DOI: https://doi.org/10.62954/ehh56y94 Revista Mexicana de Investigación Médica Número 5 Mayo-Octubre pp 53-65
Recepción: 28/03/2025
Aceptado: 2/07/2026
Publicado en línea: 02/09/2026

ARTÍCULO ORIGINAL

SENTIDO DE COHERENCIA Y DESVENTAJA VOCAL AUTORREPORTADA EN ADULTOS DE CÓRDOBA, ARGENTINA

UN ESTUDIO EXPLORATORIO

SENSE OF COHERENCE AND SELF-REPORTED VOCAL DISABILITY IN ADULTS IN CÓRDOBA, ARGENTINA: AN EXPLORATORY STUDY

Lucia López Brondo[a*], Victoria Pairola[a], Silvana Valeria Serra[a]

[a]Escuela de Fonoaudiología, Departamento Raquel Maurette, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Av. Enrique Barros s/n, Ciudad Universitaria, Córdoba (X5000HUA), Argentina.

***Autor de correspondencia:** lucialopez@mi.unc.edu.ar*

RESUMEN

La salud, entendida desde un enfoque salutogénico, se vincula con la capacidad de las personas para movilizar recursos que favorecen su bienestar. En este marco, el sentido de coherencia (SOC) constituye un recurso psicológico global asociado con la forma en que los individuos comprenden, gestionan y otorgan significado a sus experiencias, lo que podría influir en la percepción de la salud en distintos dominios, incluida la voz. El presente estudio tuvo como objetivo explorar la relación entre el SOC y la desventaja vocal autorreportada (DVA) en adultos residentes en la provincia de Córdoba, Argentina, durante el período 2024–2025. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo-correlacional y de corte transversal en una muestra de 183 adultos residentes en la provincia de Córdoba, con predominio del sexo femenino (78%) y una media de edad de cuarenta años. El 55% de los participantes refirió presentar al menos un antecedente de salud previo o actual. Dentro de los antecedentes autoinformados se incluyeron antecedentes vocales, cardiovasculares, endocrinos, gastrointestinales, auditivos, entre otros. Se aplicó un cuestionario digital que incluyó variables sociodemográficas, la versión en español de la Escala de Sentido de Coherencia (SOC-13), basada en adaptaciones transculturales realizadas en población hispanohablante, y el Índice de Desventaja Vocal abreviado (IDV-10), validado para población argentina. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales mediante coeficiente de Spearman, Chi-cuadrado y Kruskal-Wallis ($p < 0,05$). Los resultados evidenciaron una correlación negativa débil pero significativa entre el SOC global y la DVA ($\varrho = -0,17$; $p = 0,025$), lo que indicó que mayores niveles de SOC se asociaron con menor impacto vocal percibido. Sin embargo, no se observaron asociaciones significativas en los análisis categóricos. Al analizar las dimensiones del SOC, sólo la comprensibilidad mostró asociación significativa, en un sentido no concordante con lo esperado, vinculándose con mayor reporte de dificultades vocales. En conclusión, el SOC se relaciona con la DVA de manera limitada y no uniforme, al sugerir una influencia parcial y dependiente de múltiples factores.

Palabras clave: *sentido de coherencia, voz, desventaja vocal autorreportada, autoinforme, calidad de vida, adulto, factores psicosociales.*

ABSTRACT

Health, from a salutogenic perspective, is associated with individuals' ability to mobilize resources that support their well-being. Within this framework, the sense of coherence (SOC) is a global psychological resource related to how individuals comprehend, manage, and find meaning in their experiences, which may influence health perception across different domains, including voice. This study aimed to explore the relationship between SOC and self-reported vocal handicap (SRVH) in adults living in Córdoba, Argentina, during 2024–2025. A quantitative, observational, descriptive-correlational, and cross-sectional study was conducted in a sample of 183 adults residing in the province of Córdoba, predominantly female (78.0%), with a mean age of forty years. Fifty-five percent of participants reported at least one previous or current pathology, mainly voice, cardiovascular, endocrine, gastrointestinal, and auditory disorders. A digital questionnaire was administered, including sociodemographic variables, the Spanish version of the Sense of Coherence Scale (SOC-13), based on cross-cultural adaptations conducted in Spanish-speaking populations, and the abbreviated Índice de Desventaja Vocal (IDV-10), validated for the Argentine population. Descriptive and inferential analyses were performed using Spearman's correlation, Chi-square test, and Kruskal–Wallis test ($p < 0.05$). Results showed a weak but statistically significant negative correlation between global SOC and SRVH ($\varrho = -0.17$; $p = 0.025$), indicating that higher SOC levels were associated with lower perceived vocal impact. However, no significant associations were found in categorical analyses. When analyzing SOC dimensions, only comprehensibility showed a significant association, in a direction not consistent with theoretical expectations, being linked to greater self-reported vocal difficulties. In conclusion, SOC is related to SRVH in a limited and non-uniform manner, suggesting a partial and context-dependent influence on vocal self-perception.

Keywords: *Sense of Coherence; Voice; Self-Reported Vocal Handicap; Self Report; Quality of Life; Adult; Psychosocial Factors.*

Esta obra está bajo Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

La salud se entiende como un proceso dinámico, integral y continuo, resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Este enfoque reconoce que el bienestar no depende únicamente del funcionamiento orgánico, sino también de la capacidad del individuo para afrontar y adaptarse a las tensiones cotidianas mediante la movilización de recursos personales y contextuales[1]. En este sentido, la salud se configura como una experiencia compleja que integra dimensiones objetivas y subjetivas, en constante interacción con el entorno.

