

320825
50
201



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"DISFONIA ESPASTICA Y LA ANGUSTIA"

T E S I S QUE PRESENTA
REBECA RICHARDS RUIZ
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

DIRECTOR: LIC. JOSE MANUEL PEREZ Y FARIAS
REVISOR: LIC. VICTOR HUGO DORANTES GUTIERREZ

MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

1.1 DE LOS ANTECEDENTES	2
1.2 DE LAS DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES	6
1.3 DE LA DISFONIA ASOCIADA A PATOLOGIAS ORGANICAS	11
1.4 DE LA SINTOMATOLOGIA	18
1.5 DE LA ETIOLOGIA	23
1.6 DE LAS TERAPIAS	43
1.7 DE LA ANGUSTIA Y LA ANSIEDAD	47
1.8 DE LAS CONSIDERACIONES PSICOANALITICAS	56

CAPITULO II METODOLOGIA

2.1 PROBLEMA	69
2.2 OBJETIVO GENERAL	69
2.3 OBJETIVO ESPECIFICO	69
2.4 HIPOTESIS	69
2.5 VARIABLES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES	74
2.6 DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES	75
2.7 POBLACION	78
2.8 MUESTRA	78
2.9 TIPO DE MUESTREO	78
2.10 TIPO DE INVESTIGACION	79
2.11 DISEÑO	80

2.12 INSTRUMENTOS	80
2.13 PROCEDIMIENTO	84
2.14 ANALISIS ESTADISTICO	85

CAPITULO III RESULTADOS

3.1 REPORTE ESTADISTICO	87
3.1.1 CRITERIO DESCRIPTIVO	88
3.1.2 CRITERIO INFERENCIAL	99
3.2 REPORTE DE ENTREVISTA E HISTORIA CLINICA	106

CAPITULO IV DISCUSION Y CONCLUSIONES

4.1 DISCUSION Y CONCLUSIONES	111
4.2 ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	115

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION

EL RECORRIDO A TRAVES DE LA LITERATURA SOBRE LA DISFONIA ESPASTICA, NOS TRAJO A LA MEMORIA UNA HISTORIA CIENTIFICA OCURRIDA HACE 100 AÑOS, EN LA CUAL LA PROTAGONISTA FUE LA AFASIA.

EN AQUELLA EPOCA HABIA APARECIDO LA "TEORIA DE LA LOCALIZACION", LA CUAL PRETENDIA UNA UBICACION TOPOGRAFICA ESTRICTA, EN REGIONES CEREBRALES ANATOMICAMENTE DEFINIBLES, PARA LAS FUNCIONES PSIQUICAS, ESPECIFICAMENTE PARA TODOS LOS PROBLEMAS DEL LENGUAJE Y EN ESPECIAL PARA LAS AFASIAS.

EN ESE TIEMPO, SURGE UNA DE LAS FIGURAS MAS CONTROVERTIDAS DE LA EPOCA, SIGMUND FREUD, EL FREUD NEUROLOGO, PRE-ANALITICO, RECHAZANDO ESA TEORIA, PORQUE NO ERA POSIBLE CONFIRMARLA.

PERO, ¿A QUE VIENE ESTA CITA? ¿QUE RELACION TIENE CON LA HISTORIA DE LA DISFONIA ESPASTICA? VEREMOS APARECER VARIAS ANALOGIAS ENTRE AMBAS CRONICAS.

FREUD ASIENTA EN SU LIBRO "LA AFASIA" (1891): "NUESTRO PUNTO DE PARTIDA FUE UNA CONCEPCION DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE, SEGUN LA CUAL ALGUNAS FORMAS DE AFASIA PODRAN EXPLICARSE EXCLUSIVAMENTE COMO EFECTO DE LAS LESIONES CIRCUNSCRIPTAS DE LOS HACES Y CENTROS (NERVIOSOS), MIENTRAS QUE LAS RESTANTES PUEDEN SER COMPRENDIDAS CABALMENTE COMO CAMBIOS FUNCIONALES EN EL 'APARATO DEL LENGUAJE'".

LA DISFONIA ESPASTICA FUE CONSIDERADA ENTRE LAS ALTERACIONES FUNCIONALES DE LA VOZ DURANTE MAS DE 25 AÑOS; SIN EMBARGO, UN SECTOR CONSIDERABLE DE INVESTIGADORES, A PARTIR DE LA DECADA DE LOS SESENTAS, TOMO LA RUTA DE LA PATOLOGIA ORGANICA, PRETENDIENDO INSERTAR EN ELLA SU ORIGEN.

POR OTRA PARTE, FREUD CITA QUE NAUNYN REGISTRO LA EXTENSION DE LAS LESIONES RELACIONADAS CON LAS AFASIAS EN 71 TIPOS DISTINTOS. LA CLASIFICACION MAS RECIENTE EN CUANTO A LAS DISFONIAS, REPORTA 38 ALTERACIONES DIFERENTES, ATRIBUIBLES A 83 FACTORES ETIOLOGICOS ACTUANDO INDIVIDUALMENTE O COMBINADOS Y POR LO MENOS 6 VARIETADES DE ORIGEN NO PRECISADO, ENTRE ELLAS LA DISFONIA ESPASTICA.

FREUD APUNTA EN LA OBRA CITADA: "DESDE LUEGO QUE INTERVIENEN LAS ESTRUCTURAS CEREBRALES EN EL PROCESO DEL LENGUAJE (Y DESDE LUEGO QUE INTERVIENEN LAS ESTRUCTURAS LARINGEAS Y CEREBRALES EN EL PROCESO DE LA FONACION), PERO NO ES LO UNICO Y DIRECTAMENTE RESPONSABLE DEL FUNCIONAMIENTO". ES INCUESTIONABLE QUE UNA LESION POR CUALQUIER CIRCUNSTANCIA DEBERA TENER EFECTOS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO, PERO ¿QUE SUCEDE CUANDO EL PROCESO ES INVERSO?, ¿COMO EXPLICAR ESOS EFECTOS?, ¿EN DONDE SE ORIGINAN?, ¿QUE LOS PRODUCE?; EL TRASTORNO VA MAS ALLA DE LO QUE PUÉDE DAR CUENTA LA LOCALIZACION DE LAS LESIONES". EN LA DISFONIA ESPASTICA NO

APARECEN LESIONES ORGANICAS QUE JUSTIFIQUEN LA ALTERACION DE LA VOZ.

ES A TODAS LUCES PERTINENTE ESTA EVOCACION, POR LA COINCIDENCIA DE LOS TEMAS DISCUTIDOS HACE UN SIGLO, CON LAS TENDENCIAS ACTUALES EN LA INVESTIGACION SOBRE LA DISFONIA ESPASTICA.

LAS ANALOGIAS ENTRE LAS HISTORIAS, ASI COMO UNA CONCLUSION QUE APARECE EN LA MISMA OBRA, NOS CONDUCEN A CIERTAS REFLEXIONES. ESA CONCLUSION DICE: "... PERO NOS PARECE QUE EL SIGNIFICADO QUE ESTE FACTOR DE LOCALIZACION TIENE PARA LA AFASIA, HA SIDO SOBRESTIMADO Y QUE HARIAMOS BIEN EN PREOCUPARNOS DE LOS ESTADOS FUNCIONALES DEL APARATO DEL LENGUAJE".

LO QUE RESALTA PARA NOSOTROS EN ESTA CITA, ES LA ALUSION AL APARATO DEL LENGUAJE. APARATO DEL LENGUAJE QUE EN AQUELLA EPOCA FREUD CONSIGUIO SEPARAR DE LA LOCALIZACION ANATOMICA Y QUE CONFIRIO A "LA PALABRA" UN ESTATUTO ESENCIAL.

LA DISFONIA ESPASTICA ES EN PRINCIPIO UN TRASTORNO DEL HABLA, UNA IMPOSIBILIDAD DE EMITIR SONIDOS, DE HACER ESCUCHAR UNA VOZ EN LA QUE ALGO DE LA VERDAD DEL SUJETO SE JUEGA. ¿DE QUE VERDAD SE TRATA? DE UNA VERDAD QUE EL SUJETO DESCONOCE, DE UNA VERDAD ESCRITA EN EL SINTOMA; EN PALABRAS DE J. LACAN: "CON SU PROPIO CUERPO EL SUJETO EMITE UNA PALABRA QUE COMO TAL ES PALABRA DE

VERDAD"; PALABRA QUE EL NI SIQUIERA SABE QUE EMITE, PALABRA QUE DEBE SER DESCIFRADA.

Y ¿COMO DESENTAÑAR EL ACERTIJO CIFRADO EN ESA PALABRA? LA CIENCIA MEDICA ESCUDRIÑA EL CUERPO, UN CUERPO QUE NO RESPONDE NI A SUS PREGUNTAS NI A SUS INTERVENCIONES Y QUE SIN EMBARGO HABLA, HABLA PARA QUE ALGUIEN RECONOZCA SU DECIR.

ASI SE CONCIBIO LA IDEA DE INTENTAR UNA LECTURA DISTINTA DE LA DISFONIA ESPASTICA. Y ¿POR QUE LA VINCULACION CON LA ANGUSTIA? EL SINTOMA Y LA ANGUSTIA "ESTAN HECHOS DE LA MISMA PASTA" DICE LACAN, AUNQUE ESTAN SITUADOS EN DISTINTOS NIVELES; POR SER AMBOS EFECTOS DE VERDAD, IRRUPCION DE VERDAD.

CAPITULO I

ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

1.1 DE LOS ANTECEDENTES

FABRIZIO, G. DESCRIBIO POR PRIMERA VEZ LA DISFONIA EN EL AÑO 1600, DENOMINANDOLA "LA ENFERMEDAD DE LOS PREDICADORES".

EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XVIII, CULLEN (1710-1790), NEUROLOGO DE EDIMBURGO, INTRODUCE EL TERMINO DE NEUROSIS PARA INDICAR LA ENFERMEDAD NERVIOSA EN LA QUE NO SE ENCUENTRA LA EXISTENCIA DE LESIONES ANATOMOPATOLOGICAS.

EL PRIMER CASO DE LA DISFONIA AHORA CONOCIDA COMO ESPASTICA, FUE DESCRITO POR TRAUBE, L. EN 1871, COMO UNA "FORMA ESPASTICA DE RONQUERA NERVIOSA".

CUATRO AÑOS MAS TARDE, SCHNITZLER, A. LA BAUTIZO CON EL NOMBRE DE DISFONIA ESPASTICA.

POSTERIORMENTE, FRANKEL DENOMINA "MOGIFONIA" A UNA RONQUERA CON CARENCIA DE LESIONES EN 1877. JAMES, P. LE LLAMA "TARTAMUDEO DE LAS CUERDAS" EN 1879 Y COEN "LALOFOBIA" EN 1886.

FLATAU Y GUTZMANN, H. EN 1906 CREAN EL TERMINO FONASTENIA, PARA DESIGNAR UN DEFECTO EN LA EMISION DE LA VOZ QUE CONDUCE A UN CANSANCIO FRECUENTE Y A LA PERDIDA DE LA MISMA. EL TERMINO SE PROPAGA AL LENGUAJE MEDICO. SIN EMBARGO, OTROS AUTORES NO

COMPARTEN ESTA OPINION; ASI, IMHOFER, R., STERN, H. Y OTROS AFIRMAN QUE LA FONASTENIA SOLO LA PUEDEN SUFRIR LOS PROFESIONALES DE LA VOZ.

SIN EMBARGO, LABARRAQUE, L. EN 1926, HABLANDO YA DE TRASTORNOS FUNCIONALES, AFIRMA QUE, DE MANERA GENERAL SE PUEDE DECIR QUE TODOS LOS TRASTORNOS FUNCIONALES NO CORREGIDOS Y NO REEDUCADOS, LLEVAN FINALMENTE A LA FONASTENIA.

