

## CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON DISFONÍA PSICÓGENA FEATURES OF THE PATIENT WITH PSYCHOGENIC DYSPHONIA

Marta Fontclara Serrallonga  
martafontclara@gmail.com  
Logopeda

*Máster en Rehabilitación de la Voz [EPL 2011-2012]*

### Resumen

La disfonía psicógena es una alteración de la voz muy poco frecuente en la que no existe lesión anatómica o neurológica. Por lo general, el paciente tiene una historia personal caracterizada por situaciones que le han afectado o le afectan emocionalmente. En este artículo se describe qué puede haber experimentado, qué puede presentar y cómo puede comportarse el paciente con disfonía psicógena.

**Palabras clave:** paciente, disfonía psicógena, perfil, estrés.

### Abstract

Psychogenic dysphonia is an unusual voice's alteration which doesn't exist structural or neurological lesion. Generally, the patient has a life story characterized by situations that affected or affects the patient emotionally. This article describes what may have experienced, what may have and how the patient can behave with psychogenic dysphonia.

**Key words:** patient, psychogenic dysphonia, profile, stress.

## Introducción

Desde el primer instante hasta el último de la vida, los humanos estamos en permanente contacto e influenciados por personas, entornos y sucesos y a menudo somos susceptibles a ello. Ante esto, cada uno de nosotros desarrollamos una personalidad que nos distingue, ya sea en la forma de llevar la vida o las obligaciones, en reaccionar hacia un conflicto o las experiencias, en expresar los sentimientos o las emociones, entre otros.

Según las aportaciones de distintos autores, los factores psicológicos y emocionales juegan un papel muy importante en las patologías vocales puesto que pueden ser la etiología o bien los responsables de perpetuar la disfonía (alteración de la voz) o afonía (ausencia de la voz) (Butcher y cols. 2007).

Existen muchas formas de comunicarnos, una de las cuales es a través de la voz. Teniendo en cuenta la difícil situación social, económica, ambiental, etc., que nos rodea y las afirmaciones anteriormente expuestas, algunos individuos pueden desarrollar una patología vocal, o siendo más específicos, una disfonía psicógena, ya que según Aronson y otros autores *“los músculos extrínsecos e intrínsecos de la laringe son especialmente sensibles al estrés emocional y su hipercontracción es el denominador común en casi todos los trastornos de la voz psicógenos”* (Baker 2003).

Gracias a las investigaciones de autores interesados en la disfonía psicógena, es posible tener una idea del perfil del paciente que nos podemos encontrar en la consulta. Este artículo es una revisión bibliográfica de trabajos y casos presentados por expertos en la materia. Tomándolos como referencia, el objetivo es transmitir al lector algunas de las características psicológicas y conductuales que tienden a presentar los pacientes y exponer sus posibles experiencias y entorno social. Dicho de otro modo, conocer el perfil del paciente y así poder facilitar un poco más el costoso proceso de diagnóstico y rehabilitación.

## Definición y terminología

Existen muchas definiciones y creencias sobre qué es la disfonía psicógena. En general los especialistas definen la disfonía psicógena como un trastorno de pérdida de la voz que suele afectar a adultos de entre 20-30 años (González 1981) y más frecuentemente a mujeres. El 80% de los pacientes son mujeres (Aronson y Bless 2009). Consiste en un trastorno poco frecuente (0,4% según Kollbrunner y cols. 2010). El paciente afectado por esta patología no presenta lesión estructural laríngea ni neurológica (Andersson y Schalén 1998), por lo general, no tiene alteraciones psicológicas graves (Butcher y cols. 2007) y en la exploración laringoscópica se observa que durante la fonación y la tos, las cuerdas vocales están en aducción parcial o completa (Aronson y Bless 2009).

Aronson propuso la definición de *“trastornos de la voz que se han presentado como una manifestación de un desequilibrio psicológico como la ansiedad, depresión, trastorno de personalidad o reacción de conversión, en la medida que el control voluntario de la fonación se pierde”* como sinónimo del término lingüístico *“psicógeno”* (Baker 2003).

