

Una Perspectiva Psicológico-funcional en la Descripción de las Disfonías

DRA. B. BRUNETTO *
DR. J. MAHALUF **
DR. R. OYARZUN *
FLGO. M. MIRANDA ***
FLGO. J.C. PAINEPAN ***

RESUMEN:

En el presente trabajo los autores exponen su experiencia clínica en la interacción entre factores psicológicos y cambios funcionales relacionados con el aparato fonatorio destacando la necesidad de abordaje terapéutico multidisciplinario en la patología de la voz sea ésta funcional u orgánica.

PALABRAS CLAVES: Disfonía - Funcional - Aspectos Psicológicos.

ABSTRACT:

In this work, the authors explain their clinical experience about the interaction between psychological factors and functional changes related to the vocal system, bringing out the necessity of a multidisciplinary therapeutic approach to the voice pathology, being this a functional or organic one.

KEY WORDS: Dysphonia - Functional - Psychological aspects.

* *Médico Otorrinolaringólogo, Servicio de Otorrino, Hospital Clínico Universidad de Chile, José Joaquín Aguirre.*

** *Médico Psiquiatra, Unidad de Enlace, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, División de Ciencias Médicas Norte.*

*** *Fonoaudiólogo, Servicio de Otorrino, Hospital Clínico Universidad de Chile, José Joaquín Aguirre.*

1. INTRODUCCIÓN

La voz forma parte de nuestra identidad, es así que con frecuencia somos identificados por ella, aún sin vernos. También es una forma de expresión emocional, cuando reímos, lloramos o gritamos de rabia. La voz cambia según nuestro estado de ánimo, con ella seducimos, exigimos, rogamos, convencemos, enseñamos, expresamos opiniones o, simplemente, nos comunicamos. A menudo, este nexo o puente que es la voz, sufre modificaciones también en relación a tensiones excesivas y lesiones de diversas etiologías.

Estas lesiones pueden ser leves y mejorar sólo al exponer el origen del problema al paciente, o ser patologías vocales muy delicadas que requieren tratamientos específicos más complejos.

Para muchas personas las tensiones y el estrés se traducen en cambios funcionales a nivel del área laríngea. Se han encontrado a nivel de la submucosa de la cuerda vocal, terminaciones simpáticas y parasimpáticas así como neuropéptidos lo que explica los cambios de tono a nivel de la musculatura laríngea intrínseca y extrínseca relacionados con los cambios psicológicos (1).

Clínicamente, los pacientes con trastornos de la voz de origen psicológico constituyen un fascinante grupo de personas, en quienes, no es infrecuente, que la intervención terapéutica derive en el mágico retorno de la voz. Sin embargo, la destreza, el conocimiento y la paciencia son verdaderamente muy importantes para abordar esta patología y poder dar solución real al problema, ya que la mayoría de estos pacientes requiere de tratamientos más prolongados abordando sus problemas para así mejorar la función vocal (2).

El análisis que se hace a continuación, es el resultado de la experiencia clínica de los autores enriquecida por la reflexión bibliográfica.

2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

Se describirán a continuación los principales síntomas psicológicos y funcionales que se relacionan con la disfonía.

2.1. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

2.1.1. Síntomas tensionales: existe una hiperactividad del sistema nervioso autónomo o voluntario en individuos excitables y ansiosos; esto se traduce en abuso de los músculos voluntarios con hipertonia muscular generalizada.

Estos síntomas se ven en los pacientes portadores de disfonías músculo-tensionales (3).

Generalmente, se asocian a condiciones psiquiátricas

como trastornos de ajuste de personalidad, trastornos ansiosos o alteraciones de personalidad. En este grupo se encuentra la mayoría de los pacientes que tratamos como trastornos de la voz de origen psicógeno.

2.1.2 Síntomas equivalentes depresivos: se refiere a aquellos pacientes que no expresan verbalmente su enojo, su impulso de gritar o su llanto. Se encuentran en ellos alteraciones de ajuste y trastornos afectivos del tipo de la distimia depresiva. El tratamiento en estos casos es predominantemente psiquiátrico.

