de tipo descriptivo transversal participaron sesenta y cuatro mujeres cuyo rango de edad se encontró entre los 20 y 35 años. Para participar en este estudio, cada mujer firmó un consentimiento informado revisado y aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Mayor de Chile (acta de aprobación n°0368 con fecha del 19 de julio del 2023). Debido a lo anterior, la participación fue voluntaria y se resguardó la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, mediante una convocatoria abierta difundida a través de redes sociales. La invitación incluyó información del estudio y los criterios de inclusión y exclusión, permitiendo la participación voluntaria de personas interesadas que cumplieran con dichos criterios. En consecuencia, la muestra estuvo compuesta por participantes provenientes de diversos contextos, sin restricción a una institución específica.

Se formaron dos grupos de treinta y dos participantes cada uno: el primer grupo (G1) estaba compuesto por mujeres sin SHA y el segundo (G2), por mujeres con diagnóstico de SHA. Para ser incluidas en el G1, las mujeres debían cumplir los siguientes criterios: no presentar diagnóstico médico de SHA; obtener 0 puntos en la escala de GRBAS y no presentar ninguna enfermedad que se exprese con SHA, como el síndrome de Ehlers-Danlos. A su vez, se excluyó a quienes cumplieran los criterios de Brighton para el diagnóstico de SHA; indicaron utilizar su voz de manera profesional y mencionaron presentar o haber presentado, alguna vez en la vida, diagnóstico médico de algún trastorno de la voz. Para ingresar en el G2 se incluyeron mujeres que mencionaron tener un diagnóstico médico de SHA; cumplieron los criterios de Brighton para el diagnóstico de SHA y obtuvieron 0 puntos en la escala de GRBAS. Se excluyó a quienes indicaron utilizar su voz de manera profesional y a quienes mencionaron presentar o haber presentado un diagnóstico médico de algún trastorno de la voz.

Para esta investigación, se consideró como profesional de la voz a aquellas personas cuya ocupación depende directamente del uso de la voz para su sustento. Este grupo incluye a quienes se desempeñan en el ámbito de la docencia, el canto, la actuación, las ventas, la instrucción deportiva, la locución y la atención telefónica (Fariás, 2018). La evaluación mediante la escala GRBAS fue realizada de forma cegada por dos fonoaudiólogos externos, ambos con más de cinco años de experiencia en el área de la voz. El análisis se efectuó a partir de muestras vocales previamente grabadas por cada una de las participantes utilizando su propio smartphone. Para ello, se les solicitó realizar las grabaciones en condiciones ambientales silentes. Las tareas vocales incluyeron tres emisiones sostenidas de la vocal /a/ lo más prolongadas posible, así como la lectura de las oraciones correspondientes a la versión en español del CAPE-V (Núñez-Batalla et al., 2015).

La aplicación de los criterios de Brighton la realizó uno de los integrantes del equipo de investigación, con más de nueve años de experiencia utilizando dicho instrumento. Cabe mencionar que los criterios considerados incluyen a los propuestos por Beighton, es decir, evaluación bilateral de la extensión del quinto dedo, la oposición del pulgar al antebrazo, la hiperextensión de codos y rodillas, y la flexión anterior del tronco con apoyo palmar en el suelo.

Materiales

Para evaluar la autopercepción vocal, se utilizaron tres escalas de fácil acceso e implementación, adaptadas al español chileno en el momento de su aplicación. Así, se trabajó con la Escala de Síntomas Vocales (Contreras Ruston et al., 2016) y el Índice de Desventaja Vocal –nombre que recibe la versión chilena– (Correa Forno et al., 2023) para conocer las tres dimensiones de la autopercepción vocal, y con la Escala de Discomfort del Tracto Vocal para profundizar, desde un punto de vista sintomatológico, en la dimensión física (Cerdeira Sandoval et al., 2023).

Evaluación de la autopercepción vocal

Cada participante acudió al laboratorio de voz de la Universidad Mayor en un día y hora concretos. Tras la explicación y la firma del consentimiento informado, se le explicaron las características generales de cada una de las escalas utilizadas. Esto incluyó su objetivo, los aspectos que miden y la forma de contestarlas. A continuación, se describió, detalló e instruyó sobre el uso de cada uno de los instrumentos de manera específica. En primer lugar, se trabajó con la Escala de Discomfort del Tracto Vocal; en segundo lugar, se completó la Escala de Síntomas Vocales y, por último, se trabajó con el Índice de Desventaja Vocal.