EN 1932, FROESCHELS, E. HACE NOTAR EL GRAN PAPEL QUE JUEGA EL PSIQUISMO DEL ENFERMO. EL NOMBRE DE FONASTENIA SE VA DESACREDITANDO Y SE INICIA LA CONTROVERSIA; ALGUNOS AUTORES OPINAN QUE EL NOMBRE EN SI MISMO INDICA UN SINTOMA Y NO UNA ENFERMEDAD.

MAS TARDE SURGE EL TERMINO DE PSICONEUROSIS CREADO POR LOS NEUROPSIQUIATRAS Y COMIENZA A DESARROLLARSE LA IDEA DE TRASTORNO FUNCIONAL, PARA REFERIRSE A CIERTAS NEUROSIS.

EN 1932, VON BERGMANN, G. INAUGURA LA "PATOLOGIA FUNCIONAL", AFIRMANDO QUE "ENTRE LO ORGANICO Y LO PSICOGENO EXISTE UN PUENTE CONSTITUIDO POR LA ALTERACION FUNCIONAL".

CIENTOS AÑOS DESPUES DE CULLEN, BRIQUET AFIRMA QUE LA ENFERMEDAD FUNCIONAL SIN SUSTRATO ANATOMICO PUEDE TENER CAUSAS

PURAMENTE PSIQUICAS.

ASI SE FUE ESTABLECIENDO UNA RELACION ENTRE LOS TERMINOS
PSIQUICO Y FUNCIONAL Y SE INSTITUYO UN CAMPO EN EL QUE RESULTO
DIFICIL Y COMPLICADO CLASIFICAR CIERTOS TRASTORNOS.

**"HAY ACASO ALGO MAS DIFICIL QUE
PLANTEAR LAS DEFINICIONES JUSTAS?"**

SIGMUND FREUD

1.2 DE LAS DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES

SEGRE, R. (1955), MEDICO ARGENTINO, EN SU TRATADO DE FONIATRIA, INSERTA LA DISFONIA ESPASTICA EN EL CAPITULO DE PATOLOGIA DE ORIGEN NERVIOSO CENTRAL, DENTRO DEL APARTADO DISFASIAS, DISFEMIAS Y DISFONIAS PSICOGENAS, DIFERENCIANDO DOS TIPOS DE ESTAS ULTIMAS: DISFONIA PARETICA O HIPOTONIA Y DISFONIA ESPASTICA O HIPERTONICA.

ESTE AUTOR CONSIDERA COMO DISFONIA, UNA DESVIACION DEL NORMAL RENDIMIENTO VOCAL, POR UNA ALTERACION EN EL MECANISMO DE EMISION LARINGEO, ALTERACION QUE PUEDE SEGUIR DIRECTIVAS DIFERENTES Y OPUESTAS Y CULMINAR EN LA FALTA TOTAL DE TONO SONORO EN LA PALABRA ARTICULADA.

SE REFIERE A LAS DISFONIAS PSICOGENAS COMO TRASTORNOS FRECUENTES DEL MECANISMO DE EMISION LARINGEA, QUE RECONOCEN, COMO EN LA MUDEZ PSICOGENA, IGUALES CAUSAS DESENCADENANTES, UN TERRENO NEUROTICO PREDISPUETO, UNA PERSONALIDAD HISTERICA, CONFLICTOS DEL SUBCONSCIENTE; AFIRMANDO QUE LA DESVIACION DEL MECANISMO GLOTICO NORMAL EN LA FONACION, PUEDE SER POR DEFECTO O POR EXCESO. EN EL PRIMER CASO SE HABLA DE DISFONIA PARETICA O HIPOTONIA, POR REDUCCION EN LA FUNCION ADUCTORA O DE TENSION DE LAS CUERDAS Y QUE NO SE ACOMPAÑA DE UNA LESION ANATOMICA OBJETIVABLE DE LA MUCOSA, DE LOS MUSCULOS O DE LOS

NERVIOS LARINGEOS. EN EL SEGUNDO, SE HABLA DE DISFONIA ESPASTICA O HIPERTONICA: LA HIPERFUNCION DE LOS MUSCULOS ADUCTORES ESTRECHA LA GLOTIS, DIFICULTA LA OSCILACION DE LAS CUERDAS, PROLONGA SU PERIODO DE CONTACTO, DIFICULTA LA COORDINACION FONORRESPIRATORIA E HIPERTROFIA LAS BANDAS VENTRICULARES.

PERELLO, J. (1978), MEDICO BARCELONES, EN PERTURBACIONES DEL LENGUAJE, INCLUYE LA DISFONIA ESPASTICA EN EL CAPITULO DE PSICOFONIATRIA, EN EL RUBRO DE NEUROSIS; EN ESTE MISMO RUBRO SE ENCUENTRAN CLASIFICADAS: AFONIA HISTERICA, DISFONIA OBSESIVA, TRAC VOCAL, FONOFOBIA, DISFONIA NEURASTENICA O DEPRESIVA, RINOLALIA HISTERICA, DISFONIA PSICOGENA, DISFONIA SUSPIROSA Y MUTISMO. LA DEFINICION DE DISFONIA ESPASTICA QUE SOSTIENE ESTE AUTOR, ES QUE SE TRATA DE UNA FORMA PARTICULAR DE DISFONIA HIPERCINETICA INTERMITENTE, QUE PRODUCE ESPASMOS DE LOS MÚSCULOS LARINGEOS Y DE TODOS LOS DEL HABLA (LA CALIDAD HIPERCINEICA NO SEÑALA UNA ENTIDAD NOSOLOGICA BIEN DEFINIDA, SINO SOLO UN ASPECTO PARTICULAR DEL TRASTORNO DE LA FUNCION VOCAL; EXISTE ESTADO HIPERCINETICO EN LOS TRASTORNOS DE LA MUDA VOCAL, EN LOS PROFESIONALES DE LA VOZ HABLADA O CANTADA Y EN LOS TRASTORNOS PSICOGENOS).

EN 1981, HARTMAN, D. Y ARONSON, A., MEDICOS NORTEAMERICANOS, EXPONEN QUE CON LA FALTA DE EVIDENCIA PATOFISIOLOGICA PARA EL

TERMINO DE DISFONIA ESPASTICA, ZWITMAN, D., SHIPP, T. Y MUELLER, P. (1979-80), RECOMENDARON LA DENOMINACION DE DISFONIA ABDUCTORA O DISFONIA ABDUCTORA INTERMITENTE, PERO QUE EL TERMINO ABDUCTORA IMPLICA EL CONOCIMIENTO DE UN ESTADO MUSCULO-POSTURAL DE LA GLOTIS DURANTE EL MOMENTO DE LA DISFONIA; ELLOS PROPONEN EL NOMBRE DE DISFONIA INTERMITENTE DE SOPLO PARA ESTA VARIEDAD.

BLITZER, A. EN 1985, REPORTA QUE EL EXAMEN ELECTROMIOGRAFICO MOSTRO QUE LA DISFONIA ESPASTICA PODRIA SER UNA FORMA DE DISTONIA.

PRATTER, R. Y SWIFT, R. (1986), NORTEAMERICANOS, MEDICO EL PRIMERO Y PATOLOGO DEL LENGUAJE EL SEGUNDO, EN SU MANUAL DE TERAPEUTICA DE LA VOZ, EN EL CAPITULO TITULADO DISFONIAS FUNCIONALES PSICOGENAS Y ESPASMODICAS, AFIRMAN QUE EL TERMINO DE DISFONIA ESPASTICA SE HA USADO HISTORICAMENTE PARA REFERIRSE A UN GRUPO DE TRASTORNOS DE LA VOZ CARACTERIZADOS POR PROBLEMAS GRAVES Y ESPASMODICOS DE LA APROXIMACION DE LOS PLIEGUES VOCALES. ELLOS USAN LA DENOMINACION DE DISFONIA ESPASMODICA POR CONSIDERARLA MAS DESCRIPTIVA Y SOLO ES SIGNIFICATIVA CUANDO SE USA CON LOS ADJETIVOS ADUCTORA O ABDUCTORA, PUESTO QUE ESTOS AUTORES DIFERENCIAN DOS TIPOS DE DISFONIA ESPASMODICA.

INCLUYEN EN ESTA CLASIFICACION: DISFONIA DEL PLIEGUE VENTRICULAR; CONVERSION DE LOS TRASTORNOS DE VOZ (DISFONIA, AFONIA Y MUDEZ DE CONVERSION -PSICONEUROSIS-), PARA LOS CUALES NO EXISTE UNA PATOLOGIA ORGANICA CAPAZ DE EXPLICAR LOS SINTOMAS; PUBERFONIA O FALSETE DE LA MUDA Y LA DISFONIA ESPASMODICA ABDUCTORA Y ADUCTORA.

HOUSE, A. Y ANDREWS, H. (1987), INVESTIGADORES INGLESSES, DESCRIBEN LA DISFONIA FUNCIONAL, DONDE INSERTAN LA DISFONIA ESPASTICA, COMO LA PRESENCIA DE UN DESORDEN AUDIBLE DE VOZ, EN AUSENCIA DE DAÑO ESTRUCTURAL O NEUROLOGICO SUFICIENTE PARA EXPLICARLO, EN AUSENCIA TAMBIEN DE UN DAÑO LARINGEO SERIO.

RECIENTEMENTE, EN 1990, MILUTINOVIC, Z. Y KOSANOVIC, R., MEDICOS YUGOSLAVOS, PUBLICAN UN ESTUDIO EN EL QUE MANIFIESTAN QUE DE ACUERDO A LA CONCEPCION CLASICA, LA DISFONIA ESPASTICA ES UNA FORMA PSICONEUROTICA DE ALTERACION DE LA COORDINACION PNEUMOFONICA Y APARECE EN DOS DIFERENTES FORMAS: OCUPACIONAL Y EMOCIONALMENTE TRAUMATICA.

**"AQUELLO DE LO QUE EL SUJETO NO
PUEDE HABLAR, LO GRITA POR TODOS
LOS POROS DE SU SER"**

JACQUES LACAN

1.3 DE LA DISFONIA ASOCIADA A PATOLOGIAS ORGANICAS

UN FACTOR ESENCIAL QUE CONTRIBUYE A LA CONFUSION TERMINOLOGICA EN RELACION A LA DISFONIA ESPASTICA, ES LA PRESENCIA DE DISFONIA EFECTIVAMENTE CAUSADA POR AGENTES ORGANICOS; ESTA CIRCUNSTANCIA COADYUVA EN EL SURGIMIENTO DE UN IMBRICADO ESCENARIO EN EL CUAL SE DIFICULTA LA DIFERENCIACION DIAGNOSTICA.

UNO DE LOS PRIMEROS ANTECEDENTES FORMALES DE IDENTIFICACION DE LAS CAUSAS DE DISFONIA A ESTE NIVEL, FUE LA LISTA DE LAS ETIOLOGIAS DE ENFERMEDADES LARINGEAS CRONICAS QUE PRODUCEN DEFECTOS DE FONACION, ELABORADA POR JACKSON, CH. Y JACKSON, CH. L. EN 1942. LOS FACTORES INCLUIDOS FUERON: EDAD Y SEXO; ABUSO DE LA VOZ; TABACO; ALCOHOL; POLVO; GASES DE GUERRA Y OTROS VAPORES; RESPIRACION POR LA BOCA; INFECCIONES TRANSMITIDAS POR EL AIRE; VULNERABILIDAD A LA INFECCION; ENFERMEDADES EN GENERAL; ELIMINACION SISTEMICA DETERIORADA; DEFICIENCIAS DIETETICAS; DISTURBIOS ENDOCRINOS; FALTA DE HIGIENE PERSONAL; VESTIDO; CLIMA; MEDIO AMBIENTE; ALERGIA; LESIONES; INSTRUMENTACION; MEDICAMENTOS; TOS; MARTILLO Y YUNQUE; TUMORES Y ANOMALIAS.