2.1.3. Síntomas hipocondríacos: son pacientes muy preocupados de su producción vocal, hecho que adquiere especial relevancia en los profesionales de la voz, quienes relatan con gran preciosismo todos los síntomas a nivel de su boca, faringe, laringe y aparato respiratorio. Generalmente, son personalidades con rasgos obsesivos, inseguros y ansiosos con tendencia a hipervigilar sus funciones orgánicas.

2.1.4. Síntomas disociados: es una sustitución inconciente de un conflicto psíquico que envuelve el sistema nervioso autónomo o voluntario generando un síntoma de apariencia orgánica.

Llegan a la disfonía cuando comprometen los músculos de la fonación. En este grupo se encuentra la conversión que vemos en la disfonía histérica.

2.1.5. Síntomas combinados orgánicos y psicógenos: estos procesos son importantes porque requieren diferentes abordajes terapéuticos. Los factores que producen una voz disfónica son a menudo una mezcla de factores orgánicos, psicológicos y sociales, en donde uno de estos agentes puede ser predisponente, precipitante o perpetuador de esta patología.

Un cambio orgánico menor como edema o una infección aguda pasajera de las vías aéreas superiores o un reflujo gastroesofágico puede gatillar una compensación hiperfuncional de la laringe, particularmente en individuos muy preocupados por su voz como sucede en los que usan profesionalmente la voz. En estos pacientes las disfonías persisten después de mejorado el cuadro orgánico y generalmente requieren psicoterapia adicional.

2.1.6. La función psicológica de la disfonía: La función de la disfonía psicógena puede variar de un paciente a otro y estas diferencias necesitan ser conocidas y evaluadas para que la terapia sea la apropiada.

En un grupo de casos se asocia a la aparición de la disfonía, la reducción de la ansiedad, de las tensiones y de los conflictos psicológicos. El significado de la disfonía constituye para el paciente un problema menor que el problema personal que lo afecta (2).

En otro grupo de casos la aparición de la disfonía

genera un beneficio derivado por la forma en que el ambiente reacciona al trastorno. Este beneficio puede ser monetario, afectivo u otros. El beneficio secundario puede reforzar el trastorno y perpetuar su existencia derivando en una búsqueda conciente del síntoma como es en el caso de la simulación o inconciente (no voluntaria) como es en el caso de la afonía histérica (*).

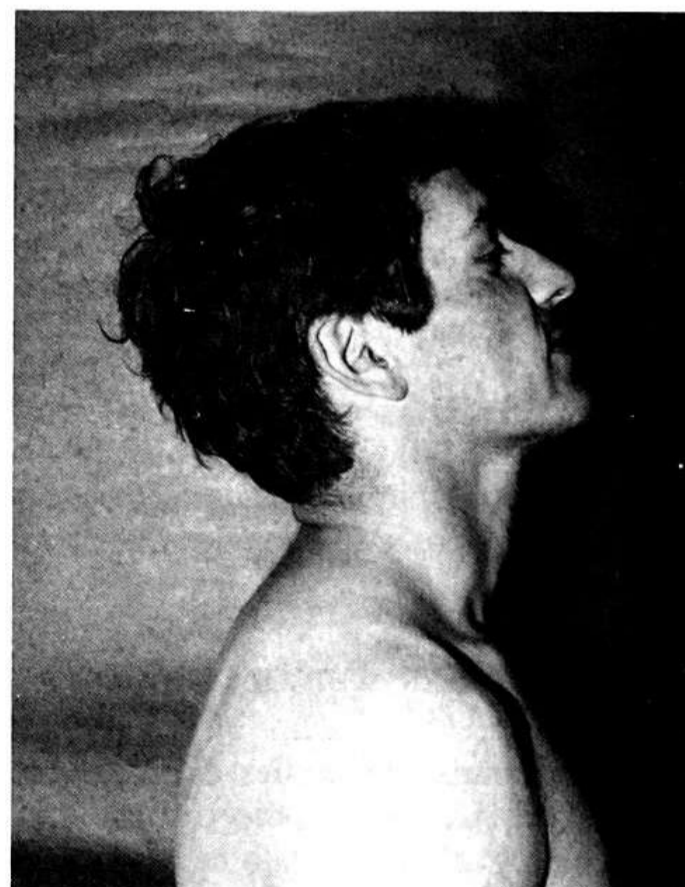
2.2. SÍNTOMAS Y SIGNOS FUNCIONALES

Existen muchos patrones identificables del abuso de la musculatura voluntaria que están asociados con trastornos psicógenos.