Cabe mencionar que, tras la explicación de cada escala, las participantes tuvieron un tiempo aproximado de cinco minutos para completarla. De este modo, considerando los tiempos de instrucción y de contestación de cada escala, la participación de cada persona fue de 20 minutos.

Análisis estadístico

Para determinar la distribución de los datos, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Como algunas dimensiones de la autopercepción vocal presentaban una distribución normal y otras no, la descripción de los datos se realizó con la media y la desviación estándar (DE) para las variables normales y con la mediana y el rango intercuartílico (RIQ) para las variables no normales. La comparación entre grupos (G1 vs. G2) se realizó con la prueba t de Student para muestras independientes cuando la distribución de los datos era normal, y con la prueba de Mann-Whitney cuando no lo era. El nivel de significación (α) establecido fue del 5 % ($p < .05$) para todas las pruebas realizadas.

El análisis estadístico se realizó con el software Stata 17.

Resultados

Características de las participantes

La media de edad de las participantes fue de 23.85 ± 2.53 años, específicamente, en G1 fue de 24.93 ± 2.66 años y en G2 de 22.78 ± 1.88 años.

En G2, todas las participantes cumplieron alguno de los requisitos establecidos por los criterios de Brighton para el diagnóstico del SHA. Concretamente, el 71.87 % ($n = 23$) presentó dos criterios mayores y el 28.13 % ($n = 9$) presentó un criterio mayor y uno menor. En este mismo grupo, el criterio mayor más frecuente fue obtener más de 4 puntos en la prueba de Beighton (6.03 ± 0.89 puntos), mientras que el criterio menor más recurrente, con un 77.7 %, fue la dislocación o luxación de más de una articulación.

Autopercepción vocal en G1 y G2

A nivel funcional, emocional y físico, se evidenció que las mujeres de G2 obtuvieron medias más altas que las de G1 en el Índice de Desventaja Vocal (tabla 1) y en la Escala de Síntomas Vocales (tabla 2) ($p < .05$). A su vez, dentro de la dimensión física, las mujeres de G2 mostraron una mayor frecuencia e intensidad en todos los síntomas de discomfort del tracto vocal evaluados (tablas 3 y 4). Concretamente, la tensión y la sequedad al hablar fueron los síntomas más recurrentes, y la sequedad y el dolor, los de mayor intensidad ($p < .05$).

Tabla 1. Resultados obtenidos en el Índice de Desventaja Vocal

Dimensión	G1 – Sin SHA (puntos)		G2 – Con SHA (puntos)		Valor p
	Media (DE)	Mediana (RIQ)	Media (DE)	Mediana (RIQ)	
Funcional	2.34 (2.71)	1.50 (3)	8.34 (5.28)	9.50 (6.50)	< .001*
Física	2.53 (2.73)	1.50 (3)	13.93 (5.60)	13.50 (6)	< .001*
Emocional	1.25 (2.01)	0 (2)	4.81 (5.25)	2.50 (5.50)	< .001*
Total	6.12 (5.81)	5 (6.50)	27.09 (12.75)	26 (17)	< .001*

Abreviaturas: G1 = grupo 1; G2 = grupo 2; DE = desviación estándar; RIQ = rango intercuartílico

* Mann-Whitney U test

Tabla 2. Resultados obtenidos en la Escala de Síntomas Vocales

Dimensión	G1 – Sin SHA (puntos)		G2 – Con SHA (puntos)		Valor p
	Media (DE)	Mediana (RIQ)	Media (DE)	Mediana (RIQ)	
Limitación (funcional)	4.03 (3.27)	3 (4.50)	19.90 (11.29)	19 (20)	< .001*
Física	4.18 (2.66)	4 (3.5)	10.21 (5.60)	9.50 (9.50)	< .001*

Emocional	0.28 (0.77)	0 (0)	2.71 (4.69)	0.50 (4)	< .001*
Total	8.50 (5.29)	6.50 (8)	32.84 (18.18)	31 (30)	< .001*

