

HOSPITAL DOCENTE "CDTE. MANUEL FAJARDO"

Sobre un interesante caso de disfonía psicógena

Por los Dres.:

RICARDO CABANAS COMAS,** JULIO GONZÁLEZ BORROTO***

Cabanas Comas, R. et al. *Sobre un interesante caso de disfonía psicógena*. Rev Cub Med 14: 2, 1975.

Se plantean en este trabajo las intrincadas relaciones existentes entre la comunicación verbo-bocal y la psiquis, y se expone un caso típico de disfonía psicógena que, por su etiopatogenia y evolución característica sintomatológica corresponde a un cuadro de "tartamudez laríngea o vocal". Se describe someramente la actuación terapéutica y su resultado, y se establecen conclusiones sobre la necesidad de dominar la patología de ambos campos, el habla y la voz, por parte del especialista.

Al hacer la presentación de este trabajo en la I Jornada Nacional de Psiquiatría es nuestra intención fundamental resaltar la importancia de los factores psíquicos en la patología del habla y de la voz. Hemos escogido para ello un caso típico de disfonía psicógena y lo hemos hecho por dos razones: 'a frecuencia de este tipo de afección y lo expositivo que resulta su cuadro.¹⁻³

Aunque es conocido por todos los hechos da existir nexos bien definidos entre la psiquis y el lenguaje por vía bucal, a manera de introducción, vamos a hacer una breve reseña acerca de esas íntimas relaciones ya que lo estimamos esencial para el mejor entendimiento de nuestra exposición.

El lenguaje por vía bucal, a todo lo 'argo y ancho de su desarrollo, desde su inicio hasta su instalación definitiva, muestra una base psicológica de orden sustancial que determina que la función expresiva del habla y de la voz sea el vehículo idóneo de las relaciones humanas, de carácter simbólico, no sólo ideacional, sino también afectivo. Es decir, que en las realizaciones verbo-vocales existe siempre una doble relación, intelectual y emotiva, que se descompone de la siguiente forma: el habla será el exponente por excelencia de la ideación, del pensamiento, mientras que la voz vendrá a constituir la traductora "*virte qua non*" de los sentimientos, de la vida interior. La palabra está unida a la inteligencia; la voz, que le sirve de fondo musical a la vez que la conduce, está unida a las emociones.

Con respecto a la voz, que es la parte que nos interesa aquí, señalemos que en sus relaciones con el psiquismo muestra un camino doble, una doble vía de conexión:³ los desórdenes afectivos se tra-

* Trabajo presentado en la I Jornada Nacional de Psiquiatría, La Habana, diciembre 11 al 15 de 1973.

** Responsable nacional de logopedia y foniatría.

*** Residente de la especialidad.

ducen siempre, a la corta o a la larga, de manera fina o gruesa, en alteraciones vocales variadas y, a su vez, estas últimas ocasionan, de la misma manera, disturbios psicológicos de repercusión, estableciéndose así un círculo vicioso, a veces tan intrincado y activo que puede hacer difícil en un momento dado la determinación del factor primario, psíquico o vocal, de la afección.⁴

Específicamente en el terreno de las disfonías funcionales con sus diversas manifestaciones es dable encontrar ejemplos muy claros de lo anteriormente expuesto. Uno de esos ejemplos lo constituye precisamente el caso que vamos a describir a continuación.

H.M. Paciente de 29 años de edad, casada, maestra. Acude al servicio de logopedia y foniatría, consulta externa del hospital docente "Cmde. Fajardo" en noviembre de 1972, remitida por el policlínico regional correspondiente. Motivo de consulta: ronquera de larga evolución.

Al examen clínico se apreciaba una disfonía con características acústicas de espasticidad, matizada por contracciones desiguales en intensidad, afonías cortas y abruptas en forma de "gallos", y vacilaciones y titubeos en la emisión vocal. Al examen laringoscópico indirecto no se apreciaban alteraciones específicas, con excepción de un déficit de abducción de las cuerdas vocales con el consiguiente cierre imperfecto de la glotis. A la anamnesis los antecedentes patológicos personales eran sin importancia; sólo uno, como vamos a ver después, ofrecía interés, ya que coincidía con el comienzo de la ronquera. Este antecedente era; en 1968, ya en el ejercicio de su profesión, la paciente sufre un episodio catarral agudo que tomaba preferentemente las vías respiratorias superiores y cuya sintomatología fundamental se caracterizaba por cefalea, secreción nasofaríngea y ronquera. En aquel momento se hace examinar en un servicio de otorrinolaringología en el cual, mediante los exámenes correspondientes, le es diagnosticada una sinusitis aguda. Se le impone el tratamiento adecuado a dicha afección, la cual cede y desaparece en relativo corto tiempo. Subsiguientes exámenes radiográficos

seriados confirman la curación definitiva. Sin embargo, la ronquera de mayor o menor intensidad, es un síntoma que persiste hasta el momento de la consulta con nosotros.