SEGRE, R. (1955), INCLUYE EN LA PATOLOGIA DE ORIGEN NERVIOSO PERIFERICO, LOS TRASTORNOS DEL HABLA POR HIPOACUSIA O SORDERA Y LAS PARALISIS LARINGEAS; EN LAS FONOLOGOPATIAS POR LESIONES DE

LOS ORGANOS VOCALES, CLASIFICA LAS ALTERACIONES DEL APARATO RESPIRATORIO Y DEL ORGANOS DE EMISION, TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DE LA VOZ Y LA SENILIDAD DE LA VOZ. CONSIDERA TAMBIEN ALTERACIONES DE LOS ORGANOS DE RESONANCIA, ASI COMO PATOLOGIA VOCAL DE ORIGEN HORMONAL.

TRAVIS, L. EN 1957 AFIRMA QUE LAS PATOLOGIAS DE LOS DEFECTOS ORGANICOS FONATORIOS SON EXTREMADAMENTE COMPLEJAS Y CON FRECUENCIA SE INTERRELACIONAN. PROPONE UN SUMARIO DE SEIS CATEGORIAS:

1. MODIFICACION DE ESTRUCTURAS COMO RESULTADO DE ABUSO DE LA VOZ, INCLUYENDO CONDICIONES TALES COMO ENGROSAMIENTO DEL TEJIDO DE LAS CUERDAS VOCALES; MIASTENIA LARINGEA; NODULOS VOCALES; ULCERAS DE CONTACTO; ASI COMO ABUSO VOCAL COMBINADO CON INFECCION.
2. IRRITANTES MECANICOS Y QUIMICOS; HUMOS; VAPORES Y GASES IRRITANTES; AIRE SECO; POLVOS; ALERGENICOS Y NITRATO DE PLATA.
3. SUSTANCIAS Y CONDICIONES QUE CAUSAN EDEMA NO INFLAMATORIO, COMO MEDICAMENTOS, COMPRESION MECANICA DEL FLUJO SANGUINEO VENOSO, DESEQUILIBRIO GLANDULAR Y ALERGIA. EL ATRAGANTAMIENTO Y LA VASODILATACION RELATIVA AL ALCOHOL.

4. DESTRUCCION DEL TEJIDO LARINGEO POR CIRUGIA, TRAUMATISMO O ENFERMEDAD.
5. ENFERMEDADES Y CRECIMIENTOS, PARTICULARMENTE INFECCIONES NO RELACIONADAS CON EL ABUSO VOCAL; PARALISIS DE ORIGEN CENTRAL, PERIFERICO Y MIOPATICO; QUISTES Y TUMORES TANTO BENIGNOS COMO MALIGNOS.
6. FACTORES CONGENITOS.

PERELLO, J., EN 1973 EFECTUO UNA AMPLIA REVISION DE LOS FACTORES CAUSALES DE LAS ALTERACIONES DE LA VOZ IDENTIFICADAS HASTA EL MOMENTO Y PUBLICO UN VERDADERO TRATADO SOBRE LAS DISFONIAS; A GROSSO MODO, ENTRE LOS TRASTORNOS ORGANICOS QUE COMPORTAN DISFONIA, MENCIONA: ENDOCRINOLOGICOS, MALFORMACIONES LARINGEAS, INFLAMACIONES Y TRAUMATISMOS.

EN 1978, EL MISMO AUTOR AFIRMA QUE LA DISFONIA PUEDE TAMBIEN SER SINTOMA DE LA TABES, DE LA ESCLEROSIS EN PLACAS, ENCEFALITIS, ALGUNAS DISENDOCRINIAS, ESPECIALMENTE PARATIROIDIAS, SUPRARRENALES O BIEN DE TUMORES QUE COMPRIMEN EL RECURRENTE.

LA CLASIFICACION MAS COMPLETA Y ACTUALIZADA, PARA EFECTOS DE ESTA INVESTIGACION, ES LA ELABORADA POR PRATER, R. Y SWIFT, R. EN 1986, EN LA CUAL, A PARTIR DE DOS GRANDES RUBROS, SE PRESENTA LA

ASOCIACION DE CADA TIPO DE DISFONIA CON EL TRASTORNO ORGANICO RESPECTIVO, COMO APARECE EN LA SIGUIENTE RELACION:

DISFONIAS NEUROGENICAS, MIOPATICAS Y APRAXICAS:

I. DISFONIAS ASOCIADAS CON TRASTORNOS DE LA NEURONA MOTORA INFERIOR, DE LA ARTICULACION MIONEURONAL Y DEL MUSCULO

A. DISFONIAS FLACCIDAS DEBIDAS A LESIONES AISLADAS DEL NERVIOS VAGO

B. DISFONIA FLACCIDA DEBIDA A MIASTENIA GRAVE

C. DISFONIA FLACCIDA DEBIDA A DISTROFIA MUSCULAR MIOTONICA

II. DISFONIA ASOCIADA A TRASTORNOS DE LA NEURONA MOTORA SUPERIOR

III. DISFONIA ASOCIADA A TRASTORNOS DEL SISTEMA CEREBELOSO

IV. DISFONIAS ASOCIADAS A TRASTORNOS DEL SISTEMA EXTRAPIRAMIDAL

A. DISFONIA ASOCIADA AL PARKINSONISMO

B. DISFONIA ASOCIADA A LA COREA

C. DISFONIA ASOCIADA AL MIOCLONO

D. DISFONIA ASOCIADA AL SINDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

E. DISFONIA ASOCIADA A ATETOSIS

F. DISFONIA ASOCIADA A DISTONIA

G. DISFONIA ASOCIADA A TEMBLOR ESENCIAL

V. DISFONIAS ASOCIADAS A DISARTRIAS DE MÚLTIPLES SISTEMAS MOTORES

- A. DISFONIA ASOCIADA A LA DISARTRIA MIXTA FLACCIDA-ESPÁSTICA DE LA ESCLEROSIS AMIOTRÓFICA LATERAL
- B. DISFONIA ASOCIADA A LA DISARTRIA MIXTA ATÁXICA-ESPÁSTICA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE
- C. DISFONIA ASOCIADA A LA DISARTRIA MIXTA ATÁXICA-HIPOCINETICA-ESPÁSTICA DE LA ENFERMEDAD DE WILSON

VI. DISFONIAS ASOCIADAS A PERDIDAS NEUROLÓGICAS DE CONTROL VOLITIVO DE LA FONACIÓN

- A. DISFONIA ASOCIADA A LA APRAXIA DE LA FONACIÓN
- B. DISFONIA ASOCIADA AL MUTISMO ACINÉTICO

DISFONIAS DE ETIOLOGÍAS CONGENITAS:

I. LESIONES DE TAMAÑO Y MASA DE LA LARINGE

- A. HEMANGIOMAS SUBGLOTICOS CONGENITOS
- B. PAPILOMA LARÍNGEO CONGENITO (PAPILOMATOSIS)

II. ANOMALÍAS ESTRUCTURALES CONGENITAS DE LA LARINGE

- A. LARINGOMALACIA
- B. SÍNDROME DEL MAULLIDO DE GATO
- C. DIAFRAGMAS LARÍNGEOS CONGENITOS Y LA ATRESIA LARÍNGEA
- D. LARINGOCELE CONGENITO

F. QUISTES LARINGEOS CONGENITOS

G. FISURA LARINGEA

**"EL SINTOMA, SIMBOLO ESCRITO
SOBRE LA ARENA DE LA CARNE"**

JACQUES LACAN

1.4 DE LA SINTOMATOLOGIA

SEGRE, R. (1955), MANIFIESTA QUE LOS SINTOMAS MAS EVIDENTES SON: MOLESTIA EN LA GARGANTA, ARDORES, DOLORES FONATORIOS, SEQUEDAD, DIFICULTAD PARA TRAGAR, ASI COMO SENSACION DE UN CUERPO EXTRAÑO QUE SE DESPLAZA.

ARONSON, A. (1968), SEÑALA: ASPEREZA, TONO EXCESIVAMENTE BAJO, MONOTONO (UN SOLO TONO) Y DETENCIONES REGULARES DE LA VOZ.

EN 1970, GUNDERMANN, H., ELABORO UNA JERARQUIA DE FRECUENCIA CON LOS SIGUIENTES SINTOMAS: NERVIOSIDAD, CARRASPERA, ENRONQUECIMIENTO, IRRITACION BRONQUIAL, SENSACION DE RESEQUEDAD, SENSACION DE ESFUERZO, VOZ CONGESTIONADA, ARDOR EN LA LARINGE, SENSACION DE PRESION, SENTIMIENTO DE TENER UN NUDO EN LA GARGANTA, PERDIDA DE LA VOZ, MOLESTIAS EN LA LARINGE Y SENSACION DE FATIGA, ASI COMO SINTOMAS PSIQUICOS SECUNDARIOS (FREIDL, W., 1989).

PERELLO, J. (1978) ASIENTA COMO SINTOMAS DE LA DISFONIA ESPASTICA, RONQUERA, CANSANCIO VOCAL, SENSACION DE TENSION, DE PRESION EN LA GARGANTA, CON DOLORES UNILATERALES, MAS RARAMENTE BILATERALES, ALGUNAS VECES CON IRRADIACION HACIA LA OREJA. LA VOZ SUENA APRETADA, FORZADA, LAS VOCALES SON EMITIDAS EN DOS O TRES SACUDIDAS. LA INTENSIDAD ES MUY DEBIL, A VECES ES UN

SUSURRO Y SE PUEDE LLEGAR HASTA LA AFONIA TOTAL, PERO EN MEDIO DE LA FRASE SALE ALGUNA SILABA FUERTE. LOS ACENTOS DE INTENSIDAD, DURACION Y ALTURA ESTAN TRASTOCADOS. EL TONO ES ANORMALMENTE ELEVADO, A VECES LA VOZ SALTA SUBITAMENTE AL FALSETE. LA VOZ ES EN GENERAL, MEJOR AL LEER QUE AL HABLAR ESPONTANEO. EL PACIENTE PUEDE CANTURREAR, PERO SI CANTA UN FONEMA, ENTONCES LA FONACION ES MAS DIFICIL. LOS PERIODOS DE DISFONIA PUEDEN ALTERNAR CON TEMPORADAS O DIAS EN LOS QUE LA VOZ ES TOTALMENTE NORMAL. AGREGA QUE GARDE, E. (1964) REFIERE EL "SINTOMA DE LA RISA"; CUANDO EL PACIENTE RIE, LA VOZ TIENE UN TONO MAS GRAVE, UNA INTENSIDAD Y UN TIMBRE NORMALES. YANNATOS, G. (1959) TAMBIEN INCLUYE ESTE DATO.