En la **figura 1**: existe aducción escapular con elevación de los hombros con la cabeza enterrada. Esto es típico de los pacientes inhibidos y tímidos que no expresan su agresión.



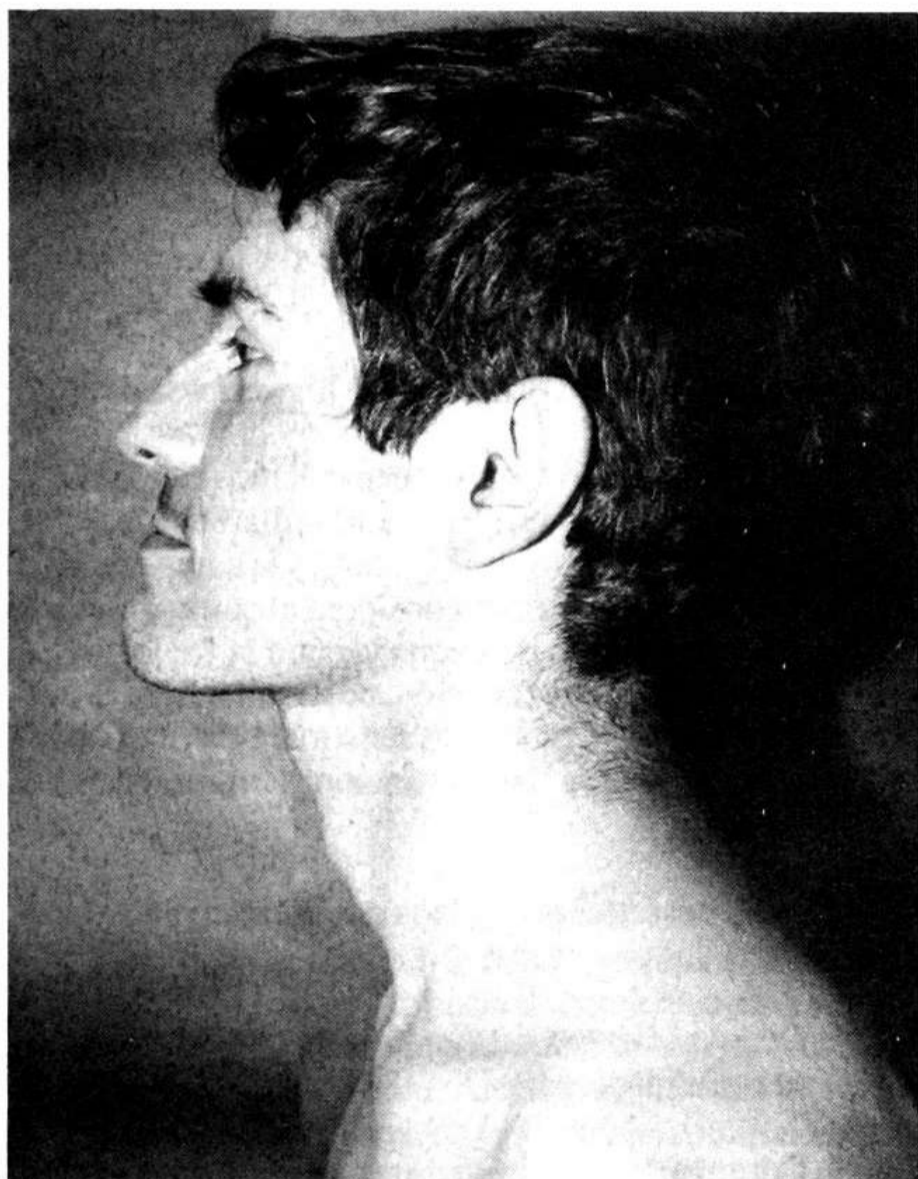
En la **figura 2**: se observa una retracción de la cabeza con extensión o flexión asociada del cuello. Esta es una actitud típica inhibida y de auto-protección.