Anteriormente y tradicionalmente este trastorno ha sido considerado como un *“trastorno de conversión”*, concepto introducido por Freud a finales del siglo XIX. Según Freud la disfonía psicógena es producida por el fenómeno inconsciente o reprimido de *“reacción de conversión”*, un proceso de transmutación de energía en el que las emociones reprimidas devienen en síntomas físicos (Morrison y cols. 1996; Butcher y cols. 2007). En los casos que se produce la disfonía por conversión, el paciente somatiza un conflicto psicológico mediante mecanismos de defensa, de manera que el síntoma resultante (disfonía de origen psicológico) disminuye el conflicto, la ansiedad y la tensión (ganancia primaria) (Morrison y cols. 1996; Butcher y cols. 2007) y el paciente cree beneficiarse porque consigue la atención de los de su alrededor, salir de una situación

molesta, etc., (ganancia secundaria) (Baker 1998; Butcher y cols. 2007).

A lo largo de los años y todavía en la actualidad, los profesionales se refieren a esta patología vocal con etiquetas como “reacción de conversión o afonía de conversión”, “afonía o disfonía funcional” (Baker 1998; Roy y cols. 2000; Kollbrunner y cols. 2010) “afonía o disfonía psicógena”, “afonía o disfonía histérica” (Baker 1998; Roy y cols. 2000; Kollbrunner y cols. 2010), “mal uso del músculo” o “trastorno tensional del músculo” (Baker 1998; Roy y cols. 2000), “afonía psicósomática”, “hipercinética” e “hiperfuncional” (Roy y cols. 2000). Esta variedad de términos lingüísticos para aludir a la disfonía psicógena, demuestra la diversidad de opiniones en relación a la influencia de los factores psicológicos en la aparición de los trastornos funcionales de la voz (Roy y cols. 2000).

### Perfil del paciente

Para conocer el perfil del paciente con disfonía psicógena es imprescindible un trabajo multidisciplinar en el que colaboren principalmente profesionales como el logopeda (patólogo del habla), el otorrinolaringólogo, el psicólogo y el psiquiatra.

A continuación se exponen nueve características que definen la personalidad y cómo suele comportarse, qué suele haber experimentado y qué acostumbra a presentar a nivel psicológico, social y emocional el paciente con disfonía psicógena, sin tener en cuenta si cumplen o no el fenómeno de “reacción de conversión” descrito por Freud.

Cada uno de los rasgos son explicados en algún momento u otro por el paciente y/o pueden ser detectados por algún o algunos de los profesionales responsables de la rehabilitación y tratamiento del paciente.

También cabe destacar que en un mismo paciente es muy probable que se dé más de una característica de forma simultánea diseñando así su personalidad.

### 1. Sucesos estresantes de la vida

Los hechos estresantes pueden ocurrir antes de la aparición de la disfonía psicógena y/o estar presentes durante la patología vocal.

Si se ha hecho correctamente la entrevista, podremos detectar que la historia del paciente se caracteriza por sucesos que dejan huella, como por ejemplo, intentos de suicidio de familiares o personas próximas, haberse sentido maltratado recibiendo quejas por parte de otros o por haber sido ignorado delante de otras personas o bien, vivir y asimilar la muerte de un ser querido (Aronson y Bless 2009).

También es probable que haya pasado por experiencias tan traumáticas como una violación y lo que esto comporta: sentir vergüenza y aceptar lo que ha pasado, no buscar asistencia psicológica o psiquiátrica, no explicar el suceso y/o hacer como si nada hubiera pasado porque la víctima se siente avergonzada (Baker 2003).

### 2. Dificultades en las relaciones familiares o interpersonales

Existen estudios que confirman que habitualmente los pacientes con disfonía psicógena pasan por problemas relacionados con la familia o el trabajo.

Uno de ellos es el estudio que fue impartido a 30 pacientes con disfonía psicógena (Anderson y Schalén 1998), cuyo objetivo era averiguar los posibles factores influyentes en la disfonía. Se les recogió información sobre distintos temas agrupados en 7 categorías, de entre ellas las categorías respecto a las relaciones familiares y las condiciones laborales. De la totalidad de los pacientes, 19 destacaron tener problemas familiares y 17 subrayaron conflictos laborales.