En este marco, la salutogénesis, propuesta por Antonovsky, introduce un cambio de paradigma al desplazar la atención desde los factores asociados a la enfermedad hacia aquellos que promueven y sostienen la salud [2]. Este modelo plantea que las personas transitan de manera continua entre los polos de salud y enfermedad, en función de su capacidad de autorregulación y adaptación frente a las demandas del contexto[3]. Dentro de esta perspectiva, el sentido de coherencia (SOC) se define como un recurso psicológico global que expresa la orientación del individuo hacia la comprensión, manejabilidad y significatividad de las experiencias vitales. La comprensión refiere a la capacidad de percibir los estímulos internos y externos como estructurados, predecibles y comprensibles; la manejabilidad alude a la percepción de disponer de recursos suficientes para afrontar las demandas del entorno; y la significatividad se relaciona con la capacidad de otorgar sentido y valor a dichas experiencias [4].

Estudios realizados en distintos contextos socioculturales han asociado niveles elevados de SOC con mejores indicadores de salud percibida, bienestar psicológico y calidad de vida[5]. Un SOC elevado se ha asociado con estrategias de afrontamiento más adaptativas, mayor bienestar subjetivo y una mejor percepción de la salud y la calidad de vida, actuando como factor protector frente al estrés y diversas condiciones crónicas[6]. Asimismo, se ha planteado una relación bidireccional entre el SOC y la salud, en la medida en que un estado sostenido de bienestar puede fortalecer este recurso, al tiempo que un alto SOC favorece la adopción de conductas saludables y estrategias de autocuidado[7].

En el campo fonoaudiológico, estos postulados adquieren particular relevancia, dado que los procesos comunicativos y sensoriales se encuentran estrechamente vinculados con la participación social, la autonomía y el funcionamiento cotidiano[8]. En este sentido, la voz constituye un fenómeno complejo que trasciende los mecanismos fisiológicos implicados en su producción, al involucrar dimensiones comunicativas, emocionales y sociales que le otorgan significado en la vida diaria[9]. Desde un enfoque biopsicosocial, la salud vocal no se define únicamente por la ausencia de alteraciones orgánicas, sino también por el impacto que la voz tiene en el desempeño funcional de las personas[10]. Del mismo modo, las alteraciones vocales pueden generar repercusiones significativas sobre la calidad de vida y el bienestar cotidiano[11].

La evaluación de la desventaja vocal autorreportada (DVA) resulta relevante debido a que la experiencia subjetiva del funcionamiento vocal no siempre se corresponde con parámetros objetivos de la función vocal[12]. Esta perspectiva subraya la importancia de incorporar medidas de autorreporte en la evaluación fonoaudiológica y considerar el impacto funcional y emocional asociado al uso de la voz[13]. Esta también constituye un recurso central para la comunicación interpersonal, la interacción social y la construcción de la identidad del hablante[14]. En este sentido, las dificultades percibidas en el uso vocal pueden afectar distintas dimensiones del bienestar cotidiano[15]. A fines de la década de los noventa comenzaron a desarrollarse herramientas

de autorreporte orientadas a evaluar el impacto subjetivo de las alteraciones vocales[10]. Posteriormente, este tipo de instrumentos fue ampliamente utilizado y validado en distintos contextos clínicos y poblacionales[11]. Del mismo modo, algunas investigaciones destacaron el valor complementario de las medidas de autorreporte respecto de la evaluación clínica tradicional[16]. Otras señalaron su utilidad para comprender el impacto subjetivo de las dificultades vocales en la vida cotidiana[11].

En este marco, el SOC, en tanto recurso asociado con la regulación emocional, las estrategias de afrontamiento y la percepción de control[17], podría vincularse con la manera en que las personas experimentan y valoran el impacto de su voz en la vida diaria. Un SOC elevado podría favorecer una interpretación más adaptativa de las demandas comunicativas y una mejor gestión de las exigencias asociadas al uso de la voz. Por el contrario, niveles bajos podrían limitar la movilización de estos recursos y aumentar la vulnerabilidad frente a situaciones de estrés, con posibles repercusiones en la percepción subjetiva de la salud vocal[2].

No obstante, la relación entre el SOC y la DVA no puede asumirse de manera directa, ya que la experiencia vocal se encuentra modulada por múltiples factores situacionales, tales como las demandas comunicativas, el contexto laboral y las exigencias sociales, que interactúan con procesos de autorregulación corporal y emocional asociados al uso de la voz[18]. En consecuencia, el vínculo entre los recursos asociados al SOC y la percepción subjetiva del impacto vocal podría configurarse de manera compleja y no necesariamente lineal, lo que plantea la necesidad de indagar empíricamente esta relación[19].

A pesar del creciente interés por el SOC en distintos dominios de la salud, persiste un vacío de conocimiento respecto de su posible asociación con la percepción de desventaja vocal en la población adulta.

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo explorar la relación entre los puntajes obtenidos en la escala SOC-13 y el cuestionario IDV-10 en adultos residentes en la provincia de Córdoba, Argentina, durante el período 2024–2025.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Se adoptó un enfoque cuantitativo con un diseño observacional, descriptivo-correlacional y de corte transversal.

Población y Muestra

La población de estudio estuvo compuesta por adultos mayores de dieciocho años, de ambos sexos, residentes en la provincia de Córdoba, Argentina.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, complementado con la técnica de bola de nieve. La muestra final quedó conformada por 183 participantes que aceptaron participar voluntariamente, firmaron el consentimiento informado y completaron íntegramente el formulario de recolección de datos. Los participantes fueron reclutados entre los años 2024 y 2025 mediante difusión virtual y presencial. La convocatoria virtual se realizó a través del envío del formulario digital por correo electrónico y aplicaciones de mensajería instantánea a contactos personales. La convocatoria presencial se efectuó durante campañas de promoción de la salud auditiva y vocal, así como en el Departamento «Raquel Maurette» de la Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