PARA PRATER, R. Y SWIFT, R., LOS SINTOMAS VARIAN DE ACUERDO AL TIPO DE TRASTORNO (SEGUN SU CLASIFICACION DE DISFONIA ESPASMODICA):

SINTOMAS DEL TIPO ADUCTOR: EL INICIO DEL TRASTORNO SE CARACTERIZA POR UNA RONQUERA INESPECIFICA, ASOCIADA A "GOLPES VOCALES" Y ROTURAS DE TONO, QUE EVENTUALMENTE EVOLUCIONAN HACIA LARINGOSPASMOS COMPLETOS. LA VOZ DEL PACIENTE AFECTADO DE UNA FORMA AVANZADA DE LA DISFONIA ESPASMODICA DE ESTE TIPO, HA SIDO DESCRITA COMO UNA FONACION FORZADA, DISTORSIONADA, EN STACCATO (ARONSON, A., 1968; BARTON, R., 1979), PRODUCIDA CON UN ENORME ESFUERZO FONATORIO, QUE, SIN EMBARGO, DA POR RESULTADO

UNA INTENSIDAD VOCAL PEQUEÑA. LA FONACION SOSTENIDA ES MUY DIFÍCIL. INCLUSO LA FONACION SE PRODUCE EN EXPLOSIONES VOCALES ABRUPTAS. REIR, CANTAR, GRITAR Y LAS VOCALIZACIONES NO COMUNICATIVAS NO ESTAN GENERALMENTE AFECTADAS.

SINTOMAS DEL TIPO ABDUCTOR: ESTE TIPO DE DISFONIA ESPASMODICA ES MENOS COMUN. LA VOZ DEL PACIENTE SE HA DESCRITO COMO TENIENDO MOMENTOS INTERMITENTES DE AFONIA Y DE "SOPLO", CON IMPEDIMENTO DE DISTINCIONES DE FONEMAS SONOROS O SORDOS. PRESENTA MAYOR DIFICULTAD EN LA TRANSICION DE UNA CONSONANTE SIN VOZ A UNA VOCAL, EN UNA PALABRA ACENTUADA.

EN CUANTO A LOS PACIENTES CONSIDERADOS EN NUESTRO ESTUDIO, SE IDENTIFICARON LOS SIGUIENTES SINTOMAS COMUNES A TODOS LOS CASOS: EL LENGUAJE NORMAL, LA VOZ DE INTENSIDAD DISMINUIDA, EL TIMBRE OPACO Y RASPOSO, LA ALTURA TONAL TIENDE A LOS GRAVES, CON DURACION DISMINUIDA, LAS RESPIRACIONES SON ORALES Y CORTAS, MANIFIESTAN ESFUERZO LARINGEO DURANTE LA FONACION; EN ALGUNOS CASOS SE REPORTAN DOLORES EN LA CARA ANTERIOR DEL CUELLO Y SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN LA GARGANTA.

DESDE HACE VEINTE AÑOS, PERELLO, J. INSISTIA EN QUE LOS SIGNOS OBJETIVOS SON TAN ESCASOS, QUE PARA LLEGAR A UN DIAGNOSTICO CORRECTO, ES NECESARIO LLEVAR A CABO NO SOLO UNA EXPLORACION LARGA Y MINUCIOSA, SINO QUE SE DEBE REALIZAR UNA ANAMNESIS MUY

CUIDADOSA, QUE CONSIDERE NO SOLAMENTE LOS SINTOMAS, SINO QUE DEBEN CONSIDERARSE TAMBIEN OTROS FACTORES, COMO LAS ENFERMEDADES GENERALES Y LARINGEAS SUFRIDAS, LA CLASE Y DURACION DE SU TRABAJO VOCAL, EL TIEMPO DE DURACION DE LA DISFONIA, LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTA O SE ACENTUA, COMO Y CUANDO SE PRESENTAN MEJORIAS, LOS TRATAMIENTOS ANTERIORES Y SU RESULTADO, ASI COMO EL CARACTER Y TEMPERAMENTO DEL ENFERMO, ANTECEDENTES PSICOPATICOS FAMILIARES, Y COMO REACCIONA ANTE SU DISFONIA; "SE DEBE TRATAR LA 'ENFERMEDAD' COMO UN TODO", AFIRMABA.

NOSOTROS SOMOS DE LA OPINION DE QUE NO EXISTEN "ENFERMEDADES " PER SE , SINO "ENFERMOS " Y QUE ES AL "ENFERMO" A QUIEN SE DEBE CURAR, NO AL SINTOMA O A LA ENFERMEDAD.

**"HOMBRES ESCUCHAD, OS DOY EL
SECRETO, YO, LA VERDAD, HABLO"**

JACQUES LACAN

1.5 DE LA ETIOLOGIA

A TRAVES DE LA HISTORIA, LA GENESIS DE LA DISFONIA ESPASTICA HA SIDO MUJY CONTROVERTIDA Y SE HA COLOCADO EN DIFERENTES CATEGORIAS Y DISTINTOS CAMPOS, TANTO MEDICOS COMO PSIQUIATRICOS Y PSICOLOGICOS; HASTA LA FECHA SUBSISTE EL DESACUERDO EN CUANTO A SU UBICACION ETIOLOGICA, DEFINICION DE LA SINTOMATOLOGIA CARACTERISTICA Y COMO CONSECUENCIA, UNA GRAN DIFICULTAD EN CUANTO A UNA DIFERENCIACION DIAGNOSTICA ADECUADA Y OPORTUNA. ESTA SITUACION SE REFLEJA EN UN MARCO AMBIGUO PARA EL DESARROLLO DE TRATAMIENTOS O TERAPIAS EFECTIVAS.

DESDE EPOCAS REMOTAS, DESDE HIPOCRATES Y PLATON, ESTABA PRESENTE EL CUESTIONAMIENTO ESENCIAL DE LA RELACION ENTRE LA PSIQUE Y EL SOMA, ASI COMO LA DUALIDAD CUERPO-ALMA DE DESCARTES.

ESA ANTIGUA POLEMICA PARECE ACTUALIZARSE EN LO QUE SE REFIERE A LA DEFINICION ETIOLOGICA DE LA DISFONIA ESPASTICA, YA QUE EXISTEN CUANDO MENOS DOS TENDENCIAS DIVERGENTES, UNA QUE LA SITUA EN EL PLANO PSICOGENO Y OTRA EN EL CAMPO DE LO ORGANICO Y UNA TERCERA, QUE CONTEMPLA LA INTERACCION DE AMBAS INFLUENCIAS.

POR OTRA PARTE, TAMPOCO SE HA DECIDIDO SI ESTA ALTERACION DEBE CONSIDERARSE COMO UNA ENTIDAD NOSOLOGICA INDEPENDIENTE O COMO UN SINTOMA ASOCIADO A OTRAS PATOLOGIAS; SE LE HA ASIGNADO

LA CATEGORIA DE SINTOMA HISTERICO U OBSESIVO; SE HA INSCRITO EN LA PATOLOGIA INTRINSECAMENTE LARINGEA; SE HA RELACIONADO CON DAÑO NEUROLOGICO Y CON DESORDENES PSIQUIATRICOS Y SE HA EMPARENTADO CON LA TARTAMUDEZ.

LOS PRIMEROS INVESTIGADORES, ENTRE ELLOS TRAUBE, L., LA CONSIDERABAN UN TRASTORNO PSICOGENICO QUE CON FRECUENCIA ERA PRESENTADO COMO UNA REACCION DE CONVERSION.

LA PERDIDA DE LA VOZ COMO UN SINTOMA HISTERICO FUE RECONOCIDA POR FREUD, S. (1905) Y POR JANET, P. (1920).

OTROS AUTORES REFIRIERON EL TRASTORNO COMO UNA DISFUNCION DE LOS MUSCULOS LARINGEOS, QUE PRODUCIA UNA TECNICA VOCAL POBRE, DEFICIENTE , ENTRE ELLOS PEREPREL, E. Y JACKSON, C (1940).

DURANTE MAS DE 25 AÑOS SE LE ADJUDICO UNA ETIOLOGIA 'FUNCIONAL', PSICOGENA, RELACIONADA CON PROBLEMAS DE AJUSTE INTERPERSONAL DEL PACIENTE. RESULTA ENTONCES PERTINENTE, PREGUNTARSE A QUE ALUDIA EN ESA EPOCA EL CONCEPTO FUNCIONAL.

FREUD, EN 1891, EN SU TRABAJO SOBRE LA AFASIA, EXPUSO QUE SUS CONSIDERACIONES LO HABIAN LLEVADO A ATRIBUIR CIERTO TIPO CLINICO DE TRASTORNO DEL LENGUAJE, A UN CAMBIO EN EL ESTADO FUNCIONAL DEL APARATO DEL LENGUAJE Y NO A UNA INTERRUPCION LOCALIZADA DE

UNA VIA NERVIOSA; Y TAMBIEN QUE PUEDE ARGÜIRSE QUE LA REDUCCION DE EXCITABILIDAD DE UN CENTRO, POR SER UN ESTADO PURAMENTE 'FUNCIONAL', NO IMPLICA LA PRESENCIA DE UNA LESION EFECTIVA Y QUE PUEDE HABER CONDICIONES SIMILARES A LA AFASIA MOTORA TRANSCORTICAL, QUE SEAN RESULTADO DE UN DETERIORO PURAMENTE FUNCIONAL, SIN LESION ORGANICA.

LA DEFINICION MAS ANTIGUA Y EXTENDIDA EN EL CONTEXTO FONIATRICO, ES AQUELLA QUE SE REFIERE A UN TRASTORNO QUE NO PRESENTA ALTERACION VISIBLE EN EL EXAMEN LARINGOSCOPICO Y FUE ADOPTADA Y APOYADA POR UNA GRAN CANTIDAD DE AUTORES.

TARNEAUD, J. EN 1932, SOSTIENE QUE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DE VOZ SON AQUELLOS EN QUE LA INVESTIGACION CLINICA NO PERMITE RELACIONARLOS A UNA CAUSA ORGANICA VISIBLE, PERO QUE POR LAS DEFICIENCIAS DE LAS CONDICIONES DE EXAMEN DE LA LARINGE Y LA INSUFICIENCIA DE LOS APARATOS SENSORIALES, NO HABIA SIDO POSIBLE DETERMINAR LA RELACION CAUSA-EFECTO.

BELLONI, G. EN 1953, ESTIPULA QUE LA PATOLOGIA FUNCIONAL ES AQUELLA QUE SE ESTABLECE POR EFECTO DE ESTIMULOS ANORMALES QUE SE DESARROLLAN A TRAVES DE CORRELACIONES FISIOLÓGICAS.

EN 1955, SEGRE, R. AFIRMA QUE NO ES POSIBLE, EN PATOLOGIA HUMANA, HACER UNA DISTINCION ABSOLUTA, CORTANTE, ENTRE LO

ORGANICO Y LO FUNCIONAL, LO SOMATICO Y LO PSICOGENO; AUN EN LAS ENFERMEDADES CUYA ETIOPATOGENIA ORGANICA ESTA BIEN CONFIRMADA POR LA ANATOMIA PATOLOGICA, ES DABLE OBSERVAR LA IMPORTANTE INFLUENCIA DE LA PSIQUE. POR EL CONTRARIO, LA ETIOLOGIA PURAMENTE FUNCIONAL, SE REFLEJA SOBRE LOS ORGANOS AFECTADOS CON MECANISMOS PATOGENOS O TOTALMENTE IGUALES A LOS DE LAS ENFERMEDADES ORGANICAS. SUBRAYA LA POTENCIA Y LA FRECUENCIA DEL FACTOR PSICOGENO EN LAS LOGO Y FONOPATIAS.

EN 1959, KLOTZ, P. AFIRMA QUE AUN CUANDO EL TRASTORNO FUNCIONAL NO SE EVIDENCIA A LA LARINGOSCOPIA, SI APARECE A LA ESTROBOSCOPIA. POMMEZ, J. ASEVERA QUE EL USO DEL TERMINO DISFONIA FUNCIONAL, ES UNA MANERA DE ESCONDER UNA IGNORANCIA EN LO QUE RESPECTA A LA CAUSA EXACTA DE ESTA DISFONIA. ASIMISMO, ARNOLD, G. DICE QUE CUESTA CREER QUE TODO ESTE VAGO GRUPO DE DISFONIAS FUNCIONALES TENGA UNA SOLA CAUSA. YANNATOS, G. QUE DE LA ETIOLOGIA NO SE SABE NADA Y FERRERI, QUE LAS CAUSAS SON DE DIFICIL IDENTIFICACION.