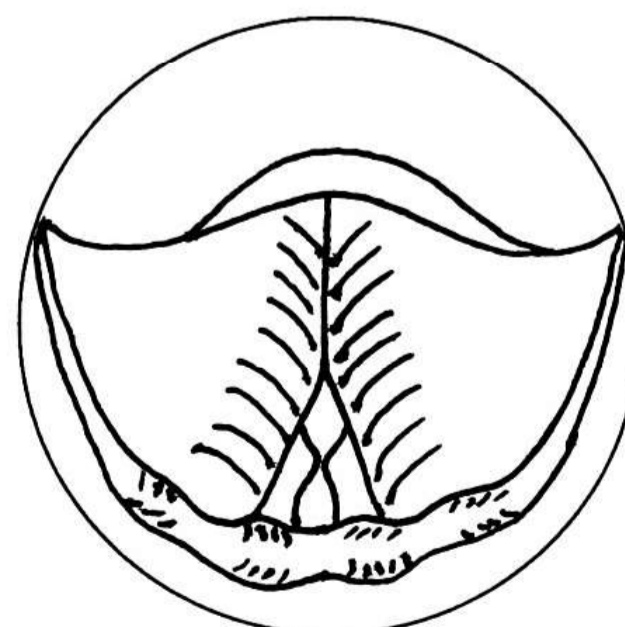
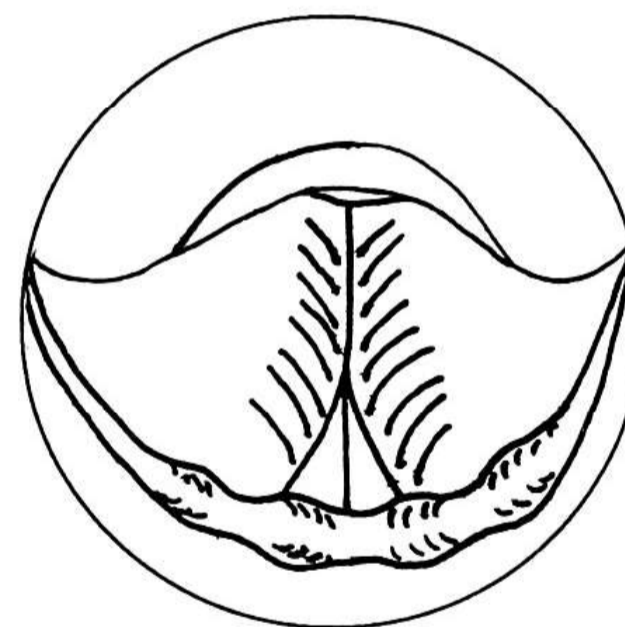
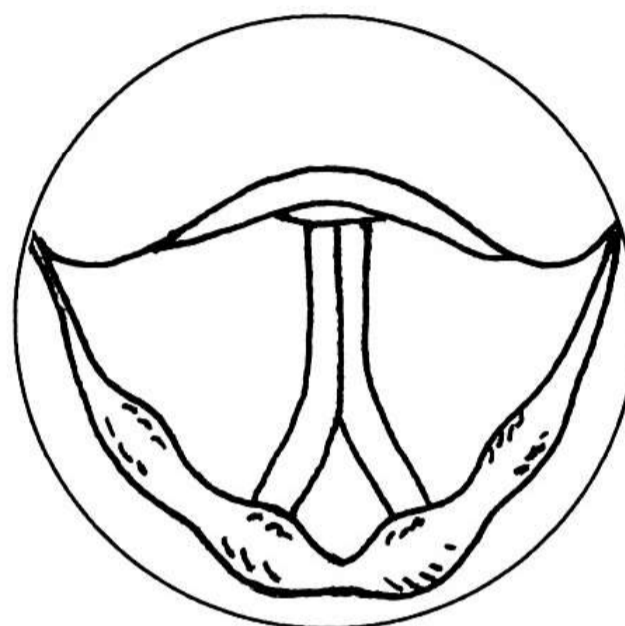
* Conceptos tomados del trabajo "Enfoque Multidisciplinario de las Disfonías Histéricas", presentado en el XLVII Congreso Chileno de Otorrinolaringología, Medicina y Cirugía de Cabeza y Cuello, Nov. y Dic. de 1990, Viña del Mar, por B. Brunetto, R. Oyarzún, J. Mahaluf, M. Miranda, J.C. Painepan.

Estas alteraciones posturales se traducen en una incoordinación fono respiratoria, que existe en casi todos estos pacientes.