En cuanto a los problemas familiares, son relevantes los problemas matrimoniales de los que el paciente no quiere hablar, explica sentirse dominado por su cónyuge (Aronson y Bless 2009) o bien, tal y como comprobó But-

cher en 1987, el paciente tiene dificultades en el matrimonio debido a la falta de comunicación entre la pareja o la falta de convivencia (Butcher y cols. 2007).

En el ámbito familiar, este último autor también añadió y destacó la posibilidad de que existan dificultades o relaciones alteradas entre madres e hijos. La madre con falta de identidad propia y con alto grado de dependencia, es controlada por su hijo adolescente o adulto de veinte años o veinte y pocos (Butcher y cols. 2007).

Otra situación familiar que el paciente puede presentar y estar viviendo intensamente es oír y recibir protestas de algún miembro de la familia sobre la educación que ejerce sobre un hijo, sentirse cansado de que alguien le diga constantemente qué debe hacer y qué no o por último, percibir que intentan guiar su vida por el camino no deseado (Aronson y Bless 2009).

Como ya hemos dicho anteriormente, es posible que el paciente experimente dificultades relacionadas con el trabajo. Un ejemplo de ellas es el hecho de que al sujeto no le guste su trabajo porque no se siente personalmente cómodo y, por lo tanto, desee buscar otro lugar para trabajar pero, por miedo a decepcionar a personas queridas o de los alrededores, este último paso no lo realice y el paciente decida continuar en el mismo entorno laboral (Aronson y Bless 2009).

Refiriéndonos a la personalidad del paciente, durante la entrevista el profesional puede captar dificultades que hacen más costoso el proceso de recogida de datos y la relación terapéutica, puesto que el paciente puede mostrar intentos de no mantener el contacto ocular o esconder la sonrisa o risa (Baker 2003).

### 3. Estrés y ansiedad

El paciente suele haber experimentado situaciones estresantes, por lo tanto, no es de extrañar que esté ansioso o físicamente tensio-

nado. Además, cabe la posibilidad de que a consecuencia de las experiencias vividas, el paciente esté estresado a la vez que ansioso (Butcher y cols. 2007).

Para facilitar la comprensión sobre cómo puede sentirse el paciente, creo oportuno reflejar las definiciones de cada una de las sensaciones.

El estrés tiene tres fases: la de alarma, la de resistencia y la de agotamiento. Se desarrolla cuando la persona está delante de una situación amenazante o agresiva. En estas circunstancias, el organismo adquiere un alto grado de tensión y reacciona con la intención de defenderse de la situación que se ha presentado. A consecuencia de esta actividad corporal, en la última fase el sujeto se siente agotado porque sus defensas han disminuido por el intento de resistir a la agresión o amenaza (Encicl. Cat. 1992 vol. X).

En cambio, cuando un paciente comunica que está ansioso o siente ansiedad, se refiere a la sensación de inquietud que se produce por la espera de un hecho incierto o futuro (Encicl. Cat. 1992 vol. II).

### 4. Depresión, bajo estado de ánimo e impotencia

Estudios llevados a cabo por Guze y Brown en el 1962 y Aronson y cols., en el 1966, han demostrado que la mayoría de los pacientes disfónicos son depresivos (Butcher y cols. 2007). Más tarde, en el año 1987 House y Andrews aportaron, en un estudio elaborado por ellos mismos, que el 16% de los pacientes disfónicos tenían depresión, un porcentaje menor al que presentó Kinzl y cols., un año después, que detectaron, en una investigación de menor dimensión, que el 50% de los sujetos explorados con disfonía estaban depresivos (Butcher y cols. 2007).

Partiendo de estos porcentajes en los que no se especifica la patología causante de la disfonía, no es de extrañar que en la consulta podamos encontrarnos con un paciente que esté

pasando por un período de depresión. El profesional debe estar atento para detectar si el paciente presenta los típicos síntomas depresivos: ponerse a llorar, experimentar y preocuparse por sentimientos de impotencia, y pensamientos negativos (Butcher y cols. 2007), sentirse inútil, haber pensado en suicidarse (Lauriello y cols. 2003), y estar desanimado, desmotivado o desesperado (Lauriello y cols. 2003; Butcher y cols. 2007).