OTROS INVESTIGADORES SOSTIENEN QUE UNA ENFERMEDAD FUNCIONAL, ES REVERISBLE Y UNA ORGANICA ES IRREVERSIBLE Y QUE EL NOMBRE DE DISFONIA FUNCIONAL ES SOLO UN DIAGNOSTICO PATOGENICO, PERO NO ETIOLOGICO.

EN LOS ESTADOS UNIDOS, VAN LEDEN, M., EN 1960 INFORMA QUE EL

TERMINO HA SIDO EMPLEADO POR LOS LARINGOLOGOS PARA DENOMINAR LA DISFONIA PSICOSOMATICA Y POR LOS LOGOPEDISTAS PARA DESIGNAR LAS DISFONIAS QUE SE PRODUCEN A PARTIR DE UN ABUSO, SOBRESFUERZO O AGOTAMIENTO DEL MECANISMO VOCAL; DESDE LUEGO, ESTA DEFINICION ES MUY POCO ESPECIFICA Y PROPICIA MAYOR CONFUSION, PORQUE INCLUYE TODAS LAS ALTERACIONES, YA SEA CON SUSTRATO ORGANICO O SIN EL, AMEN DE QUE NO DA INDICACIONES ETIOLOGICAS.

DESPONS, J. (1963), DEFINE LO FUNCIONAL DE UN TRASTORNO POR LA PRESENCIA DE UNA DESPROPORCION ENTRE EL SINTOMA Y LAS LESIONES ANATOMICAS.

PRATER, R. Y SWIFT, R. EN 1973, SOSTIENEN QUE EN EL CAMPO DE LAS DISFONIAS FUNCIONALES EXISTEN DOS ETIOLOGIAS, UNA MECANICA Y OTRA NEUROTICA, PERO QUE SE AMALGAMAN ESTRECHAMENTE, CONFUNDEN Y POTENCIALIZAN EN MUCHOS CASOS, QUE ESA IMBRICACION ES MUY INTIMA Y QUE TODAS LAS GRADUACIONES SON POSIBLES.

COMO PUEDE APRECIARSE, A PARTIR DE LAS OPINIONES EMITIDAS POR ESTOS Y OTROS AUTORES, NO SE ACLARABA NINGUNA INCOGNITA, EL CONCEPTO RESULTA MERAMENTE DESCRIPTIVO DE UN FENOMENO, RESPONDE SOLO A LA PREGUNTA DE QUE PASA, PERO NO A COMO NI POR QUE. ADEMAS, EXISTIA YA CONFUSION EN LA LITERATURA DEBIDO AL USO INDISCRIMINADO DEL CONCEPTO FUNCIONAL, YA QUE ALGUNOS AUTORES LO USABAN COMO SINONIMO DE PSICOGENO Y OTROS NO, ALGUNAS VECES

SE REFERIA A UNA AGRUPACION DE PROBLEMAS DE LA VOZ Y OTRAS ESPECIFICAMENTE A LA DISFONIA ESPASTICA, EN FIN, SU USO INDISCRIMINADO CREO MAS PROBLEMAS DE LOS QUE SOLUCIONO.

PUES BIEN, LA DISFONIA ESPASTICA FUE CLASIFICADA ENTRE LAS DISFONIAS FUNCIONALES POR DIVERSOS AUTORES: SCHILLING, R. (1932), ARNOLD, G. (1948), SEGRE, R. (1950), GARDE, E. (1952), CROATO, L. (1953), WEISS, D. (1955), BERENDES, J. (1956), BAUER, H. (1957), DE SANTIS, M. ASI COMO EISENSEN, J. Y GARDNER, W. (1958), BRODNITZ, F., FERRERI, HEAVER, L., KLOTZ, P., REBAGLIATTI, H. Y YANNATOS, G. (1959), BARTON, R. (1960) Y BLOCH, P. (1965), ENTRE OTROS.

A PARTIR DE LA DECADA DE LOS SESENTAS, LA NOCION DE ETIOLOGIA FUNCIONAL EMPEZO A CUESTIONARSE, CUANDO ALGUNOS AUTORES QUE DEFENDIAN ESA ETIOLOGIA, SUGIRIERON UNA RELACION ENTRE LA DISFONIA ESPASTICA Y PATOLOGIAS NEUROLOGICAS. ASI PUES, LAS INVESTIGACIONES SE INCLINARON HACIA LA BUSQUEDA DE ESE VINCULO CON LOS FACTORES ORGANICOS.

ROBE, E., BRUMLICK, J. Y MOORE, P. (1960), COMENZARON A ATRIBUIR LA ETIOLOGIA DE LA DISFONIA ESPASTICA A UNA PATOLOGIA DE LOS SISTEMAS NERVIOSO CENTRAL Y PERIFERICO.

DOS DE LOS AUTORES QUE MAS INTENSAMENTE HAN INVESTIGADO Y

APOYADO LA TESIS DEL SUSTRATO ORGANICO DE LA DISFONIA ESPASTICA, SON DEDO, H. Y ARONSON, A., MEDICOS NORTEAMERICANOS.

EL PRIMERO DESARROLLO EN 1976 UN PROCEDIMIENTO QUE CONSISTE EN LA SECCION DEL NERVIIO LARINGEO DENOMINADO RECURRENTE, CON EL PROPOSITO DE ALIVIAR LA DISFONIA ESPASTICA; BARTON, R. Y BILLER, H., ADOPTARON Y REPITIERON SU METODO. PERO LOS RESULTADOS NO FUERON MUY CONVINCENTES; EN ALGUNOS CASOS SE REPORTO QUE LOS PACIENTES MEJORARON Y TUVIERON BUENA RECUPERACION POSTOPERATORIA, PERO EN OTROS CASOS NO SE LOGRO NINGUNA MEJORIA. ESTE AUTOR, ASI COMO SUS COLABORADORES IZDEBSKI, K., SHIPP, T. Y TOWSEND, A., ENCABEZAN LA POSTURA QUE ASIGNA UNA ETIOLOGIA BASICAMENTE ORGANICA A LA DISFONIA.

ARONSON, A., POR SU PARTE, SE HA DEDICADO A LA INVESTIGACION DE LA DISFONIA ESPASTICA POR MAS DE VEINTE AÑOS. LAS AREAS EN QUE HA INCURSIONADO INCLUYEN LA SINTOMATOLOGIA, ASPECTOS NEUROLOGICOS Y PSIQUIATRICOS, DETECCION Y DIAGNOSTICO, TERAPIA E INFORMACION ESTADISTICA.

DESDE 1966, AFIRMABA QUE UNO DE LOS PROBLEMAS EN LOS ESTUDIOS EMPRENDIDOS EN AQUELLA EPOCA, ERA QUE AUN CUANDO INVOLUCRARAN A UN GRAN NUMERO DE PACIENTES, LAS DETERMINACIONES PSIQUIATRICAS ERAN INFORMALES O DE VALIDEZ CUESTIONABLE. EN 1981, ESTE AUTOR POSTULA QUE LA DISFONIA ESPASTICA, DESDE QUE

FUE DESCRITA POR PRIMERA VEZ, HABIA SIDO CONSIDERADA COMO UNA PSICONEUROSIS, ESPECIFICAMENTE REACCION DE CONVERSION (BLOCH, C., 1965), PERO VARIOS ESTUDIOS DURANTE LOS ULTIMOS VEINTE AÑOS (LOS DE DEDO, H. Y SHIPP T.; ROBE, E., BRUMLIK, J. Y MOORE, P.; ASI COMO LOS QUE EL MISMO REALIZO DESDE 1968, CON BROWN, J., LITIN E. Y PEARSON, J.) CAMBIARON LA DIRECCION DE SUS REFLEXIONES HACIA LA SOSPECHA DE UNA LESION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

EN 1968, PRESENTA LA HIPOTESIS DE QUE LA DISFONIA ESPASTICA TIENE UN SUSTRATO NEUROLOGICO Y QUE PUEDE RELACIONARSE CON EL SINDROME DE TEMBLOR ESENCIAL (ESSENTIAL TREMOR, PERTURBACION NEUROLOGICA CAUSADA POR LESION EN ALGUN SITIO NO DEFINIDO DEL SISTEMA EXTRAPIRAMIDAL). EN EL MISMO AÑO REALIZA UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE AMBAS ALTERACIONES, CONFRONTANDO ENTRE OTRAS, LAS CARACTERISTICAS DE LA VOZ; LOS RESULTADOS INDICARON SIMILITUDES EN AMBOS DESORDENES.

DURANTE 1973, LLEVA A CABO UN ESTUDIO, EN EL QUE INTENTA UNA APROXIMACION INTERDISCIPLINARIA EN CUANTO A LA DETECCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS DESORDENES PSICOGENOS DE LA VOZ. ES HASTA 1980 QUE ARONSON, A., LLEGA A UNA CONCLUSION IMPORTANTE, EN EL SENTIDO DE QUE UNA VARIEDAD DE LESIONES LARINGEAS MENORES COMO EDEMA, NODULOS Y ULCERAS DE CONTACTO, SE HAN ACEPTADO COMO ACOMPAÑANDO, PERO NO CAUSANDO LA DISFONIA, EN EL ENTENDIDO DE QUE SON CONSECUENCIA DE TECNICAS

ANORMALES DE LA PRODUCCION DE LA VOZ. ENTRE OTROS DATOS ESTADISTICOS ARROJADOS POR ESTE ESTUDIO, APARECIO QUE EL 80% DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR TRASTORNOS DE CONVERSION DE VOZ, FUERON MUJERES.

YA EN FEBRERO DE 1981, EL MISMO AUTOR, CON LA PARTICIPACION TAMBIEN DE HARTMAN, D., REALIZA UN ESTUDIO MAS ESPECIFICO, CON EL PROPOSITO DE EVALUAR SI LAS INTERRUPCIONES RITMICAS DE LA VOZ, COMPONENTES FRECUENTES DE LA DISFONIA ESPASTICA, SON SIGNOS DE TEMBLOR ESENCIAL. AQUI SE REFIERE YA A UN TIPO ESPECIFICO DE DISFONIA ESPASTICA, LA DISFONIA ESPASTICA ADUCTORA. SE EFECTUO TAMBIEN EXAMEN NEUROLOGICO Y EVALUACION DE LA INFLUENCIA DE STRESS. LOS RESULTADOS INDICARON QUE NO HUBO DIFERENCIAS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA VOZ Y QUE SE IDENTIFICARON SIGNOS NEUROLOGICOS EN TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO. ASIMISMO, SE REPORTO QUE LA INFLUENCIA DE STRESS FUE SUPERIOR EN EL GRUPO DE DISFONIA ESPASTICA ADUCTORA. ESTAS CONCLUSIONES RECONOCIERON UNA ARTICULACION ENTRE AMBOS TRASTORNOS, LA CUAL PARA LOS AUTORES SUGERIA SER UNA FORMA SEVERA DE TEMBLOR ESENCIAL (PRATER, R. Y SWIFT, R. INCLUYEN EL TEMBLOR ESENCIAL EN EL CAPITULO DE DISFONIAS ASOCIADAS A TRASTORNOS DEL SISTEMA EXTRAPIRAMIDAL, EN 1986).