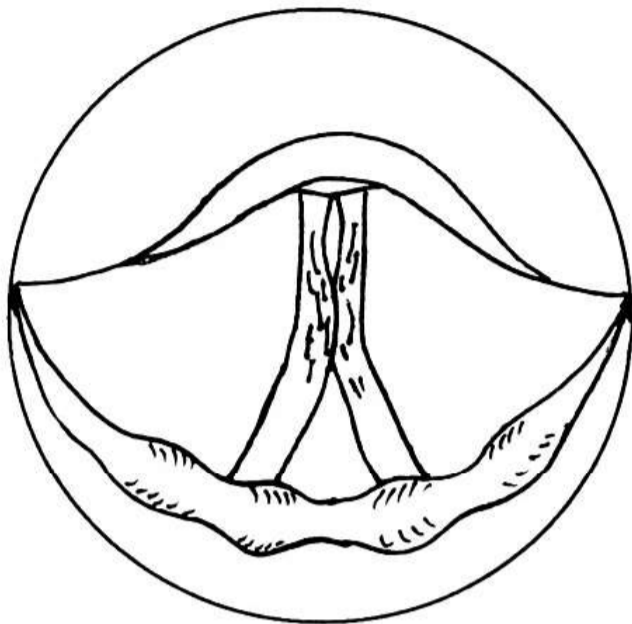
En la **figura 3**: se observa el paciente que refrena su impulso de gritar, cierra con fuerza su mandíbula con una ligera protrusión de ella, contrayendo la musculatura témporo mandibular. Es el paciente que habla casi sin abrir la boca. A menudo se asocia con una retracción de la lengua, con tensión de los músculos suprahioides, lo que puede identificarse por la palpación. (Fig. 4).



En los pacientes con disfonías psicológico-funcional, los abusos de la musculatura extra laríngea se asocian con manifestaciones laringoscópicas de abuso de musculatura laríngea intrínseca. Existen ciertos signos característicos de la disfonía músculo tensional que pueden observarse a nivel funcional, como el triángulo glótico posterior en fonación, producto de la tensión del músculo cricotiroides posterior (abductor de la glotis, Fig. 5); la hiperaducción de los dos tercios anteriores de la glotis y supraglotis (Figs. 6 y 7), con elevación de la laringe al fonar.



También pueden existir cambios a nivel de la mucosa laríngea como son el edema, la inflamación (Fig. 8) y/o los nódulos vocales (3).



3. ABORDAJE TERAPEUTICO:

En las disfonías de origen psicógeno es de gran valor un abordaje multidisciplinario con la participación del otorrinolaringólogo, el fonoaudiólogo y el psiquiatra o psicólogo.

3.1. ROL DEL OTORRINOLARINGÓLOGO:

- 3.1.1. Efectuar una evaluación otorinolaringológica con énfasis en el sistema respiratorio, resonancial y vocal.
- 3.1.2. Tratar las patologías otorinolaringológicas. Detectar y tratar otras condiciones médicas asociadas.
- 3.1.3. Indicar el tratamiento fonoaudiológico y explicar los objetivos de la terapia vocal y cómo esta puede enseñar al paciente a relajar los músculos fonatorios, corregir los defectos posturales y el abuso muscular.
- 3.1.4. Promover la catarsis pudiendo, en ciertos casos, efectuar psicoterapias de apoyo, previo entrenamiento específico.
- 3.1.5. Cuando las condiciones del paciente lo requieran, será derivado a evaluación psiquiátrico-psicológica, complementando o diferenciando la terapia vocal.
- 3.1.6. Explicar al paciente la dinámica vocal: el porqué los músculos deben estar relajados, y porqué están tensos. Como afecta el estrés y como actúan los gatillantes orgánicos (inflamación, reflujo, cigarrillo, etc).