No se realizó cálculo previo del tamaño muestral ni selección aleatoria de participantes, debido al carácter exploratorio del estudio y a las condiciones de accesibilidad de la población durante el período de recolección.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyeron personas adultas mayores de diecicocho años, residentes en la provincia de Córdoba, Argentina, que aceptaron participar voluntariamente y completaron el formulario de recolección de datos. No se estableció como criterio de inclusión la presencia de una patología vocal, debido a que la percepción subjetiva de la voz puede verse influida por factores individuales, comunicativos y contextuales, no limitándose exclusivamente a la presencia de una alteración vocal diagnosticada. Se excluyeron aquellas personas que manifestaron de manera verbal o escrita presentar dificultades cognitivas o de comprensión que pudieran interferir en la adecuada interpretación y respuesta de los cuestionarios. Asimismo, durante la administración presencial, las investigadoras observaron la capacidad de comprensión de las consignas y excluyeron aquellos casos en los que se evidenciaron dificultades significativas para completar el formulario de manera autónoma. También fueron excluidos los formularios incompletos.

Procedimiento

El estudio contó con la aprobación previa del Comité Institucional de Ética en Investigación en Salud del Hospital Nacional de Clínicas, perteneciente a la Universidad Nacional de Córdoba (CIEIS-HNC-UNC), y con los registros provinciales vigentes (REPIS-3450), según disposición NO-2023-710207-UNC-CE#HNC. Del mismo modo, se obtuvo la autorización institucional del Departamento «Raquel Maurette» de la Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Todos los procedimientos se realizaron conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y a la normativa ética y legal vigente.

La recolección de datos se realizó mediante un formulario digital alojado en *Google Forms*, administrado tanto de manera virtual como presencial. En la modalidad virtual, el enlace al formulario fue distribuido mediante correo electrónico y aplicaciones de mensajería instantánea. En la modalidad presencial, los participantes completaron el mismo formulario digital utilizando dispositivos electrónicos provistos por las investigadoras o sus propios dispositivos móviles durante las instancias de reclutamiento.

Previo al acceso al cuestionario, todos los participantes leyeron y aceptaron un consentimiento informado, mediante el cual se garantizó la comprensión de los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos del estudio, así como el carácter voluntario, confidencial y reversible de su participación.

Técnicas e Instrumentos de recolección de la información

Los datos se obtuvieron mediante un formulario digital denominado «Cuestionario sobre aspectos de salud», alojado en *Google Forms*, integrado por los siguientes instrumentos:

Cuestionario diseñado ad hoc: elaborado específicamente para esta investigación con el propósito de relevar información sociodemográfica y antecedentes de salud para la caracterización de la muestra. El instrumento estuvo conformado por doce ítems de elaboración propia. Incluyó preguntas vinculadas a edad (categorizada en adultez joven: 18–29 años; adultez media: 30–59 años; adultez mayor: ≥60 años), sexo, situación de pareja, ocupación y nivel educativo. También se relevaron características descriptivas relacionadas con hábitos y antecedentes de salud, tales como consumo de mate, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, uso de medicación y presencia de antecedentes

de salud previos o actuales autoinformadas, con el fin de caracterizar la población estudiada desde un enfoque biopsicosocial. Estas características fueron consideradas únicamente con fines descriptivos y no fueron incorporadas al análisis inferencial del estudio. Previo a su aplicación, el cuestionario fue sometido a revisión por profesionales del área fonoaudiológica y metodológica con experiencia en investigación, quienes evaluaron la claridad, pertinencia y adecuación de los ítems.

Escala de Sentido de Coherencia (SOC-13): se utilizó la versión en español del cuestionario de autorreporte desarrollado por Antonovsky, empleada previamente en población hispanohablante y con adecuadas propiedades de confiabilidad y consistencia interna reportadas en la literatura[20]. Si bien no se dispone de una adaptación transcultural específica ni de puntos de corte estandarizados para población argentina, el instrumento ha sido ampliamente utilizado en investigaciones internacionales para medir el SOC. La escala evalúa tres dimensiones del SOC: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. Está compuesta por trece ítems con formato de respuesta tipo Likert de siete opciones, con valores entre 1 («nunca») y 7 («siempre»). Los ítems se agrupan en tres subescalas: comprensibilidad (ítems 2, 6, 8, 9 y 11), manejabilidad (ítems 3, 5, 10 y 13) y significatividad (ítems 1, 4, 7 y 12). El puntaje total oscila entre 13 y 91 puntos, donde valores más elevados indican un mayor SOC. Para el análisis, se invirtieron los ítems 1, 2, 3, 7 y 10 debido a su redacción negativa. El puntaje total del SOC-13 fue analizado como variable cuantitativa continua. Adicionalmente, y debido a la ausencia de puntos de corte universales para su interpretación, se realizó una categorización exploratoria basada en la distribución empírica de los puntajes observados en la muestra. Para ello, se utilizaron percentiles muestrales (percentil 25 = 52; percentil 50 = 58; percentil 75 = 63) con el propósito de identificar niveles relativos de SOC bajo (≤52), moderado (53–63) y alto (>63) dentro de la población estudiada. Esta categorización tuvo fines exclusivamente descriptivos y analíticos, sin implicancias diagnósticas o clínicas.

Índice de Desventaja Vocal abreviado (IDV-10): Adaptación cultural al español rioplatense de Argentina del Voice Handicap Index abreviado (VHI-10), desarrollada y validada por Román-Zubeldia y Farías[12]. El IDV-10 es un instrumento de autorreporte utilizado para evaluar la percepción subjetiva del impacto psicosocial que las alteraciones vocales percibidas generan sobre la vida cotidiana de la persona, lo que permitió inferir la DVA. El instrumento está compuesto por diez ítems derivados de la versión original de treinta ítems propuesta por Jacobson y colaboradores[10]. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de cinco opciones, con valores entre 0 («nunca») y 4 («siempre»). El puntaje total se obtiene mediante la suma de las respuestas, con un rango posible entre 0 y 40 puntos, donde valores más elevados indican mayor grado de desventaja vocal percibida. La versión argentina del IDV ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad tanto en su versión completa (IDV-30) como abreviada (IDV-10) (21). En el presente estudio, el puntaje total del IDV-10 fue analizado como variable cuantitativa continua.