A través de cuatro años a la ronquera mencionada se le unieron, con alternativas en su aparición, síntomas difusos e imprecisos de resequeza, ardencia, etc. Durante ese transcurso de tiempo, consulta su disfonía en varios servicios de otorrinolaringología y al no hallarle los especialistas en esa rama de la medicina ninguna patología orgánica explicativa, se limitan a indicarle reposo de voz a repetición, y, alternativamente, estimulantes del tipo de la estroscina y sedantes del tipo meprobamato. La ronquera, no obstante, continuó sin diferencias ostensibles.

Todo lo anteriormente expuesto no tendría mayor interés dado que la sintomatología y la evolución basta aquí mencionadas corresponderían a un caso más de disfonía funcional crónica, una laringopatía de encuentro común y corriente en la práctica logofoniatría.

Empero, lo que sí distingue a este caso y motiva exponerlo como ejemplo en este evento es la añadidura de un síntoma psicológico que irrumpe y se desarrolla desde muy temprano en la evolución: diferencias cualitativas y cuantitativas en la ronquera, que se manifiestan específicamente en relación con una situación social dada.

Ante una situación social de responsabilidad, como, por ejemplo, informar a un superior jerárquico, (verbalmente) la disfonía se hace más intensa y se torna más espástica; ante una situación social de confianza, aquélla no sólo se atenúa, sino que a veces llega a desaparecer. De tal modo se hace conspicua esta característica sintomatológica y cobra realce en el cuadro de la disfonía, que la enferma podía ser catalogada en términos generales

como portadora de toda una conducta vocal neurótica: siente temor de hablar porque la voz “se le va a ahogar”; vivencia exageradamente los fallos; fija determinados sonidos articulados como “difíciles”, especialmente las sílabas tónicas de las palabras; hace rodeos gramaticales o emplea sinónimos para evitar vocablos en los que presenta supuesta dificultad de antemano; desfigura la frase, no completándola, inclusive, si el enfrentamiento con las dificultades no puede ser salvado, y aún llega a permanecer en silencio en una conversación, inhibiéndose de hablar hasta el máximo posible por su fobia a la emisión vocal.

De entrada, enfocamos el caso como una disfonía psicógena, específicamente una espasmofonía psicofuncional, que representa, en el ámbito de la voz, lo que la tartamudez o espasmofemia funcional representa en el ámbito de la verbalización. Dicho de otro modo, enfocamos el caso como una “tartamudez laríngea”. Para explicarnos la patogenia hay que tomar como punto de partida la afección orgánica inicial, durante la etapa aguda de la cual la paciente, por su profesión, sigue usando la voz a pesar de su ronquera y forzándola por encima del impedimento orgánico, sobreañadiéndole así a este último un elemento funcional de alteración.

Cuando la sinusitis es resuelta, como respuesta a la hiperfunción realizada continúa entonces una disfonía funcional.⁵ Al no tener éxito los intentos de curación de esta ronquera residual la paciente, cuyo órgano vocal es factor esencial en el desenvolvimiento de su trabajo, hace inevitablemente una complicación psicológica. Como a veces no la entienden, empieza entonces a desarrollar un complejo neurótico de ansiedad que más tarde se vuelve obsesivo, y llega a afectar cada vez más su voz y repercuten aún más sobre su per-

sonalidad.[®] Conscientemente aumenta el esfuerzo muscular laríngeo porque estima o espera que así la voz le rendirá más, y como es lógico suponer, con ello no hace más que empeorar la situación introduciéndose en un verdadero callejón sin salida, es decir, entra en el círculo vicioso mencionado al comienzo de este trabajo: voz ronca, repercusión psíquica, esfuerzo muscular, voz más ronca, mayor repercusión psíquica, esfuerzo muscular más intenso, etc. A partir de ese momento, la sintomatología vocal sigue un curso similar al de la tartamudez: superconsciencia de la emisión vocal, temor al fracaso, hipersensibilidad durante éste, consiguiente grabación de huellas, esfuerzo por encubrir los síntomas, inhibición, etc.

Con esta interpretación en mente comenzamos su tratamiento logofoniatrico: inicialmente nos ocupamos de la base constitutiva de la neurosis; la disfonía funcional espástica. Mediante ejercicios vocales específicos buscamos de entrada, y conseguimos, emisiones aisladas de voz absolutamente fisiológicas, lo que significaba ya una cierta psicoterapia pues con ello convencíamos a la enferma de que era posible obtener, sin esfuerzo muscular, y a pesar de su temor, una buena realización de voz. La estrategia terapéutica estuvo basada desde el comienzo, hasta el final, en ejercicios funcionales vocales de “comer el aire” (*chewing method*) y de sinquinesia máxilo-vocal,⁷⁸ de la escuela vienesa de Froschels, a veces se añadieron otros ejercicios de relajación y de estimulación de la voz sobre la marcha, a medida que las circunstancias lo sugirieran.