### 5. Exceso de responsabilidades

En general, es frecuente que el paciente asuma responsabilidades dentro de la familia, amigos y entorno laboral (Butcher y cols. 2007).

*“No niego favores a los amigos, lo haría a cualquier precio. Si tuviera que rechazar, no tendría voz porque la perdería porque mi garganta me aprieta”.* Esta transcripción extraída de un estudio con pacientes con trastorno de voz psicógena realizado por Austin en el 1997 (Butcher y cols. 2007), deja patente la facilidad que tiene el paciente para asumir responsabilidades, ya sea bajo su voluntad o no, sin detenerse a pensar en las capacidades que suponen hacer ciertos favores. También demuestra la asociación que establece entre “no responsabilidad/no favor-pérdida de la voz”, es decir, si no acepto hacer un favor mi voz desaparecerá poco a poco y tendré una sensación desagradable en la garganta, de manera que si alguien me pide un favor aceptaré hacerlo.

Según Butcher & Elias en 1983 y Butcher y cols. en el año 1987, a menudo nos podemos encontrar con pacientes que se responsabilizan de la familia y el matrimonio, que sienten que la responsabilidad principal es su padre o madre dependiente al que cuidan sin recibir comprensión de los de su alrededor y esto les produce estrés. También pacientes que, responsabilizándose de familiares y de su relación matrimonial, piensan que su pareja es pasiva y se involucra poco o nada en la casa y en la educación de los hijos (Butcher y cols. 2007).

Otro tipo de responsabilidades que pueden agotar al paciente es tener la carga del cuidado de los hijos, la limpieza y el mantenimiento de la casa y a la vez ir a trabajar sin tener la ayuda de una pareja u otras personas (Aronson y Bless 2009).

Finalmente, otros deberes como por ejemplo compaginar los estudios con el trabajo pueden suponer cargas monumentales hasta tal punto que el paciente esté estresado (Baker 2003).

### 6. Baja autoestima y falta de autoconfianza

Si prestamos atención a los resultados del estudio impartido a 30 pacientes con disfonía psicógena (mencionado en páginas anteriores), parece ser que la falta de confianza en sí mismo es un rasgo típico y común en los pacientes con esta patología (Andersson y Schälén 1998).

Para entender mejor qué puede sentir o cómo puede estar psicológicamente el paciente, nos ayudará, una vez más, una frase escogida del estudio de Austin, elaborado en 1997: *“Nunca pienso que sea suficientemente bueno y siempre podría mejorar”*, expresión que denota baja autoestima y que, según el autor del libro, supone falta de defensas e impotencia (Butcher y cols. 2007).

Probablemente el paciente presente las dos características de manera simultánea, hecho evidente cuando expresa que no sabe si lo que hace es o no correcto. Esta situación a la que ha llegado el paciente puede estar fomentada por su entorno, formado por personas que critican y dan demasiados consejos sobre cómo hacer las cosas (Aronson y Bless 2009).

### 7. Dificultad en la expresión de los puntos de vista y las emociones

Fue en un estudio de investigación en el año 1988 cuando House y Andrews detectaron un *“conflicto para hablar”* en el paciente con disfonía psicógena. El sujeto, estando inducido a expresarse sobre un problema, decide no pronunciarse por miedo a que las cosas empeoren

(Baker 2003; Butcher y cols. 2007). Ambos autores explicaron que el problema del cual el paciente no quiere hablar es experimentado como estresante y considerado amenazante. De hecho, de los resultados de la investigación se desprendió que un 54% de los pacientes con esta patología vocal comunicó haber vivido, antes de la aparición de la disfonía, situaciones y dificultades que le suponen un "conflicto para hablar" (Butcher y cols. 2007).

Probablemente el profesional observe dificultad en expresar puntos de vista, ira y resquemor y también en afirmar las cosas, tal y como detectaron Butcher y cols., en 1987 en 8 de 19 pacientes (Butcher y cols. 2007).