Análisis de la información

El procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo en el Departamento de Investigación Científica, Extensión y Capacitación «Raquel Maurette» de la ESFO, FCM, UNC. Se utilizó el *software InfoStat*, versión 2020 (Facultad de Ciencias Agrarias, UNC), y se estableció un nivel de significancia de $p < 0,05$. Además, se empleó *Microsoft Word* para la elaboración de gráficos descriptivos.

Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar la muestra y las variables estudiadas. Este incluyó

el cálculo de frecuencias absolutas, frecuencias relativas o porcentajes (%), medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar [DE] y rango intercuartílico [Q1–Q3]). Para las variables categóricas se reportaron %, a fin de facilitar la interpretación de la distribución de la muestra. Asimismo, se evaluó la distribución de los puntajes mediante el coeficiente de asimetría, con el propósito de determinar la simetría o sesgo de los datos y justificar la aplicación de pruebas paramétricas o no paramétricas.

Posteriormente, se aplicaron procedimientos estadísticos diferenciados según la naturaleza de las variables. Para el análisis de correlación entre variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de Spearman (ρ). Para las asociaciones entre variables categóricas se empleó la prueba de Chi-cuadrado de independencia, complementada con el coeficiente de contingencia de Cramer, con el fin de estimar la fuerza de la relación. Finalmente, para comparar diferencias entre más de dos grupos independientes en variables cuantitativas que no cumplían los supuestos de normalidad, se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Distribución de Variables Sociodemográficas y de Salud

La muestra estuvo conformada por 183 adultos de la provincia de Córdoba. En la Tabla I se presentan las características sociodemográficas y de salud de los participantes.

Tabla I. *Características sociodemográficas y de salud de la muestra (N=183)*

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Femenino	143	78
	Masculino	40	22
Edad	18–29 años	74	40
	30–59 años	84	46
	≥60 años	25	14
Nivel educativo	Primario incompleto	2	1
	Primario completo	5	3
	Secundario incompleto	3	2
	Secundario completo	35	18
	Terciario/universitario incompleto	51	28
	Terciario/universitario completo	87	48
Situación de pareja	Soltero/a	68	37
	En pareja	54	30
	Casado/a	47	25
	Separado/a	12	7
	Viudo/a	2	1
Ocupación	Profesional	62	34,1
	Estudiante sin empleo	55	30
	Estudiante con empleo	22	11,8
	Trabajador no profesional	30	16,5
	Jubilado/retirado	12	6,5
	Desocupado	2	1,2
Consumo de medicación	Sí	75	41
	No	108	59
Consumo excesivo de alcohol	Sí	9	5
	No	174	95
Tabaquismo	No fumador/a	158	86
	Fumador/a actual	25	14
Tiempo de tabaquismo	1–10 años	8	31
(fumadores, n=25)	11–20 años	9	34
	20–30 años	3	12
	>30 años	6	23
Consumo de mate	No consume	37	20
	0,25–1,5 L/día	100	54
	1,6–2,5 L/día	36	20
	>2,5 L/día	10	6
Antecedentes de salud autoinformados	Sin antecedentes de salud referidos	83	45
	Múltiples antecedentes de salud referidos	34	19
	Antecedentes vocales autoinformados	21	11
	Antecedentes cardiovasculares autoinformados	12	7
	Antecedentes endocrinos autoinformados	9	5
	Antecedentes gastrointestinales autoinformados	9	5
	Antecedentes auditivos autoinformados	8	4
	Antecedentes oncológicos autoinformados	3	2
	Antecedentes musculoesqueléticos autoinformados	2	1
	Antecedentes psiquiátricos autoinformados	2	1

Nota. Los porcentajes se calcularon en función del total de la muestra (N = 183).

Distribución del SOC

El puntaje del SOC-13 presentó una distribución aproximadamente simétrica, con predominio de valores intermedios. Al categorizar los puntajes según puntos de corte establecidos, se observó un predominio del nivel moderado de SOC, seguido del nivel bajo y, en menor proporción, del nivel alto. Los estadísticos descriptivos del puntaje total del SOC-13 se presentan en la Tabla II. De igual modo, la distribución del SOC-13 según categorías (bajo, moderado y alto) se presenta en la Tabla III.

Tabla II. *Estadísticos descriptivos del puntaje total del SOC-13 en la muestra (N=183)*

Variable	Media	DE	Mediana	Q1	Q3	Mínimo	Máximo	Asimetría
SOC-13	57,75	7,35	58	52	63	35	78	-0,12

Nota. SOC-13: escala de sentido de coherencia de 13 ítems; DE: desviación estándar; Q1: primer cuartil; Q3: tercer cuartil. La asimetría indica la forma de la distribución del puntaje en la muestra.

Tabla III. *Distribución del SOC-13 según categorías*

Nivel de SOC	n	%
Bajo (≤52)	46	25
Moderado (53–63)	96	52
Alto (>63)	41	23

Nota. La frecuencia (%) expresa el porcentaje de participantes en cada categoría respecto del total de la muestra (N = 183). El SOC se categorizó en bajo (≤52), moderado (53–63) y alto (>63).

Distribución de la DVA

Los estadísticos descriptivos del puntaje total del IDV-10 se presentan en la Tabla IV. El puntaje mostró una distribución con asimetría positiva, caracterizada por la concentración de valores en los niveles más bajos de la escala.