Abreviaturas: G1 = grupo 1; G2 = grupo 2; DE = desviación estándar; RIQ = rango intercuartílico

* Mann-Whitney U test

Tabla 3. Frecuencia de los síntomas de disconfort del tracto vocal

Síntoma	G1 – Sin SHA (puntos)		G2 – Con SHA (puntos)		Valor p
	Media (DE)	Mediana (RIQ)	Media (DE)	Mediana (RIQ)	
Ardor	0.31 (0.73)	0 (0)	1.87 (1.58)	2 (2)	< .001*
Tenso	0.31 (0.74)	0 (0)	2.87 (1.26)	2 (2)	< .001*
Sequedad al hablar	1.40 (1.10)	0 (2)	2.81 (1.46)	2.50 (2)	.001+
Dolor al hablar	0 (0)	0 (0)	2.21 (1.80)	2 (1.50)	< .001*
Picazón al hablar	0.18 (0.59)	0 (0)	1.62 (1.62)	2 (2)	< .001*
Sensación de cuerpo extraño	0.34 (0.75)	0 (0)	1.34 (1.65)	1 (2)	< .003*
Secreción o excesiva mucosidad	0.93 (1.24)	0 (2)	2.06 (1.72)	2 (3.50)	< .005*
Quiebres en la voz	0.37 (0.79)	0 (0)	2 (1.43)	2 (2.50)	.001+
Total	3.87 (2.39)	4 (4)	16.81 (8.04)	15.50 (10)	.001*

Abreviaturas: G1 = grupo 1; G2 = grupo 2; DE = desviación estándar; RIQ = rango intercuartílico

* Mann-Whitney U test

+ Prueba T de Student para muestras independientes

Tabla 4. Severidad de los síntomas de disconfort del tracto vocal

Síntoma	G1 – Sin SHA (puntos)		G2 – Con SHA (puntos)		Valor p
	Media (DE)	Mediana (RIQ)	Media (DE)	Mediana (RIQ)	
Ardor	0.15 (0.36)	0 (0)	1.68 (1.37)	2 (2)	< .001*
Tenso	0.18 (0.47)	0 (0)	2.09 (1.53)	2 (0.50)	< .001*
Sequedad al hablar	0.93 (0.84)	0 (1.50)	2.25 (1.29)	2 (1)	.001+
Dolor al hablar	0 (0)	0 (0)	2.25 (1.91)	2 (4)	< .001*
Picazón al hablar	0.18 (0.59)	0 (0)	1.56 (1.50)	2 (2)	< .001*
Sensación de cuerpo extraño	0.28 (0.77)	0 (0)	1.21 (1.60)	0 (2)	.010*
Secreción o excesiva mucosidad	0.56 (0.80)	0 (1)	1.78 (1.47)	2 (2)	< .001*
Quiebres en la voz	0.28 (0.58)	0 (0)	1.75 (1.24)	2 (1.50)	< .001*
Total	2.59 (1.77)	2 (2.50)	14.59 (8.01)	15 (11.5)	< .001*

Abreviaturas: G1 = grupo 1; G2 = grupo 2; DE = desviación estándar; RIQ = rango intercuartílico

* Mann-Whitney U test

+ Prueba T de Student para muestras independientes

Discusión

En este estudio, se describió la autopercepción vocal de mujeres sin disfonía diagnosticadas con SHA mediante el Índice de Desventaja Vocal, la Escala de Síntomas Vocales y la Escala de Disconfort del Tracto Vocal. En general, se observó que las mujeres con SHA presentan una peor autopercepción vocal en los dominios físico, funcional y emocional en comparación con las mujeres sin SHA.