SE SEÑALO ESE HALLAZGO COMO UN FACTOR IMPORTANTE EN LA CLINICA, PORQUE LA POSIBILIDAD DE HACER UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ESA

VARIEDAD ESPECIFICA DE DISFONIA ESPASTICA, PERMITIRIA NO IGNORAR LA POSIBLE CONCURRENCIA DE UN DAÑO NEUROLOGICO Y ASI DESARROLLAR LOS TRATAMIENTOS ADECUADOS PARA CADA CASO. PROPONEN QUE PODRIA USARSE EL TERMINO DE DISFONIA ESPASTICA IDIOPATICA PARA OTRAS FORMAS DE DISFONIA ESPASTICA PARA LAS CUALES NO PUEDE SER ENCONTRADA NINGUNA CAUSA OBSERVABLE.

EN NOVIEMBRE DE 1981, ARONSON, A. Y HARTMAN, D. REPORTAN UNA NUEVA INVESTIGACION SOBRE OTRA VARIEDAD, LA DISFONIA ESPASTICA ABDUCTORA, EN LA QUE SE PRESENTAN MOMENTOS "DE SOPLO" (BREATHY DYSPHONIA), TOTALMENTE INVOLUNTARIOS Y LA BAUTIZAN COMO DISFONIA INTERMITENTE DE SOPLO.

SE AFIRMA EN ESE TRABAJO, QUE LA ETIOLOGIA DE ESTE DESORDEN PERMANECE OSCURO, ASI COMO QUE, EN GENERAL LOS PATOLOGOS DEL LENGUAJE HAN ENCONTRADO QUE ESTA ALTERACION ES RESISTENTE A LA TERAPIA Y QUE EN LOS ESCASOS REPORTES PUBLICADOS, SE HA TRABAJADO CON UN PEQUEÑO NUMERO DE SUJETOS. ELLOS MISMOS EXAMINARON SOLO A 17 PACIENTES Y ENCONTRARON QUE EFECTIVAMENTE, DIFERENTES TERAPIAS HAN SIDO INEFECTIVAS Y AUNQUE DICEN QUE NO EN FORMA CONCLUYENTE, SE AFIRMA QUE LOS PACIENTES PODRIAN TENER UN PROBLEMA NEUROLOGICO O PSICOLOGICO SUBYACENTE. EN ESTE ESTUDIO, DE DOS PACIENTES QUE RECIBIERON PSICOTERAPIA, UNO TUVO NOTABLE MEJORIA; ESTE PACIENTE LLEVABA UN AÑO CON LOS SINTOMAS. EL OTRO NO PRESENTO NINGUNA MEJORIA,

PERO SU TRASTORNO PERMANECIA AUN DESPUES DE 26 AÑOS.

LOS SIGNOS PSIQUIATRICOS IDENTIFICADOS COMO MAS FRECUENTES FUERON: STRESS CRONICO, CONFLICTOS CON EL SIMBOLISMO, BENEFICIOS SECUNDARIOS, DESAVENENCIA MARITAL, POBRE IDENTIFICACION SEXUAL, IRA, PERSONALIDAD INMADURO-DEPENDIENTE Y ADAPTACION NEUROTICA A LA VIDA; PERO LA RELACION ENTRE ESTOS FACTORES Y LA DISFONIA NO PUDO SER DETERMINADA.

SEGUN LOS AUTORES, A PARTIR DE LOS RESULTADOS DE ESTE TRABAJO, PARECE ELEVARSE LA POSIBILIDAD DE QUE EN LUGAR DE CONSIDERARLA UNA ENTIDAD AISLADA, ESTE TIPO DE DISFONIA PUEDE TENER ORIGEN TANTO NEUROLOGICO COMO PSICOLOGICO.

SE CONCLUYE CON LA RECOMENDACION DE QUE ES NECESARIO DESARROLLAR UNA TERAPIA EFECTIVA, CON OBJETO DE REDUCIR O ELIMINAR LOS INCAPACITANTES DESORDENES DE LA VOZ QUE OCURREN CON ESTA ALTERACION.

CONTINUANDO EN LA BUSQUEDA DE UNA RESPUESTA , EN 1985, SHIPP, T., IZDEBSKI, K., REED, CH. Y MORRISSEY, PH., INVESTIGAN MEDIANTE EXAMEN ELECTROMIOGRAFICO, LA ACTIVIDAD INTRINSECA DE LOS MUSCULOS LARINGEOS (TIROARITENOIDEO, CRICOARITENOIDEO POSTERIOR, INTERARITENOIDEO Y CRICOTIROIDEO) EN UNA PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DISFONIA ESPASTICA. LOS RESULTADOS INDICARON

QUE EN CONDICIONES NORMALES, LA ACTIVIDAD MUSCULAR MUESTRA INCREMENTOS INTERMITENTES Y REPENTINOS QUE COINCIDEN CON INTERRUPCIONES MOMENTANEAS EN LA PRODUCCION DE LA VOZ; BAJO ANESTESIA NO SE PRESENTARON ESOS INCREMENTOS Y HUBO RECUPERACION DE LA VOZ. EL EXAMEN LARINGOSCOPICO MOSTRO MORFOLOGIA NORMAL DE LOS NERVIOS Y MUSCULOS LARINGEOS. LOS AUTORES CONCLUYERON QUE EL MECANISMO PRODUCTOR DE LOS SINTOMAS DE DISFONIA ESPASTICA NO ESTA LOCALIZADO EN LA ACTIVIDAD INTRINSECA DE LOS MUSCULOS LARINGEOS, SINO QUE DEBE ESTAR UBICADO EN ALGUNA ESTRUCTURA NEUROLOGICAMENTE MAS ALLA DE LA LARINGE.

LA MISMA TENDENCIA ORGANICISTA PERSISTE HASTA NUESTROS DIAS. EN 1990 MILUTINOVIC, Z. Y KOSANOVIC, R., EVOCAN QUE AUNQUE LA DISFONIA ESPASTICA HA SIDO OBJETO DE INVESTIGACION POR MAS DE UN SIGLO, SU ETIOLOGIA Y PATOGENESIS NO ESTAN COMPLETAMENTE IDENTIFICADAS. ELLOS SON TAMBIEN DE LA OPINION DE QUE LA ETIOLOGIA ES COMPLEJA Y DE QUE ESTE DAÑO DE VOZ PUEDE SER INHERENTE EN ALGUN ASPECTO A PADECIMIENTOS NEUROLOGICOS.

ESTOS AUTORES REPORTARON QUE EL 32% (7 DE 22 PACIENTES) DE LOS SUJETOS CONSIDERADOS EN SU ESTUDIO HABIA PRESENTADO ALGUN DAÑO ORGANICO CON INFLUENCIA SOBRE LA ACTIVIDAD MOTORA: PARKINSONISMO, ESCLEROSIS MULTIPLE, ARTERIOESCLEROSIS GENERAL, TETANIA Y SECUELA DE ENCEFALITIS (ALGUNOS DE ESTOS PADECIMIENTOS

ESTAN INCLUIDOS EN LA CLASIFICACION QUE PRATER, R. Y SWIFT, R. ELABORARON SOBRE DISFONIAS ASOCIADAS EFECTIVAMENTE A PATOLOGIAS ORGANICAS, EN 1986).

ESTOS AUTORES AFIRMAN QUE ES POSIBLE QUE LA DISFONIA ESPASTICA, POR LO MENOS EN ALGUNOS CASOS, SEA EL SINTOMA INICIAL DE ALGUNA LESION ORGANICA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, LA CUAL NO HA APARECIDO CLINICAMENTE EN ALGUNA OTRA FORMA. CABRIA PREGUNTARSE SI ESTA ASEVERACION SERIA VALIDA PARA LOS CASOS EN QUE LOS SINTOMAS SE HAN PRESENTADO EN FORMA PERMANENTE O RECURRENTE DURANTE MAS DE DIEZ O INCLUSO VEINTE AÑOS.

NO OBSTANTE, ESTOS INVESTIGADORES CONSIDERAN QUE "TODAVIA NO CONOCEMOS ESTA ENFERMEDAD LO SUFICIENTE PARA PODER PUNTUALIZAR PRECISAMENTE ACERCA DE SUS CAUSAS Y NATURALEZA". SIN EMBARGO, REITERAN SU POSTURA TEORICA OPINANDO QUE LA AUSENCIA DE DAÑO GENERAL O NEUROLOGICO NO DEBE SER UN CRITERIO EN EL DIAGNOSTICO DE DISFONIA ESPASTICA Y QUE LOS PACIENTES DEBEN ESTAR BAJO CONTROL NEUROLOGICO REGULAR.

SE ADVIERTE QUE EL ENFOQUE ORGANICISTA NO HA PODIDO DAR CUENTA NI DE LA ETIOLOGIA NI DEL TRATAMIENTO ADECUADO PARA LA DISFONIA ESPASTICA Y SI HA DADO ORIGEN A UNA MAYOR ESPECIFICIDAD QUE AMPLIO LA GAMA DE VARIEDADES DE CLASIFICACION.

SIN EMBARGO, FRENTE A LAS NUEVAS DIFICULTADES Y FRENTE AL NO SABER SOBRE ESTA ALTERACION DE LA VOZ, NO DEJARON DE MENCIONARSE PARALELAMENTE LOS FACTORES PSICOLOGICOS DE DIFERENTES MANERAS (INFLUENCIA DE STRESS, ESTADOS DE ANSIEDAD, CONFLICTOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES E INCLUSO EN LA REFERENCIA A ESTRUCTURAS NEUROLOGICAS NO DETERMINADAS), COMO ELEMENTOS PARTICIPANTES EN LA PRODUCCION DE LOS SINTOMAS DE LA DISFONIA ESPASTICA; INCLUSIVE, PARECE QUE HUBIERA UN RETORNO EN CUANTO A LA CONSIDERACION DE LA IMPORTANCIA DE ESTOS FACTORES, EN LA GENESIS DEL TRASTORNO, DE LOS CUALES SE HABLO DESDE EL PRINCIPIO, PERO NO SE HA LOGRADO DESCUBRIR LA FORMA DE ABORDARLOS.

CABE MENCIONAR QUE UN BUEN NUMERO DE INVESTIGADORES DE TENDENCIA ORGANICISTA, AL NO TENER LA POSIBILIDAD DE ARGUMENTAR SOLIDAMENTE SUS POSTULADOS O CUANDO SOLO PODIAN COMPROBAR SUS HIPOTESIS EN UN LIMITADO NUMERO DE PACIENTES, PREGONABAN COMO INFLUENCIA PSICOLOGICA LO QUE NO PODIA EXPLICARSE DESDE SU POSTURA TEORICA. ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE INCLUSIVE ALGUNOS DE ELLOS RETORNARON AL CAMINO INICIAL, ES DECIR A LA CONSIDERACION DE LOS ARGUMENTOS PSICOLOGICOS EN SUS DESARROLLOS POSTERIORES, COMO ES EL CASO DE ARONSON, A.

EN CONTRAPOSICION A LA POSTURA ORGANICISTA, ESTABA PRESENTE LA TENDENCIA PSICOLOGICA EN EL MUNDO DE LA INVESTIGACION SOBRE EL

TEMA.

GUNDERMANN, H., EN 1970 PLANTEABA QUE CON ESTE PADECIMIENTO SE PRESENTABAN SINTOMAS PSIQUICOS SECUNDARIOS QUE PODIAN RESULTAR POR SI MISMOS UN FACTOR DE RIESGO PSIQUICO Y QUE DABAN ORIGEN A UN CIRCULO VICIOSO, COMO SIGUE: IRRUPCION DE LA ENFERMEDAD DE LA VOZ COMO UNA SIMPLE PERTURBACION - FIJACION EN LO PSIQUICO Y ACCIONAMIENTO DE ALTERACIONES EMOCIONALES - PERTURBACION DE FUNCIONES COMPLICADAS - COMIENZO DE CAMBIOS ORGANICOS.