Tabla IV. Estadísticos descriptivos del puntaje total del IDV-10 en la muestra (N=183)

Variable	Media	DE	Mediana	Q1	Q3	Mínimo	Máximo	Asimetría
IDV-10	1,11	1,27	1	0	2	0	6	1,09

Nota. IDV-10: Índice de Desventaja Vocal abreviado; DE: desviación estándar; Q1: primer cuartil; Q3: tercer cuartil. La asimetría indica la forma de la distribución del puntaje en la muestra.

Relación entre el SOC y la DVA

Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el SOC global y la DVA. El coeficiente de Spearman mostró una correlación negativa débil pero estadísticamente significativa (ϱ = −0,17; p = 0,0254).

En el análisis por dimensiones, la comprensibilidad fue la única que mostró una asociación estadísticamente significativa con el IDV-10, aunque de magnitud débil. La correlación observada fue positiva (ϱ = 0,16; p = 0,0301), lo que indicó que mayores niveles de comprensibilidad se asociaron con mayores puntajes en el IDV-10. En cambio, la manejabilidad (ϱ = 0,07; p = 0,3791) y la significatividad (ϱ = −0,1; p = 0,1967) no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con el IDV-10.

Los resultados completos se presentan en la Tabla V. La distribución del puntaje total del IDV-10 según los niveles de SOC se presenta en la Figura 1.

Tabla V. Asociación entre SOC-13 e IDV-10

Análisis	Variable	ρ	p
Spearman	SOC-13 vs IDV-10	-0,17	0,0254
Spearman	Comprensibilidad vs IDV-10	0,16	0,0301
Spearman	Manejabilidad vs IDV-10	0,07	0,3791
Spearman	Significatividad vs IDV-10	-0,10	0,1967

Nota. SOC-13: escala de sentido de coherencia de 13 ítems; IDV-10: Índice de Desventaja Vocal abreviado. ρ: coeficiente de correlación de Spearman; p: valor de significancia estadística (p < 0,05 indica significancia estadística).

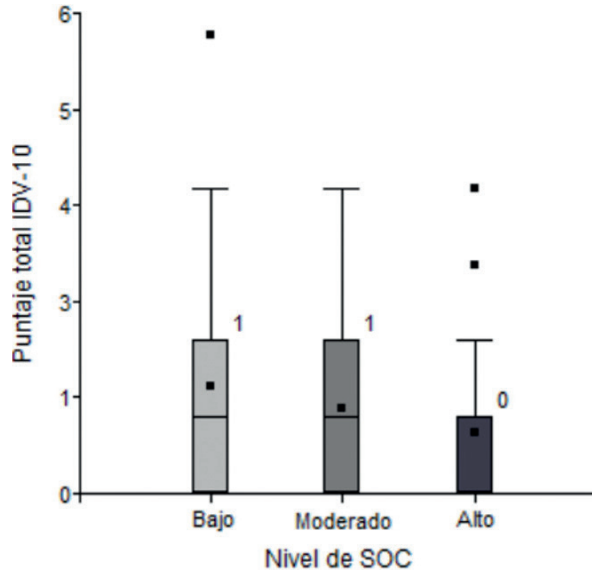


Figura 1. *Distribución del puntaje total del IDV-10 según nivel de SOC.*

Nota. Se presentan diagramas de caja del puntaje total del IDV-10 según los niveles bajo, moderado y alto de SOC en la muestra (N = 183). Las cajas representan el rango intercuartílico (Q1–Q3), la línea central indica la mediana, los puntos corresponden a valores atípicos y los extremos de los bigotes representan los valores mínimo y máximo sin atípicos.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidenciaron una asociación entre los puntajes obtenidos en la escala SOC-13 y el IDV-10, en la que niveles más elevados de SOC tendieron a vincularse con una menor percepción de desventaja vocal. No obstante, la magnitud de esta relación fue débil y no se sostuvo de manera consistente cuando el SOC se analizó de forma categórica, lo que sugiere que la influencia de este recurso salutogénico sobre la percepción subjetiva del impacto vocal es limitada o dependiente de otros factores no contemplados. En este sentido, los hallazgos permiten responder al objetivo planteado, al indicar que el SOC se relaciona con la percepción subjetiva de desventaja vocal, aunque de forma acotada y no uniforme.

Estos resultados coinciden con la escasa evidencia disponible que ha examinado de manera directa la relación entre el SOC y variables de autorreporte vocal. En docentes sometidos a alta demanda vocal durante la enseñanza remota, se ha observado que mayores niveles de SOC se asocian con menor fatiga vocal y menor desventaja vocal autoinformada, así como con menor presencia de molestias físicas y restricciones en el uso de la voz[22]. De manera similar, en profesionales de la salud se ha reportado una correlación negativa, débil pero significativa, entre el SOC y la sintomatología vocal evaluada mediante la escala *Voice Symptom Scale* al evidenciar que una menor capacidad de afrontamiento se vincula con mayor reporte de síntomas vocales[23]. En conjunto, estos hallazgos empíricos son consistentes con los resultados del presente estudio y refuerzan la idea de que el SOC podría asociarse con la percepción subjetiva del impacto vocal, aunque con una magnitud reducida.

Desde el marco salutogénico, esta relación puede interpretarse considerando que el SOC actúa como un recurso global que modula la forma en que las personas comprenden, gestionan y otorgan

significado a las demandas del entorno[24]. En línea con esta perspectiva, el SOC no operaría como un determinante directo de la función vocal, sino como un modulador de la experiencia subjetiva vinculada al uso de la voz, particularmente en contextos de estrés o alta demanda comunicativa. De igual modo, algunos autores han señalado la relevancia de los recursos salutogénicos para la promoción de la salud vocal, especialmente en poblaciones expuestas a elevadas demandas comunicativas, como los docentes[25]. Esto permitiría explicar por qué la asociación observada con los puntajes del IDV-10 es débil y no uniforme.