En general, los puntajes obtenidos en las distintas dimensiones evaluadas en el grupo sin SHA fueron consistentes con los reportados en investigaciones previas realizadas en población vocalmente sana, sin evidenciar desviaciones relevantes respecto de dichos valores (Azadnajafabad et al., 2025). En cambio, la autopercepción vocal de las mujeres con SHA presenta similitudes y diferencias con la de algunas poblaciones estudiadas previamente, de este modo, es similar a la reportada por profesores universitarios sin trastornos vocales (Moghtader et al., 2020). Por otro lado, es peor que la experimentada por profesores de primaria y secundaria (Sharp & Cook, 2024) y que la reportada por personas con problemas vocales posteriores a una tiroidectomía (Saeedi et al., 2022). Asimismo, es mejor que la indicada por mujeres con disfonía de origen funcional y orgánico (Deary et al., 2003; Tafiadis et al., 2020) y que la reportada por personas con parálisis cordal unilateral (Watanabe et al., 2020).

Para algunos autores, el Índice de Discapacidad Vocal y la Escala de Síntomas Vocales son herramientas útiles para evaluar el impacto del trastorno vocal en la calidad de vida del paciente (Vallur & Jagadeeswaran, 2025). Mientras que, para otros, este tipo de escalas actúan como indicadores del grado de severidad del trastorno vocal (Deary et al., 2004). Las mujeres con SHA estudiadas en esta investigación no tenían diagnósticos de trastornos vocales ni voces perceptualmente disfónicas, pero obtuvieron puntuaciones superiores

a las de corte en ambas herramientas (Galletti et al., 2020; Guimarães et al., 2023). Esto, de acuerdo con lo señalado anteriormente, podría dar la idea de coexistencia con algún trastorno vocal en las personas con SHA, lo que da lugar a una situación paradójica fundamentada en el comportamiento vocal característico de este grupo. En concreto, las mujeres con SHA a pesar de tener muchas veces voces perceptualmente sin disfonía, manifiestan problemas vocales en tareas de mayor demanda vocal a la acostumbrada diariamente (Fuentes et al., 2019), autopercibiendo así, tal como lo observado en esta investigación, un mayor menoscabo vocal, principalmente, a nivel funcional.

La limitación funcional percibida por las mujeres con SHA se ha observado en diversas investigaciones, las que indican que tienen más dificultades para alcanzar una mayor intensidad vocal, para hacerse oír en entornos ruidosos e incluso para cantar (Fuentes et al., 2019; Jeffery et al., 2024). En nuestra investigación, al comparar los dos instrumentos que midieron esta dimensión, se observó un mayor puntaje en la Escala de Síntomas Vocales. Estimamos que esto se debe al tipo y cantidad de preguntas orientadas a la dimensión funcional que presenta dicha escala, donde la mayoría de las cuales se asocian a problemáticas como las indicadas previamente, mientras que en el Índice de Desventaja Vocal existen preguntas relacionadas, por ejemplo, con los ingresos económicos, lo que resulta poco pertinente para personas que no viven de su voz, como las mujeres estudiadas en este trabajo.

En la dimensión física, se observan similitudes entre la Escala de Síntomas Vocales y el Índice de Desventaja Vocal. Creemos que esto se debe a que ambos instrumentos centran sus preguntas en la vivencia de síntomas vocales relacionados con el esfuerzo y la tensión durante la fonación, que, según investigaciones previas, suelen ser comunes en las mujeres con SHA (Birchall et al., 2021; Fuentes et al., 2019). Pese a lo anterior, encontramos que se obtuvo más información sobre la dimensión física al analizar los resultados de la Escala de Discomfort del Tracto Vocal.

Entre los síntomas de discomfort del tracto vocal, la sensación de sequedad al hablar, la tensión y el dolor fueron los más frecuentes e intensos en el grupo de mujeres con SHA. Se ha descrito que dichos síntomas aparecen como expresión de la fatiga vocal y que su intensidad estaría relacionada con la exigencia percibida e impuesta según la demanda vocal (Fujiki & Sivasankar, 2017). Esto explicaría por qué en nuestra investigación los puntajes obtenidos son bajos en comparación con los de otras poblaciones que sí se encuentran expuestas a mayores niveles de demanda vocal (Mendes et al., 2016).