EN 1976, BRODNITZ, F. AFIRMABA QUE EL 40% DE SUS PACIENTES CON PERTURBACIONES DE LA VOZ, HABIAN VIVIDO ALGUN SUCESO PSIQUICAMENTE INTENSO, QUE ACTUO COMO ACCIONADOR DE LA ENFERMEDAD.

HABERMANN, G. (1978), SE REFIERE A LA LARINGE COMO "UN CAMPO DE PROYECCION PREFERENCIAL DEL ALMA HUMANA".

POR SU PARTE, EN 1987, HOUSE, A. Y ANDREWS, H., INVESTIGADORES INGLESSES, CON EL PROPOSITO DE OBTENER ALGUNA IDEA MAS CLARA SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA DISFONIA FUNCIONAL, REALIZAN UN ESTUDIO EN EL QUE SE PRETENDEN DETERMINAR LAS CARACTERISTICAS PSIQUIATRICAS Y SOCIALES DE LOS PACIENTES CON ESTA ALTERACION. SUS RESULTADOS REPORTARON ESCASA EVIDENCIA DE DESORDENES.

PSIQUIATRICOS MAYORES EN EL GRUPO INVESTIGADO, LA MAYORIA DE LOS CASOS ESTAN ASOCIADOS SOLO A PSICOPATOLOGIA MENOR O NO ESPECIFICA. SIN EMBARGO, AFIRMAN QUE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD/TENSION, PUEDEN TENER INFLUENCIA EN ALGUNOS TRASTORNOS DE LA VOZ Y CONCLUYEN QUE LA DISFONIA FUNCIONAL PODRIA CONSIDERARSE COMO UN SINDROME CON BASE PSICOLOGICA.

DURANTE 1987, BUTCHER, P., ELIAS, A. Y LITTLEJOHNS, D., LLEVAN A CABO UNA INVESTIGACION CON EL OBJETIVO DE DETERMINAR LAS CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE PACIENTES CON DESORDENES PSICOGENOS DE LA VOZ (AFONIA, DISFONIA Y DISFONIA ESPASTICA ADUCTORA), QUE NO RESPONDIAN A TERAPIA DEL LENGUAJE. LOS HALLAZGOS PSICOLOGICOS INDICARON QUE EL FACTOR PSICOLOGICO/CONDUCTUAL MAS COMUN FUE ANSIEDAD EXCESIVA Y TENSION MUSCULAR. EL PROBLEMA MAS FRECUENTE, CONSIDERADO RASGO DOMINANTE, FUE LA DIFICULTAD EN LAS RELACIONES FAMILIARES E INTERPERSONALES. UN GRAN NUMERO DE PACIENTES TENIA DIFICULTAD PARA EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS Y PUNTOS DE VISTA PERSONALES.

EN EL MISMO SENTIDO, EN 1988 LAL, K., CONFERENCIANTE EN PATOLOGIA DEL LENGUAJE, AFIRMA QUE LA EXPERIENCIA CLINICA MUESTRA QUE LA DISFONIA ESPASTICA ES EL RESULTADO DE ALGUNA CLASE DE DISTURBIO PSICOLOGICO EN EL SUJETO Y SU APARICION PUDE SER SUBITA O GRADUAL. SOSTIENE TAMBIEN QUE ESTOS CASOS RARA VEZ SON REFERIDOS POR LOS PROFESIONALES MEDICOS HACIA TERAPEUTAS DEL

LENGUAJE O PSICOTERAPEUTAS. DEBIDO AL PREVALECIENTE CONCEPTO ERRONEO DE QUE LA INTERVENCION MEDICA Y QUIRURGICA SERIA MAS EFECTIVA.

UNO DE LOS TRABAJOS MAS RECIENTES BAJO ESTA DIRECCION TEORICA ES EL QUE REALIZARON EN 1989, FREIDL, W., EGGER, J. Y FRIEDRICH, G., EN EL CUAL SE ESTUDIA LA PARTICIPACION DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD, LOS EVENTOS CRITICOS EN LA VIDA DE LOS SUJETOS Y LA REACCION FRENTE AL STRESS, COMO FACTORES RESPONSABLES EN LA ETIOLOGIA DE LA DISFONIA FUNCIONAL. AL MISMO TIEMPO, SE INTENTA CONSTATAR UN PLANTEAMIENTO SOSTENIDO POR VARIOS AUTORES, ENTRE ELLOS GUNDERMANN, H. (1970), EN EL CUAL SE AFIRMA QUE EN LOS PACIENTES DISFONICOS FUNCIONALES SE PRESENTA UNA SOBRE ELEVACION DE LOS VALORES DE LAS ESCALAS QUE CONFORMAN LA "TRIADA NEUROTICA" DEL TEST M.M.P.I., HIPOCONDRIA-DEPRESION-HISTERIA.

ESTOS AUTORES PARTEN DEL SUPUESTO DE QUE EN CADA ASPECTO Y FACETA DE LA DISFONIA, SE REFLEJA LA DINAMICA DE LA PERSONALIDAD, ASI COMO DE QUE LA ACLARACION ETIOLOGICA DE ESTA PATOLOGIA DEBE CONSIDERARSE EN BASE A LA LIMITACION DE LA FUNCION DE LA VOZ, LA BIOGRAFIA DEL PACIENTE Y SU INTERACCION EN EL CAMPO PSICOSOCIAL.

EL ESTUDIO CONSISTIO EN EL ESTABLECIMIENTO DE UNA CORRELACION ENTRE TRES GRUPOS, DISFONICOS FUNCIONALES, DISFONICOS

ORGANICOS Y GRUPO CONTROL. LA EVALUACION FUE REALIZADA MEDIANTE LA APLICACION DE LOS SIGUIENTES INSTRUMENTOS: INVENTARIO DE PERSONALIDAD, INVENTARIO PARA LA RECOPIACION DE EVENTOS MODIFICADORES DE VIDA, ESCALA SOCIAL DESEABLE E INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO, ASI COMO ENTREVISTA PSICOLOGICA.

LOS RESULTADOS SEÑALARON LO SIGUIENTE: NO SE CONFIRMO LA ELEVACION EN LA TRIADA NEUROTICA; NO SE REPORTARON DIFERENCIAS INTERGRUPOS RESPECTO A LOS NIVELES DE ANSIEDAD-RASGO; LOS NIVELES DE ANSIEDAD-ESTADO APARECIERON MAS ALTOS EN LOS DISFONICOS FUNCIONALES; EL NUMERO DE EVENTOS DE VIDA ESTA FUERTEMENTE DESTACADO EN LOS DISFONICOS FUNCIONALES, LO CUAL CONFIRMA DE MANERA IMPRESIONANTE LAS TESIS DE GUNDERMANN, H. (1970) Y BRODNITZ, F. (1976), AL RESPECTO.

ESTOS AUTORES CONCLUYEN QUE SU ESTUDIO APOYA EL ESCEPTICISMO FRENTE A LA VALIDEZ DE LAS CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD COMO ELEMENTO IMPORTANTE PARA LA EXPLICACION DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS; DESTACAN QUE LAS CRISIS Y LOS EVENTOS DE VIDA TRANSCURREN PARALELAMENTE CON LA ETIOPATOGENESIS FUNCIONAL DE LA VOZ. PROPONEN QUE PARA LA REEDUCACION DE ESTA PERTURBACION, ESE TIPO DE FACTORES PODRIA SER DECISIVO. ASIMISMO, SUGIEREN QUE SE DEBERIA VALORAR VERBALMENTE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LES PARECE RECOMENDABLE QUE LOS FACTORES DE

RIESGO PARA LOS DESORDENES DE LA VOZ SE "ORDENEN" NUEVAMENTE. ACLARAN QUE EL TAMAÑO DE LA MUESTRA FUE LIMITADO, DEBIDO A QUE SON RELATIVAMENTE POCAS LAS PERSONAS QUE SIENDO AFECTADAS POR ESTA ENFERMEDAD, AL MISMO TIEMPO OCURREN A UN HOSPITAL.

FRENTE A ESTE PANORAMA ETIOLOGICO LA DISFONIA ESPASTICA PRESENTA UN ORIGEN ENIGMATICO A PESAR DE LOS DIVERSOS INTENTOS POR ACLARARLO.

**"EN LA VOZ, LA VIDA SILENCIOSA SE HACE
OIR PARA OTRO, AL MISMO TIEMPO QUE
SE CONCENTRA EN SI MISMA"**

DENIS VASSE

1.6 DE LAS TERAPIAS

PERKINS, W. (1957), HACIA REFERENCIA AL GRAN RETO QUE REPRESENTA LA VOZ HUMANA, PARA QUIEN INTENTE ENTENDERLA EN CUALQUIERA DE SUS ASPECTOS. EXPRESABA HACE MAS DE 35 AÑOS, QUE UNO NO PUEDE CONFORMARSE CON CONOCER LAS TECNICAS PARA LOGRAR LA EFICIENCIA VOCAL, NI TAMPOCO CON SABER DE LAS INTERRELACIONES ANATOMICAS, NEUROLOGICAS Y FISIOLÓGICAS QUE SUBYACEN A LOS PROCEDIMIENTOS EFECTIVOS, O LAS VARIADAS PATOLOGIAS LARINGEAS, O LAS IMPLICACIONES DE LOS CRITERIOS PARA LA EFICIENCIA, O LAS CARACTERISTICAS AUDITIVAS Y CINESTESICAS DE LAS VOCES EFICIENTES E INEFICIENTES. DEBE CONOCER NO SOLO TODO ESTO, SINO ADEMÁS, LOS FACTORES PSICOLÓGICOS POR LOS CUALES SE DESARROLLARON LOS HABITOS VOCALES AUTOMÁTICOS. DEBE PROCURAR UNA AMPLIA APRECIACION DE LA INTERACCION DINAMICA ENTRE TODAS ESTAS FACETAS DE LA VOZ.

ADVERTIA TAMBIEN, QUE CADA SUGESTION CLINICA DADA A UN PACIENTE, SE RELACIONA INTIMAMENTE CON SUS SENTIMIENTOS, SU PERCEPTIVIDAD, SU QUIMICA CORPORAL, SU NEUROFISIOLOGIA, ASI COMO CON LA CONDICION DE SU ESTRUCTURA LARINGEA Y SUS PATRONES DE ARTICULACION RESPIRATORIA, FONATORIA Y DE RESONANCIA.

CONCLUIA QUE LA COMPRESION DE LAS COMPLEJIDADES DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS, REPRESENTA UNA GRAN LABOR; SIN EMBARGO, EL

RETO DE LA TERAPIA DE VOZ, ES EL RETO DE ENTENDER LAS COMPLEJIDADES INTRA E INTER FACTORES.

DESDE EL INICIO DE LAS INVESTIGACIONES EN RELACION A LA DISFONIA ESPASTICA Y HASTA NUESTROS DIAS, AMEN DE LAS DISCREPANCIAS EN CUANTO A LA ETIOLOGIA Y LAS DIFICULTADES DE DIAGNOSTICO, LA INEFICACIA DE LAS TERAPIAS HA REPRESENTADO UN PROBLEMA CAPITAL.

HAN APARECIDO UNA DIVERSIDAD DE TRATAMIENTOS SURGIDOS DE ESTUDIOS EN DIFERENTES DISCIPLINAS, ENTRE OTRAS LA MEDICINA, LA PSIQUIATRIA, LA NEUROLOGIA, LA LOGOPEDIA, LA FONIATRIA Y LA PSICOLOGIA.