Asimismo, evidencia proveniente de estudios relacionados, aunque no centrados específicamente en el SOC, refuerza esta interpretación. Se ha demostrado que una mayor conciencia interoceptiva se asocia con mayor congruencia vocal, entendida como la percepción de coherencia entre la voz y la identidad personal[26], así como con una mejor integración de la voz en la identidad del individuo[27]. Por el contrario, en pacientes con trastornos funcionales de la voz, una menor capacidad para regular la atención hacia las sensaciones corporales se ha vinculado con mayores niveles de desventaja y fatiga vocal[28]. Estos hallazgos sugieren que los recursos internos relacionados con la percepción corporal, la autorregulación y el afrontamiento, dimensiones conceptualmente próximas al SOC, desempeñan un papel relevante en la forma en que las personas experimentan el impacto subjetivo de su voz.

La débil magnitud de la asociación observada en el presente estudio podría explicarse, además, por la naturaleza altamente contextual de la experiencia vocal. La vivencia de la voz se encuentra influida por factores situacionales, como las demandas comunicativas, el uso profesional, los hábitos vocales y las características del entorno social y laboral[19]. Igualmente, las experiencias vocales autorreportadas pueden verse moduladas por variables emocionales, cognitivas y contextuales que exceden el alcance de recursos salutogénicos globales como el SOC[29]. En esta línea, se ha señalado que la percepción de desventaja vocal puede presentar variaciones temporales y contextuales significativas, incluso dentro de un mismo individuo, en función de factores emocionales y situacionales[30]. Estos elementos introducen variabilidad en la percepción subjetiva del impacto vocal, lo que podría atenuar la expresión de este recurso en un dominio funcional específico.

El análisis de las dimensiones del SOC aporta un matiz adicional. La asociación observada exclusivamente con la comprensibilidad sugiere que la capacidad de interpretar y estructurar cognitivamente las experiencias podría desempeñar un rol particular en la percepción subjetiva de la voz. Este hallazgo podría vincularse con la capacidad de reconocer cambios en el funcionamiento vocal y otorgarles coherencia dentro de la experiencia corporal. En cambio, la ausencia de asociaciones con la manejabilidad y la significatividad sugiere que no todos los componentes del SOC se expresan de igual manera en este dominio, lo que refuerza la idea de una relación parcial y no homogénea.

Por otra parte, la inconsistencia de los resultados en los análisis categóricos podría vincularse con aspectos metodológicos. La categorización de una variable continua, como el SOC, puede reducir la variabilidad de los datos y limitar la detección de asociaciones de baja magnitud, particularmente en fenómenos complejos[31]. Asimismo, esta estrategia puede disminuir la sensibilidad estadística y simplificar relaciones que originalmente se expresan de manera continua [32], lo que podría haber influido en los resultados observados.

En conjunto, los hallazgos del presente estudio se alinean con la evidencia que vincula al SOC con mejores indicadores de salud percibida y bienestar subjetivo[33]. De la misma manera, sugieren que su influencia sobre la percepción subjetiva del impacto

vocal sería más sutil y probablemente mediada por factores contextuales, corporales y psicosociales[34]. En este sentido, el estudio contribuye a ampliar la comprensión de la relación entre recursos salutogénicos y experiencias subjetivas vinculadas al uso de la voz, en un campo aún poco explorado.

Desde la práctica fonoaudiológica, estos resultados destacan la importancia de incorporar una perspectiva integral en la evaluación de la salud vocal, considerando no solo aspectos fisiológicos, sino también variables psicosociales y perceptuales que influyen en la experiencia subjetiva de la voz. Si bien el SOC no se configura como un determinante directo del impacto vocal percibido, su consideración podría enriquecer la comprensión clínica y el abordaje terapéutico.

En relación con la muestra, la sobrerrepresentación femenina, el elevado nivel educativo y la presencia de antecedentes de salud previos o actuales constituyen características sociodemográficas y de salud relevantes para la descripción de la población estudiada. En relación con los hábitos de salud, se observó la presencia de consumo de mate en la mayoría de los participantes, mientras que el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol se presentaron en una proporción menor de la muestra. Estas características se incluyeron con fines exclusivamente descriptivos para la caracterización de la población estudiada, en tanto constituyen factores contextuales vinculados a los estilos de vida y al bienestar general, al contribuir a una descripción integral de la muestra sin implicar relaciones directas con las variables principales del estudio. Asimismo, la baja proporción de adultos mayores limita la generalización de los hallazgos a este grupo etario, por lo que la heterogeneidad sociodemográfica observada debe ser considerada al interpretar los resultados, particularmente en términos de su transferibilidad a otras poblaciones con diferentes perfiles demográficos y de salud.

Entre las limitaciones del estudio se destacan el tamaño muestral reducido y el diseño transversal, que restringen la generalización y la inferencia causal. El uso de instrumentos de autorreporte, si bien permite acceder a la experiencia subjetiva de los participantes, podría estar influido por sesgos individuales. Igualmente, el muestreo no probabilístico y la categorización de variables podrían haber introducido sesgos de selección e información. En relación con la composición de la muestra, la inclusión de población adulta general y no exclusivamente de personas con diagnóstico de alteración vocal limita la interpretación de los resultados en poblaciones clínicas específicas. Sin embargo, esta decisión permitió explorar la percepción subjetiva de la voz desde una perspectiva integral, considerando que la experiencia vocal puede estar influida por factores individuales y contextuales más allá de la presencia de una patología diagnosticada. Por otra parte, si bien la escala SOC-13 utilizada ha sido ampliamente empleada en población hispanohablante y presenta adecuadas propiedades psicométricas reportadas en la literatura, no se dispone hasta el momento de una adaptación transcultural específica ni de puntos de corte validados para población argentina, lo que constituye una limitación para la interpretación de los resultados. No obstante, pese a estas consideraciones, el presente estudio aporta evidencia preliminar en un campo aún escasamente explorado, al examinar la relación entre el SOC y la percepción subjetiva de desventaja vocal en población adulta argentina.