Actualmente, existe información limitada que permita explicar con claridad la base orgánica de los síntomas de discomfort vocal reportados por mujeres con SHA. Algunas investigaciones han planteado que estos síntomas podrían estar asociados a un comportamiento hipofuncional de los pliegues vocales, caracterizado por una menor eficiencia en el cierre glótico y una reducción en la capacidad de generar presión subglótica adecuada durante la fonación (Arulanandam et al., 2017; Fuentes et al., 2019; Jeffery et al., 2024). En dicho escenario, los síntomas de discomfort del tracto vocal aparecerían como parte del comportamiento hiperfuncional secundario a la reducida eficiencia glótica (Fuentes Aracena, 2023). A pesar de lo anterior, esta interpretación continúa siendo preliminar y la evidencia disponible es aún insuficiente para establecer una relación causal directa. En este sentido, los resultados del presente estudio, basados exclusivamente en medidas de autopercepción vocal, no permiten confirmar ni descartar la presencia de un patrón hipofuncional específico en esta población.

A diferencia de las dimensiones funcional y física, la dimensión emocional mostró diferencias menos marcadas entre ambos grupos evaluados. Algunas investigaciones han indicado que estos resultados suelen ser habituales cuando el uso de la voz es escaso o conversacional, como sucede en nuestra muestra. Concretamente, se ha señalado que la preocupación o inquietud relacionada con la función vocal es similar en personas que no dependen económicamente de su voz cuando la demanda vocal es baja (Tafiadis et al., 2017).

Limitaciones

Este trabajo presenta múltiples limitaciones, entre las que se incluyen el carácter no probabilístico del muestreo que limita la representatividad de los resultados; la reducida cantidad de participantes; la exclusión de otros instrumentos orientados a obtener mayor información sobre la autopercepción vocal, como aquellos que evalúan el esfuerzo vocal; la exclusión de hombres y de profesionales de la voz; el limitado rango etario de las participantes, lo que impide conocer la autopercepción vocal en mujeres de mayor edad; la ausencia de un análisis cualitativo que permita complementar la información obtenida mediante las escalas utilizadas; una evaluación más detallada de la estructura laríngea, que permita caracterizar su anatomía y funcionalidad; y, finalmente, un menor rigor en la evaluación auditivo-perceptual, debido a la ausencia de análisis de concordancia interevaluador y a la realización de grabaciones en entornos que no cumplen con las condiciones acústicas de un laboratorio de voz.

Por otro lado, es necesario seguir investigando sobre el SHA y sus repercusiones en profesionales y no profesionales de la voz. Al tratarse de una condición frecuente, es necesario conocer más detalles aún desconocidos, como el funcionamiento de los pliegues vocales en las personas que lo padecen, los síntomas que se expresan con mayor frecuencia en tareas de mayor demanda vocal y sus implicaciones o limitaciones en el proceso terapéutico.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio indican que las mujeres con SHA presentan una peor autopercepción vocal en las dimensiones física, funcional y emocional en comparación con mujeres sin SHA. Estos hallazgos

sugieren la presencia de limitaciones y síntomas vocales autopercebidos en esta población, aun en ausencia de un diagnóstico clínico de disfonía, y aportan información relevante para considerar la voz como un componente dentro de la evaluación integral de la salud en mujeres con SHA.

Reconocimiento de autoría

Christopher Fuentes Aracena: Conceptualización; Tratamiento de datos; Metodología, Investigación; Visualización; Supervisión; Validación; Visualización; Escritura documento original.

Lylia Roldán: Tratamiento de datos; Metodología, Investigación; Visualización; Escritura documento original.

Felipe Peña: Tratamiento de datos; Metodología, Investigación; Escritura documento original.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses que declarar.