Al tiempo que se logró una relajación y dominio generales de la voz, se suprimieron los ejercicios como tales, convirtiéndolos insensiblemente en emisiones vocales de uso oral específico, como la producción de sílabas, palabras, oraciones,

frases, lectura y conversación ordenadamente, todo lo cual iba dirigido al logro de la fijación y automatización de la voz normal.

Desde luego, una psicoterapia general, siempre de acuerdo con las aristas individuales del caso, acompañó a esta terapéutica vocal específica y coadyuvó a su éxito, que se obtuvo totalmente al cabo de cuatro meses de tratamiento.

CONCLUSIONES

En este caso de disfonía psicógena, verdadera "tartamudez de la voz" se evidencia una vez más la relación íntima que existe, de una parte, entre la psiquis y la comunicación oral, y de otra, entre los desórdenes del habla y los de la voz: lo que al inicio daba la impresión de ser

una afección puramente vocal con una patología orgánica como punto de partida, se debió enfocar y tratar como una afección psicógena del habla como medio de comunicación social.

Finalmente, como se ha señalado repetidamente por la escuela vienesa, deseamos llamar a la atención con este caso sobre la imposibilidad de que nadie pueda ser un buen foniatra sin ser a la vez un buen logopeda y vice-versa. Al presente ejemplo de reflexión de una patología verbal en la voz puede unirse, entre otras, las valiosas observaciones de *Jellinek*⁸ sobre la similitud de ciertos desórdenes vocales de los cantantes con la espasmofemia funcional, tanto en la etiopatogenia como en el eslabonaje de la sintomatología característica.

SUMMARY

Cabanas Comas, R. et al. *An ínter es ting case oj psychogenic dysphonia*. Rev Cub Med 14:

Ciósé relationships between verbal-vocal communication and psyche are stated and a typical case of psychogenic dysphonia which, according to its pathogeny and characteristic symptomatological evolution corresponds to a "laryngeal or vocal stuttering" picture, is presented. The treatment imposed and its results are briefly described, and it is concluded that the specialist should know the pathologies of both, the speech and the voice.

RESUME

Cabanas Comas. R. et al. *A propos d'un cas de dysphonie psychogène*. Rev. Cub Med 14:

Dans ce travail on établit 1 étroit rapport existant entr³ la communication verhovocale et la psychis. On expone un cas typique de dysphonie psychogène oue. par son étionathogénie et par son evolution symptomatologique correspond á un cadre de "hégaiement larvngien ou vocal." On décrit brièvement la conduite thérapeutique suivie et son résultat. On arrive á des conclu- sions sur la nécessité qui a le spécialiste de maitriser ces deux aspects: la parole et la voix.

PE3KME

KaóáHac KoMac P. IfaTepecHuii cjiyiaJi ncuxoreHHoa

. Rev Cub Med.

14: 2,1975 .

B cTaTe npHBOflHTCH Bce CJIOXHBB OTHomeHHH Mexjiy pa3poBopa H ncmcuKa H coómaeTCH o ojmoro TumrcHoro cjiyqafi ncuxoreHHOH nHcijboHiiH.KOTopuñ.no BTHonaToreHHH n nnyrHx xapaKTepncTMK MOCHO c'MTaTB KaK"3aHKaHwe" . O-nícuBaeTCH nocTaBJieHHoK jie'ieHrot H ero pe3yjitTaTOB ,a Tanate nanTcn 3a- KjnraeHHe o HeoóoflKMOCTH ycTpaHemm ne\$eKT0B rojioca K pa3poBopa .

BIBLIOGRAFIA

- 1 — *Griffity, J. and M. W. Hollowe*. A case study of psychogenic hoarseness. *J Speech Hear Disord* 36 : 281-286, 2, 1971.
2. *Rees, N. S. et. al.* Psychodynamics of adults with hoarseness. *J Commun Dis* 4 : 208-215, 3, 1971.
3. *Moses, P. J.* The voice of neurosis. *Gruño and Stratton*, New York, pag. 5, 1954.
4. *Froschels, E.* Speech therapy. *Expression Co.* Boston, pag. 221, 1923.
- 5 — *Peiss, D.* Organic lesions leading to speech disorders. *Nerv Child* 7 : 29-37, 1, 1948.
6. — *Cabanas, R.* Repercusiones psicológicas en las afecciones verbales y vocales. Observaciones logofoniatricas. Trabajo presentado a la I Jornada de Psicología del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Diciembre 11 al 15, 1972.
7. — *Froschels, E.* Chewing method as therapy. *Arch Otolaryngol* 56 : 427-434, 4, 1952.
8. — *Palmer, M. F.* Studies in clinical techniques: IV Rapid repetitive manipulation of the mandible in dysphonia. *J Speech Hear Dis* 14 : 260-261, 3, 1949.
9. — *Jellinek, A. et al.* Practice of voice and speech therapy. *Expression Co.* Boston, Pag. 195, 1941.