En función de estos hallazgos futuras investigaciones deberían profundizar en el estudio de la relación entre el SOC y la DVA mediante diseños longitudinales e incorporar mediciones objetivas de la voz y variables biomédicas, psicosociales y ambientales. Sería también relevante explorar el rol del SOC como posible mediador o moderador, así como ampliar el tamaño y la diversidad de las muestras para fortalecer la evidencia en este campo.

CONCLUSIÓN

Los resultados del presente estudio permitieron dar respuesta al objetivo de explorar la relación entre el SOC y la DVA en adultos de la provincia de Córdoba, Argentina. Se evidenció una asociación entre los puntajes obtenidos en la escala SOC-13 y el cuestionario IDV-10, aunque de baja magnitud, lo que indica que, si bien el SOC se vincula con la percepción subjetiva del impacto vocal, su influencia sería limitada y probablemente esté modulada por factores contextuales y por las demandas comunicativas cotidianas.

El análisis por dimensiones mostró que únicamente la comprensibilidad se asoció significativamente con los puntajes del IDV-10, y en un sentido no concordante con lo esperado teóricamente. Este hallazgo sugiere que una mayor capacidad para interpretar y organizar las experiencias podría vincularse con una mayor identificación de dificultades vocales percibidas, lo que pone de relieve la complejidad de los procesos implicados en la percepción subjetiva del impacto vocal y cuestiona la existencia de relaciones lineales simples entre recursos salutogénicos y experiencias funcionales específicas.

En conjunto, los resultados evidencian que los recursos personales de carácter global, como el SOC, no necesariamente se traducen en una percepción más favorable del impacto de la voz en la vida cotidiana, lo que delimita su alcance explicativo en este dominio. Estos hallazgos contribuyen a ampliar la comprensión de la salud vocal desde una perspectiva integradora, al considerar la interacción entre factores individuales, contextuales y perceptuales.

Dado el carácter transversal del estudio y la magnitud reducida de las asociaciones observadas, se sugiere el desarrollo de investigaciones futuras que profundicen en esta relación mediante diseños longitudinales e incorporen medidas objetivas de la función vocal, con el fin de esclarecer los mecanismos subyacentes y fortalecer la evidencia en este campo.

Financiamiento

Esta investigación fue financiada por la Beca de Estímulo a las Vocaciones Científicas, otorgada por el Consejo Interuniversitario Nacional (EVC-CIN), así como por el proyecto FORMAR (aprobado por Resolución del Honorable Consejo Superior RHCS-2023-953-E-UNC-REC - PIDTA 2023), perteneciente a la Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Contribuciones de autoría (CRediT):

Lucía López Brondo: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Visualización, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición;

Victoria Pairola: Redacción – revisión y edición;

Silvana Valeria Serra: Administración del proyecto, Supervisión, Redacción – revisión y edición

REFERENCIAS

1.Palomino-Moral PÁ, Da-Silva-Domingues H. Una reflexión acerca de la expansión del concepto salud: desde la ausencia de la enfermedad a la salutogénesis. Revista Derechos Humanos y Educación. 2024;2(10):53–69. doi:https://revistaderechoshumanosyeducacion.es/index.php/DHED/article/view/232

2.Álvarez-Rodríguez, Cid-Henríquez. Sentido de coherencia en adultos jóvenes: revisión integrativa. SANUS: Revista del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora [Internet]. 2023. Available from: https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.322

3.Drageset S, Ellingsen S, Haugan G. Salutogenic nursing home care: Antonovsky's salutogenic health theory as a guide to wellbeing. Health Promot Int [Internet]. 2023. Available from: https://doi.org/10.1093/heapro/daad017

4.Blanco M, Gonzalez K, Ludueña C, Pairola V, Méndez A, Feriozzi F, et al. Bienestar laboral y características de las y los profesionales en fonoaudiología en base al sentido de coherencia: una revisión sistemática cualitativa. Biomento. 2024.

5.Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. J Epidemiol Community Health (1978). 2006 May;60(5):376–81. doi: https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616

6.Da-Silva-Domingues H, Del-Pino-Casado R, Palomino-Moral P, Martínez C, Moreno-Cámara S, Frías-Osuna A. Relationship between sense of coherence and health-related behaviours in adolescents and young adults: A systematic review. BMC Public Health [Internet]. 2022. Available from: https://doi.org/10.1186/s12889-022-12816-7

7.Dziuba A, Krell-Roesch J, Schmidt SCE, Bös K, Woll A. Association Between Sense of Coherence and Health Outcomes at 10 and 20 Years Follow-Up: A Population-Based Longitudinal Study in Germany. Front Public Health. 2021 Dec 10;9. doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.739394

8.Sandoval-Ramírez MA, Herrera-Lillo A, Leal-Kaymalyz C, Dinamarca-Aravena K. Aproximación cualitativa a la diversidad conceptual de la comunicación: Desafíos disciplinares para la Fonoaudiología. Revista Chilena de Fonoaudiología. 2024 Jun 5;23:1–11. doi: https://doi.org/10.5354/0719-4692.2024.69405

9.Muddaloor P, Baraskar B, Shah H, Gopalakrishnan K, Sood D, Pasupuleti PC, et al. The Human Voice as a Digital Health Solution Leveraging Artificial Intelligence. Sensors. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2025. doi: https://doi.org/10.3390/s25113424 PubMed PMID: 40968958.