Ejemplos de estas situaciones serían, por ejemplo, no expresar los sentimientos producidos por el fallecimiento de un ser querido, no manifestar desagrado hacia una cosa o situación, disimular el llanto, no llevar la contraria a la pareja, o por último, verse obligado a escuchar lo que la pareja explica por miedo a su reacción si se le comunica que no hay voluntad para escucharla (Aronson y Bless 2009). Los autores de la obra explican que se trata de una falta de expresión del yo, común en los trastornos de voz de origen psicológico.

Teniendo en cuenta las dificultades en la expresión de los puntos de vista y emociones, es de vital importancia que el profesional colabore con el paciente para que este último pueda expresar sus sensaciones con total libertad (Aronson y Bless 2009).

### 8. Ignorar la ira y la frustración

La palabra "ignorar" lo dice todo. El paciente es consciente del problema pero al no ser hábil en administrar y controlar las emociones inadmisibles, se enfrenta a él y a las emociones con el fin de no comunicar su frustración y enfado (Butcher y cols. 2007).

### 9. Indiferencia

En este caso creo que es importante destacar que es una característica típica de la reacción

de conversión a la que se conoce con el nombre de "belle indifference". El paciente no muestra interés ni preocupación hacia la etiología ni la alteración de la voz (Baker 2003) y tampoco hacia los impedimentos consecuentes de la distorsión vocal (Aronson y Bless 2009).

### 10. Otras características

A continuación se muestran otras psicopatologías que puede presentar un paciente con disfonía psicógena. Las explicaciones han sido extraídas de "The Psychiatric Interview in Clinical Practice" de Mackinnon y Michels, 1971. Estas psicopatologías no son solamente probables en este tipo de disfonía, sino que también pueden hallarse en otros trastornos de la voz. Éstas son: paciente obsesivo, paciente histérico y paciente depresivo (Aronson y Bless 2009).

#### *Paciente obsesivo*

Se trata del paciente que durante la entrevista quiere controlar la situación y al profesional para no tener que hablar de sentimientos profundos. Cuando el paciente percibe que tiene que expresar sus sentimientos subyacentes, ciertas cualidades del habla y la voz se ven alteradas. La articulación no es correcta y el volumen de la voz es bajo, de manera que el profesional que está en contacto con el paciente tiene dificultades para escuchar.

Respecto al lenguaje utilizado, a menudo destaca un lenguaje ambiguo que dificulta la comprensión de los oyentes.

También destaca por ser cerebral, puntual, escrupuloso, fiel y moderado en los gastos y el tiempo.

#### *Paciente histérico*

El paciente explica sus emociones y sentimientos experimentados exagerando.

La mayoría de los que están en pareja tienen problemas con su cónyuge o en las relaciones

sexuales por no haber revelado sus emociones.

El paciente muestra impotencia y dependencia delante del profesional, es creativo, cariñoso, alegre (eufórico) y emplea un lenguaje que obstaculiza la manifestación del yo.

También puede percibirse incoherencia entre las explicaciones del pasado o bien entre lo que expresa y lo que siente.

Cuando se trata de una mujer, ésta hace uso de su capacidad de seducción para lograr aprecio y admiración del profesional.

#### *Paciente depresivo*

Este tipo de paciente se preocupa por su estado de salud corporal y el pasado, tiene baja autoestima, está triste, no descansa bien, puede tener ansiedad, experimenta cambios de apetito y no mira con los mismos ojos que antes las oportunidades que da la vida.

Todo ello puede ser, entre otros, consecuencia de experiencias relacionadas con la muerte o la separación de alguien o algo que era importante.

#### **Aspectos y recomendaciones generales**

Hoy en día aún se discute si es el tipo de personalidad o el perfil psicológico la etiología de ciertas patologías vocales o bien si ciertas patologías vocales contribuyen a una determinada personalidad o características psicológicas (Roy y cols. 2000).

En general, los pacientes con disfonía de origen orgánico o psicológico presentan un estado emocional alterado, pero retomando lo antes afirmado, se desconoce si es por causa o si se deriva de la patología vocal (Aronson y Bless 2009).