3.2. ROL DEL FONOAUDIÓLOGO:

La terapia vocal, de acuerdo a las necesidades del paciente, abordar las siguientes áreas:

- 3.2.1. Evaluación vocal.
- 3.2.2. Manejo de algunos aspectos del estrés y desarrollo de técnicas de relajación general y segmentaria.
- 3.2.3. Control de tiempo y uso de la fonación.
- 3.2.4. Identificación y aislamiento de conductas vocales abusivas.
- 3.2.5. Corregir posturas inadecuadas para reducir estados tensionales musculares generales y/o segmentarios.
- 3.2.6. Manejo básico por el paciente de la anatomía y fisiología fonatoria.
- 3.2.7. Desarrollo de un programa de higiene vocal.
- 3.2.8. Aplicación de diversos procedimientos terapéuticos vocales con el objeto de reducir: la disfonía, la lesión anatómica (cuando corresponda) y la adquisición de la técnica vocal, la que considera el control integral de los parámetros relacionados con la fonicidad, la respiración y de la fonación, desarrollándose la percepción de las sensaciones sensoriales, en especial la auditivo-vocal y las sensaciones propioceptivo vocales.
- 3.2.9. Grabar cassettes y/o videos del paciente para documentar sus progresos.
- 3.2.10. Que el paciente asista a controles periódicos otorrinolaringológicos.
- 3.2.11. Desarrollar programas de seguimiento para controlar, modificar o reforzar las cualidades vocales, posterior al alta de la terapia vocal.
- 3.2.12. Cuando las condiciones del paciente lo requieran, será derivado a evaluación psiquiátrica, psicológica u otra especialidad para evaluación del tratamiento del cuadro.

3.3. ROL DEL PSIQUIATRA.

Idealmente, el psiquiatra o psicólogo debiera estar familiarizado con la patología vocal pudiendo observar las cuerdas vocales del paciente. El hecho que el psiquiatra forme parte del equipo tiende a favorecer la aceptación del paciente por este tipo de evaluación y terapia.

El psiquiatra interviene cuando:

- 3.3.1. Existen evidencias de trastornos conductuales o del ánimo, de competencia del especialista.
- 3.3.2. Hay factores predisponentes, como son la actitud hipocondríaca o la tendencia a la somatización.
- 3.3.3. Coinciden estresores psicológicos o eventos vitales con el cuadro de disfonía en el que el conflicto no se ha solucionado.
- 3.3.4. Se asocia distrés psicológico a la patología orgánica de cuerdas vocales.
- 3.3.5. El paciente experimenta ansiedad acerca de la producción de su voz.
- 3.3.6. El paciente solicita ser referido al psiquiatra .

4. CONCLUSIONES:

Como se ha visto, los cambios funcionales y orgánicos del sistema fonatorio, no se pueden entender si no hay una perspectiva psicológica asociada e integrada a la persona que padece. Es por este motivo que desde 1988, se formó la Unidad Multidisciplinaria de Estudio y Tratamiento de los Trastornos de la Voz que incluyen especialistas de todas las áreas, médicos y no médicos implicados en el estudio y la comprensión de este ámbito de la patología humana. Esta perspectiva permitió brindar una mejor atención a muchos pacientes que no encontraban solución a su problema yendo de un profesional a otro en búsqueda de alivio.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Basterra J., Dilly PN, Martorell MA: *The Anatomic Innervation of the Human Vocal Cord: Neuropeptides*. *Laryngoscope* 99: March 1989, 293-6.

(2) Brunetto B, Oyarzún R, Mahaluf J, Mello L: *Somatización y conversión en pacientes disfónicos*. *Rev Otorrinolaring* 50: 1989, 35-41.
(3) Morrison MD, Nichol H, Rammage L: *Diagnostic Criteria in functional dysphonia*. *Laryng* 94: January 1986, 1-8.

Comisión de Ética

La Dirección del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ha considerado la necesidad de contar con una Comisión de Ética destinada a contribuir a un quehacer médico orientado hacia la excelencia en el significado profundo de lo médico. La evolución histórica reciente indica que hoy más que nunca necesitamos fundar la investigación y asistencia en una escala valórica. En un mundo moderno cada vez más necesitado de estas definiciones, será tarea de la Comisión de Ética mostrar estos valores a través del análisis de diferentes situaciones del actuar médico. Particular trascendencia adquiere la tarea asignada considerando la función primariamente docente del Hospital.

Se constituye la Comisión Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile con los siguientes miembros:

Dr. Patricio Mena González (Presidente)
Dr. Pedro Naveillán Fernández (Secretario)
Dr. Camilo Larraín Aguirre
Dr. Raúl Wunkhaus Ried
Dr. Roberto Araya Baltra (Secretario de Actas)

Prof. Dr. Emilio Morales Navarro
Director

Santiago, Mayo 30 de 1991