Referencias bibliográficas

- Ainsworth, S. R., & Aulicino, P. L. (1993). A survey of patients with Ehlers-Danlos syndrome. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 286, 250–256. <https://doi.org/10.1097/00003086-199301000-00037>
- Argüello Santillán, N., Charpentier Boada, N., & Vallejo Flores, C. (2016). Prevalencia de hiperlaxitud ligamentaria y su asociación con dolor articular crónico. *Reumatología al Día*, 11(1), 5–9.
- Arulanandam, S., Hakim, A. J., Aziz, Q., Sandhu, G., & Birchall, M. A. (2017). Laryngological presentations of Ehlers-Danlos syndrome: case series of nine patients from two London tertiary referral centres. *Clinical Otolaryngology*, 42(4), 860–863. <https://doi.org/10.1111/coa.12708>
- Birchall, M. A., Lam, C. M., & Wood, G. (2021). Throat and voice problems in Ehlers-Danlos syndromes and hypermobility spectrum disorders. *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*, 187(4), 527–532. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31956>
- Bravo, J. F. (2009). Síndrome de Ehlers-Danlos con especial énfasis en el síndrome de hiperlaxitud articular. *Revista Médica de Chile*, 137(11), 1488–1497. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872009001100013>
- Cerda Sandoval, F., Jara Cabrera, G., Bittner, V., Riffo Sánchez, C., Saballa Torrealba, F., & Galgano Morales, G. (2023). Estudio preliminar para la validación de la versión Chilena del Vocal Tract Discomfort-VTD en población docente. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2023.67497>
- Chong, H. J., Choi, J. H., & Lee, S. S. (2024). Does the perception of own voice affect our behavior? *Journal of Voice*, 38(5), 1249.e19–1249.e28. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2022.02.003>
- Contreras Ruston, F., Moreti, F., Vivero, M., Malebran, C., & Behlau, M. (2016). Equivalencia cultural de la versión chilena del Voice Symptom Scale-VoiSS. *CoDAS*, 28(5), 625–633. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015249>
- Correa Forno, S., Rangel Azevedo, R., & Côrtes Gama, A. C. (2023). Adaptación lingüística y cultural chilena del Voice Handicap Index (VHI) y del Voice Handicap Index 10 (VHI-10). *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 22(1), 1–17. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2023.66978>
- Da Rocha, L. M., & De Mattos Souza, L. D. (2013). Voice Handicap Index associated with common mental disorders in elementary school teachers. *Journal of Voice*, 27(5), 595–602. <https://doi.org/10.1016/J.JVOICE.2012.10.001>
- Deary, I. J., Webb, A., Mackenzie, K., Wilson, J. A., & Carding, P. N. (2004). Short, self-report voice symptom scales: Psychometric characteristics of the voice handicap index-10 and the vocal performance questionnaire. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 131(3), 232–235. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2004.02.048>
- Deary, I. J., Wilson, J. A., Carding, P. N., & MacKenzie, K. (2003). VoiSS: A patient-derived Voice Symptom Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 483–489. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00469-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00469-5)
- Desuter, G., Gardiner, Q., & Dahan, K. (2009). Laryngeal signs of Ehlers Danlos syndrome in an adult. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 141(3), 428–429. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2009.02.018>
- Farías, P. (2018). Diagnóstico de la función vocal en voz ocupacional: La disfonía del docente calificada según la CIF. *Areté*, 18(2), 33–54. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.ART.18204>
- Fuentes Aracena, C. (2023). Odinofonía: una actualización clínica. *Revista de Investigación e Innovación En Ciencias de La Salud*, 5(1), 191–214. <https://doi.org/10.46634/riics.169>
- Fuentes, C., Briones, V., Curinao, C., Duque, F., & Hernández, I. (2019). Repercusiones vocales del síndrome de hiperlaxitud articular. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 39(4), 173–181. <https://doi.org/10.1016/j.rfa.2019.05.002>
- Fujiki, R. B., & Sivasankar, M. P. (2017). A review of vocal loading tasks in the voice literature. *Journal of Voice*, 31(3), 388.e33–388.e39. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.09.019>
- Galletti, B., Sireci, F., Mollica, R., Iacona, E., Freni, F., Martines, F., Scherdel, E. P., Bruno, R., Longo, P., & Galletti, F. (2020). Vocal Tract Discomfort Scale (VTDS) and Voice Symptom Scale (VoiSS) in the early identification of Italian teachers with voice disorders. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 24(3), 323–329. <https://doi.org/10.1055/S-0039-1700586>
- Goodall, A., Qureshi, E., & Siddiq, M. (2014). Recurrent laryngeal dislocation in Ehlers-Danlos syndrome. *Journal of Otolaryngology & Rhinology*, 03(05). <https://doi.org/10.4172/2324-8785.1000179>