Hay pacientes que, una vez revisada su vida anterior a la disfonía psicógena y durante la disfonía, llegan a señalar una experiencia estresante (normalmente lejana al presente)

como favorecedora de la aparición de la alteración vocal (Baker 2003).

#### **Conclusiones**

Habiendo revisado la posible historia personal del paciente, podemos concluir que su rehabilitación no es tarea fácil. El objetivo del tratamiento no debe ser solamente recuperar la voz con la ayuda de un logopeda y las revisiones otorrinolaringológicas pertinentes, sino que debe contemplarse la actuación de un psicólogo y, si es necesario, la de un psiquiatra. Ambos serán los responsables de ofrecer el apoyo y tratamiento en las áreas de su especialidad y a las que no abarca el logopeda.

Cada uno de los profesionales ha de tener presente el complicado historial y características psicológicas y conductuales del paciente. Todo empieza en saber establecer una relación de confianza para conocer sus antecedentes, claves para entender la situación actual del paciente, delimitar el punto de partida y empezar a actuar. Debido a la heterogeneidad de problemas que pueden presentarse simultáneamente, cada uno de los especialistas tiene la responsabilidad de distinguir en primer lugar, qué es objeto de su especialidad y por supuesto, coordinarse con el resto de los profesionales (logopeda, otorrinolaringólogo, psicólogo, psiquiatra, etc.).

Por último, es importante destacar que el paciente con disfonía psicógena presenta un perfil psicológico, emocional y entorno social complejo y delicado del que puede resultar muy difícil o imposible que el paciente pueda señalar un hecho o factor como responsable de la etiología de la alteración vocal. Las futuras investigaciones podrían tratar de averiguar qué causa y cómo se desarrollan las características del sujeto y de su alrededor y ver cómo influyen unas características a otras.



### Agradecimientos

Gracias a todos aquellos que me han ayudado durante el proceso de recopilación de la información especializada en la materia y, por supuesto, gracias a mi familia, ya que sin su comprensión, soporte y colaboración no habría sido posible elaborar este artículo.

### Bibliografía

1. Butcher P, Elias A, Cavalli L. *Understanding and treating psychogenic voice disorder*. West Sussex (England): John Wiley & Sons Ltd; 2007. p. 1-29, 57-87, 157-173.
2. Baker J. *Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: a discussion paper with two case reports*. J Voice. 2003;17(3):308-318.
3. González JN. *Fonación y alteraciones de la laringe*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana S.A; 1981. p. 58-70.
4. Aronson AE, Bless DM. *Clinical voice disorders*. 4th ed. New York: Thieme Medical Publishers, Inc; 2009. p. 166-192, 193-203.
5. Kollbrunner J, Menet AD, Seifert E. *Psychogenic aphonia: no fixation even after a lengthy period of aphonia*. Swiss Med Wkly. 2010;140(1-2):12-17.
6. Andersson K, Schalén L. *Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: results of a follow-up study of thirty patients*. J Voice. 1998;12(1):96-106.
7. Morrison M, Rammage L, Nichol H, Pullan B, May P, Salkeld L. *Tratamiento de los trastornos de la voz*. Barcelona: Masson S. A; 1996. p. 111-123.
8. Baker J. *Psychogenic dysphonia: peeling back the layers*. J Voice. 1998;12(4):527-535.
9. Roy N, Bless DM, Heisey D. *Personality and voice disorders: a multitrait-multidisorder analysis*. J Voice. 2000;14(4):521-548.
10. *Gran Enciclopèdia Catalana*. 2a ed. 5a reimpr. Barcelona: Enciclopèdia Catalana; 1992. vol. II, X.
11. Lauriello M, Cozza K, Rossi A, Di Rienzo L, Coen Tirelli G. *Psychological profile of dysfunctional dysphonia*. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2003;23:467-473.

Trabajo realizado como Tesina del Máster en Rehabilitación de la Voz de la Escuela de Patología del Lenguaje del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona.  
<http://info.eplasantpau.org> – <http://www.santpau.cat/epl>