10.Jacobson BH, Johnson A, Grywalski C, Silbergleit A, Jacobson G, Benninger MS, et al. The Voice Handicap Index (VHI). Am J Speech Lang Pathol. 1997 Aug;6(3):66–70. doi: https://doi.org/10.1044/1058-0360.0603.66

11.Rosen CA, Lee AS, Osborne J, Zullo T, Murry T. Development and Validation of the Voice Handicap Index-10. Laryngoscope. 2004 Sep 3;114(9):1549–56. doi: https://doi.org/10.1097/00005537-200409000-00009

12.Román-Zubeldia J, Farias PG. Adaptación y validación del Voice Handicap Index y su versión abreviada al español rioplatense de Argentina. Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud. 2024 Feb 3;6(1):127–47. doi: https://doi.org/10.46634/riics.265

13.del Valle M, Zamora EV. El uso de las medidas de auto-informe: ventajas y limitaciones en la investigación en Psicología. Alternativas en Psicología [Internet]. 2021 [cited 2026 Apr 21];(47):22–35. Available from: http://hdl.handle.net/11336/173600

14.Díaz C. Salud Vocal o Salud Fonatoria. ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines. 2021 Jun 24;6(1):002. doi: https://doi.org/10.24215/27186199e002

15.Pinheiro AP. Behind a Voice There is a Speaker: Why Vocal Emotion Research Needs to Become 'Personal.' Affect Sci. 2025 Sep 4;6(3):562–74. doi: https://doi.org/10.1007/s42761-025-00317-w

16.Behrman A, Sulica L, He T. Factors Predicting Patient Perception of Dysphonia Caused by Benign Vocal Fold Lesions. Laryngoscope. 2004 Oct 3;114(10):1693–700. doi: https://doi.org/10.1097/00005537-200410000-00004

17.Schäfer SK, Supke M, Kausmann C, Schaubruch LM, Lieb K, Cohrdes C. A systematic review of individual, social, and societal resilience factors in response to societal challenges and crises. Communications Psychology. 2024 Oct 5;2(1):92. doi: https://doi.org/10.1038/s44271-024-00138-w

18.Roy N, Merrill RM, Thibeault S, Parsa RA, Gray SD, Smith EM. Prevalence of Voice Disorders in Teachers and the General Population. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2004 Apr;47(2):281–93. doi: https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/023)

19.Verdolini K, Ramig LO. Review: Occupational risks for voice problems. Logoped Phoniatr Vocol. 2001 Jan 11;26(1):37–46. doi: https://doi.org/10.1080/14015430119969

20.Malagón Aguilera MC, Juvinyà Canal D, Bonmatí Tomàs A, Fernández Peña R, Bosch-Farré C, Bertrán Noguer C, et al. Sentido de coherencia de las enfermeras y validación del cuestionario SOC-13. Metas de Enfermería. 2012;15(9):27–31.

21.Núñez-Batalla F, Corte-Santos P, Señaris-González B, Llorente-Pendás JL, Górriz-Gil C, Suárez-Nieto C. Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal (VHI-30) y su versión abreviada (VHI-10) al español. Acta Otorrinolaringol Esp. 2007 Nov;58(9):386–92. doi: https://doi.org/10.1016/S0001-6519(07)74954-3

22.Valadares G de F, Occhi-Alexandre IGP, Teixeira LC. Relationships Between Sense of Coherence, Self-perception of Voice and Work Environment Among Teachers. Journal of Voice. 2025 May;39(3):843.e1-843.e7. doi: https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2022.12.011

23.Silva MT, Occhi-Alexandre IGP, Teixeira LC. Association Between Vocal Symptoms, Communication, Work Environment, and Sense of Coherence in Hospital Health Professionals. Journal of Voice. 2023 Dec. doi: https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2023.11.010

24.Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass; 1987.

25.Marçal CCB, Heidemann ITSB, Durand MK, Rumor PCF, Arakawa-Belaunde AM, Souza JM de. Salutogenic resources for promoting teachers' vocal health. Revista CEFAC. 2021;23(3). doi: https://doi.org/10.1590/1982-0216/202123310320

26.Crow KM, van Mersbergen M, Payne AE. Vocal Congruence: The Voice and the Self Measured by Interoceptive Awareness. Journal of Voice. 2021 Mar;35(2):324.e15-324.e28. doi: https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.08.027

27.Tucker AE, Crow K, Wark M, Eichorn N, van Mersbergen M. How Does Our Voice Reflect Who We Are? Connecting the Voice and the Self Using Implicit Association Tests. Journal of Voice. 2024 Nov. doi: https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2024.10.018

28.Smeltzer JC, Chiou SH, Shembel AC. Interoception, Voice Symptom Reporting, and Voice Disorders. Journal of Voice. 2025 Sep;39(5):1236–45. doi: https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2023.03.002

29.Behlau M. Voz 1 : o livro do especialista. Vol. 1. Rio de Janeiro: Revinter Ltda; 2001.

30.Nguyen-Feng VN, Frazier PA, Stockness A, Lunos S, Hoedeman AN, Misono S. Assessing Change Over Time in Voice Handicap and Voice-Related Perceived Control Using Ecological Momentary Assessment. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology. 2019 Sep 26;128(9):829–37. doi: https://doi.org/10.1177/0003489419842267

31.MacCallum RC, Zhang S, Preacher KJ, Rucker DD. On the practice of dichotomization of quantitative variables. Psychol Methods. 2002;7(1):19–40. doi: https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.1.19

32.Altman DG, Royston P. The cost of dichotomising continuous variables. BMJ. 2006 May 6;332(7549):1080.1. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.332.7549.1080

33.López F. Bienestar subjetivo o felicidad en atención primaria: una revisión narrativa. Archivos en Medicina Familiar [Internet]. 2021. Available from: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101099

34.Hu Q, Xu J, Ren Y, Ding J, Chu T. Intrinsic capacity and instrumental activity of daily living among community dwelling elderly in China: The mediating effect of two-way social support and sense of coherence. Public Health Nurs [Internet]. 2024. Available from: https://doi.org/10.1111/phn.13505