- Guimarães, I., Torrejano, G., Aires, R., Caetano, M., Fernandes, A., Martins, P., & Luís, L. (2023). Voice Handicap Index: Cut-off points for screening European Portuguese with voice disorders. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2023.08.018>
- Haskell, J. A. (1987). Vocal self-perception: The other side of the equation. *Journal of Voice*, 1(2), 172-179. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(87\)80042-5](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(87)80042-5)
- Haskell, J. A. (1991). Adjusting adolescents' vocal self-perception. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 22(3), 168-172. <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2203.168>
- Jacobson, B. H., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M. S., & Newman, C. W. (1997). The Voice Handicap Index (VHI). *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(3), 66-69. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0603.66>
- Jeffery, T., Postavaru, G. I., Matei, R., & Meizel, K. (2024). "I have had to stop singing because I can't take the pain": Experiences of voice, ability, and loss in singers with hypermobility spectrum disorders. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*, 38(4), 966.e19-966.e29. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.11.017>
- Mendes, A. L. F., de Lucena, B. T. L., de Araújo, A. M. G. D., de Melo, L. P. F., Lopes, L. W., & Silva, M. F. B. D. L. (2016). Teacher's voice: vocal tract discomfort symptoms, vocal intensity and noise in the classroom. *CoDAS*, 28(2), 168-175. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015027>
- Moghtader, M., Soltani, M., Mehravar, M., JafarShaterzadehYazdi, M., Dastoorpoor, M., & Moradi, N. (2020). The relationship between vocal fatigue index and voice handicap index in university professors with and without voice complaint. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*, 34(5), 809.e1-809.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.01.010>
- Nanjundeswaran, C., Jacobson, B. H., Gartner-Schmidt, J., & Verdolini Abbott, K. (2015). Vocal Fatigue Index (VFI): Development and validation. *Journal of Voice*, 29(4), 433-440. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.09.012>
- Núñez-Batalla, F., Morato-Galán, M., García-López, I., & Ávila-Menéndez, A. (2015). Adaptación fonética y validación del método de valoración perceptual de la voz CAPE-V al español. *Acta Otorrinolaringológica Espanola*, 66(5), 249-257. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2014.07.007>
- Saeedi, M., Yadegari, M., Aghadoost, S., & Naderi, M. (2022). Vocal tract discomfort and voice handicap index in patients undergoing thyroidectomy. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 47(1), 49-55. <https://doi.org/10.1080/14015439.2020.1864466>
- Sharp, E., & Cook, R. (2024). Voice Symptoms and wellbeing in school teachers in England. *Journal of Voice*, 38(5), 1252.e1-1252.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2022.02.005>
- Tafiadis, D., Chronopoulos, S. K., Sifaka, V., Drosos, K., Kosma, E. I., Toki, E. I., & Ziavra, N. (2017). Comparison of Voice Handicap Index scores between female students of speech therapy and other health professions. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*, 31(5), 583-588. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.01.013>
- Tafiadis, D., Helidoni, M. E., Chronopoulos, S. K., Kosma, E. I., Alexandropoulou, A., Ziavra, N., & Velegrakis, G. A. (2020). The Hellenic Voice Handicap Index of different laryngeal mass lesions: A Receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*, 34(6), 966.e1-966.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.06.016>
- Tahamtan, M., Kakavandi, A., Scherer, R. C., & Vahedi, M. (2023). Vocal Tract Discomfort symptoms in elementary and high school teachers. *Journal of Voice*, 37(1), 68-78. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.11.009>
- Vallur, S., & Jagadeeswaran, V. U. (2025). Comparative utility of Voice Symptom Scale, Voice Handicap Index, and GRBAS in assessing voice disorders: A clinical study. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s12070-025-05346-2>
- Watanabe, K., Sato, T., Honkura, Y., Kawamoto-Hirano, A., Kashima, K., & Katori, Y. (2020). Characteristics of the Voice Handicap Index for patients with unilateral vocal fold paralysis who underwent arytenoid adduction. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*, 34(4), 649.e1-649.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.12.012>
- Woźnicka, E., Niebudek-Bogusz, E., Kwiecień, J., Wiktorowicz, J., & Śliwińska-Kowalska, M. (2012). Applicability of the Vocal Tract Discomfort (VTD) scale in evaluating the effects of voice therapy of occupational voice disorders. *Medycyna Pracy*, 63(2), 141-152.