SE HAN INTENTADO GRAN VARIEDAD DE PROCEDIMIENTOS FARMACOLOGICOS, QUIRURGICOS, ESTIMULACION MECANICA Y ELECTRICA, RELAJACION, REEDUCACION FONIATRICA Y PSICOTERAPIA, PRACTICADOS EN FORMA COMBINADA. SIN EMBARGO, NO SE DISPONE AUN DE ALGUNA TERAPIA CUYOS EFECTOS SEAN DURADEROS O CON UN BUEN NIVEL DE APLICABILIDAD; COMO CONSECUENCIA, EL PRONOSTICO RESPECTO A LA RECUPERACION DE LA VOZ APARECE COMO INCIERTO O FRANCAMENTE DESFAVORABLE.

ASI COMO EN EL TERRENO ETIOLOGICO, EL PANORAMA EN CUANTO A LA TERAPIA, ESTA TAMBIEN POBLADO DE CONTRADICCIONES Y DESACUERDOS ENTRE LOS INVESTIGADORES. NO OBSTANTE, LAS RECOMENDACIONES

APOYADAS POR LA MAYORIA DE LOS AUTORES SON, POR UNA PARTE, LA PSICOTERAPIA, AUNQUE SIN ESPECIFICAR E INMERSA CON DISTINTOS GRADOS DE IMPORTANCIA DENTRO DE LOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO, Y POR OTRA, LA REHABILITACION FONIATRICA.

ESPECIFICAMENTE EN LA INSTITUCION DENTRO DE LA CUAL SE LLEVO A CABO ESTE ESTUDIO, LOS PACIENTES SON ATENDIDOS MEDIANTE TRATAMIENTO MEDICO COMBINADO CON TERAPIA DE VOZ. ÉSTA ULTIMA CONSTA DE LOS SIGUIENTES FACTORES: EJERCICIOS DE HIGIENE FONIATRICA, FARADIZACION CON ENSORDECIMIENTO, LECTURA EN VOZ ALTA Y EJERCICIOS DE RELAJACION DE CUELLO Y SOLO DOS DE ELLOS FUERON CANALIZADOS HACIA "VALORACION" PSICOLOGICA.

**"EL VIAJERO QUE CAMINA EN LA
OSCURIDAD, ROMPE A CANTAR PARA
ENGAÑAR SUS TEMORES, MAS NO POR
ELLO VE MAS CLARO"**

SIGMUND FREUD

1.7 DE LA ANGUSTIA Y LA ANSIEDAD

EL DEVENIR HISTORICO CONTEMPLA UNA PLURALIDAD DE TESIS INHERENTES AL ABORDAJE DE LA ANGUSTIA EN DIVERSOS CONTEXTOS Y BAJO DIFERENTES MATICES. ANGUSTIA? ANSIEDAD? EL LENGUAJE COMUN, ASI COMO ALGUNOS AUTORES, SUELEN ENUNCIAR ESTOS TERMINOS COMO SINONIMOS; EN OTROS CASOS, SE DIFERENCIAN POR EL GRADO DE INTENSIDAD O PREVALENCIA DE LAS MANIFESTACIONES FISICAS QUE GENERAN; EN OTROS MAS, SE ENUNCIAN INDEPENDIENTEMENTE UNO U OTRO.

ATENDIENDO A LA ETIMOLOGIA, SE OBSERVA:

ANGUSTIA: AFLICCION, CONGOJA, TORMENTO
DEL LATIN *ANGUSTIA* : ANGOSTURA, MISERIA, ESCASEZ
DE *ANGUSTUS* : ANGOSTO, DIFICIL
ANGOSTO: ESTRECHO, DE POCA ANCHURA
DEL INDOEUROPEO: *ANGH-OS-TO*
ANGH : APRETADO

ANSIEDAD: AGITACION, INQUIETUD, PREOCUPACION
DEL LATIN *ANXIETATEM*, ACUSATIVO DE *ANXIETAS*,
RADICAL *ANXIETAT-* : ANSIEDAD
DE *ANXIUS*, ANSIOSO; INQUIETO, PREOCUPADO, QUE
DESEA INTENSAMENTE
DE *ANGERE* : ESTRANGULAR, APRETAR, OPRIMIR, AFLIGIR
DEL INDOEUROPEO ANGH : APRETADO

ENTONCES, AMBOS VOCABLOS TIENEN EL MISMO ORIGEN, AMBOS PROCEDEN DE LA MISMA RAIZ LATINA Y POR LO TANTO, PERTENECEN A LA MISMA FAMILIA LINGÜÍSTICA. SIN EMBARGO, PUEDE SUPONERSE QUE ES A TRAVES DE LAS DERIVACIONES QUE CADA CUAL ADQUIERE SU PROPIO SENTIDO.

SE REVISARAN ALGUNOS CRITERIOS DEL DISCURSO PSIQUIATRICO, EL CUAL INSERTA AMBOS CONCEPTOS EN SU LENGUAJE, PARA REFERIRSE EN TERMINOS GENERALES, A LA MISMA CATEGORIA TEORICA:

PARA KOLB, L. (1951), LA ANGUSTIA ES UN ELEMENTO ESENCIAL PARA COMPRENDER LOS PROCESOS PSICODINAMICOS. LA CONCIBE EN GENERAL COMO UN ESTADO DE TENSION QUE REVELA LA POSIBILIDAD DE UN DESASTRE INMINENTE, COMO UNA SEÑAL DE PELIGRO QUE NACE DE LA PRESION DE LAS ACTITUDES INTERNAS INACEPTABLES, QUE SURGEN DE PRONTO EN LA CONCIENCIA O EN FORMA DE ACCION, CON LAS CONSECUENTES RESPUESTAS DE LA PERSONALIDAD INDIVIDUAL O DE LA SOCIEDAD A DICHA ERUPCION. DICHO DE OTRA MANERA POR EL MISMO AUTOR, APARECE ANTE IMPULSOS COERCITIVOS SEXUALES O AGRESIVOS QUE EMPIEZAN A EMERGER ANTE LA TENSION DE LA SOLEDAD O DE LA TRISTEZA, O ANTE LA REVELACION DEL AMOR O DE LA TERNURA, QUE PUEDEN EXPONER AL INDIVIDUO AL SUFRIMIENTO DE AFECTOS COMO CULPA O VERGÜENZA; LO PRIMERO QUE SE EXPERIMENTA ES ANGUSTIA EN EL CONTEXTO DE LA SITUACION CONFLICTIVA.

ENUNCIA TAMBIEN QUE A TRAVES DE SU EFECTO SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO, LA ANGUSTIA TIENE UNA ESPECIAL FACILIDAD PARA TRASTORNAR LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS Y ENCONTRAR EXPRESION EN SINTOMAS PSICOFISIOLÓGICOS.

ASIMISMO, DIFERENCIA LA ANGUSTIA DEL MIEDO, EN EL SENTIDO DE QUE ESTE RESPONDE A UN PELIGRO EXTERNO REAL Y ACTUAL, DESAPARECIENDO CUANDO SE ELIMINA LA SITUACION AMENAZANTE, YA SEA QUE EL INDIVIDUO LA CONQUISTE O ESCAPE DE ELLA, MIENTRAS QUE LA ANGUSTIA ES LA SEÑAL DE UNA AMENAZA INMINENTE A LA PERSONALIDAD EN SU AMBITO SOCIAL. OTRA DIFERENCIA QUE MARCA EN RELACION AL MIEDO, ES QUE NO PUEDE REFERIRSE A OBJETOS O INCIDENTES ESPECIFICOS, EL PACIENTE IGNORA LA FUENTE DE SU ANGUSTIA.

POR OTRA PARTE, EY, H. (1965), EN SU TRATADO DE PSIQUIATRIA, DEDICA UN CAPITULO A LA NEUROSIS DE ANGUSTIA, REFIRIENDOSE A ESTA COMO "ESTADO DE ANSIEDAD CRONICA O CONSTITUCIONAL; LA PERSONALIDAD ANSIOSA". SEGUN ESTE AUTOR, LA ANGUSTIA APARECE COMO DETERMINADA POR EL Desequilibrio HORMONONEUROVEGETATIVO Y EN LA ANGUSTIA PERMANENTE QUE COMPORTA LA NEUROSIS DE ANGUSTIA, APARECEN TODOS LOS SINTOMAS DE UNA ANSIEDAD CARACTERIZADA DESDE EL PUNTO DE VISTA FISIOPATOLOGICO POR UN "TERRENO ANSIOSO" (DISTONIA NEUROVEGETATIVA, SINDROMES FUNCIONALES DIVERSOS Y ESPASMOS)

Y DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOPATOLOGICO, POR UN PERPETUO ESTADO DE ALERTA Y DE MIEDO.

AFIRMA EL AUTOR, QUE LA SEMIOLOGIA DE LA ANGUSTIA ES UN CATALOGO COMPLETO DE LOS TRASTORNOS LLAMADOS FUNCIONALES O NEUROVEGETATIVOS. EN LA DESCRIPCION CLINICA BASADA EN UN ESTUDIO DE GENDROT, J. Y RACAMIER, P. (1955), MENCIONA ENTRE OTROS ELEMENTOS SOMATICOS PRESENTES EN LAS CRISIS DE ANGUSTIA, LOS SINTOMAS RESPIRATORIOS: "ANTE TODO LA DISNEA, QUE PUEDE SER DE TODOS LOS TIPOS Y DE TODOS LOS GRADOS; SE OBSERVAN TAMBIEN ACCESOS DE TOS, HIPO, BOSTEZO, CRISIS DISFONICAS O INCLUSO AFONICAS". RESULTA OPORTUNO HACER NOTAR LA RELACION QUE APARECE ENTRE ESTA DESCRIPCION Y EL TRASTORNO TEMA DE ESTE ESTUDIO.

PANCHERI, P. (1974) REFIERE QUE LA ANSIEDAD ES UNA EXPERIENCIA COMUN A TODOS LOS HOMBRES EN MAYOR O MENOR MEDIDA, Y UNA CARACTERISTICA CONSTANTE DE TODOS LOS COMPORTAMIENTOS PATOLOGICOS. AGREGA QUE ES UNA PARTICULAR CONDICION OBJETIVA Y SUBJETIVA DE SUFRIMIENTO, QUE SE MANIFIESTA CADA VEZ QUE EL INDIVIDUO DEBE AFRONTAR UNA SITUACION DE EMERGENCIA POTENCIALMENTE PELIGROSA Y TIENE UNA PRECISA FUNCION POR CUANTO QUE ESTIMULA AL INDIVIDUO A TRATAR DE PONER EN EL ACTO, UN OPORTUNO SISTEMA DE DEFENSA PARA SALIR DE LA SITUACION DE PELIGRO.

ESTE AUTOR ASEGURA QUE LA ANSIEDAD SE MANIFIESTA A TRAVES DE TRES GRUPOS DE SINTOMAS, USUALMENTE PRESENTES DE MANERA SIMULTANEA, PERO QUE PUEDEN ESTAR REPRESENTADOS DE DIFERENTE MANERA EN CADA PACIENTE. TALES GRUPOS ESTAN CONSTITUIDOS POR TRASTORNOS SOMATICOS, TRASTORNOS PSIQUICOS Y TRASTORNOS CONDUCTUALES. CUANDO ESTE PECULIAR COMPLEJO DE MANIFESTACIONES SOMATOPSICOLOGICAS TIENE UNA CAUSA REAL Y EXTERNA AL INDIVIDUO, RECIBE EL NOMBRE DE MIEDO; POR LO CONTRARIO, CUANDO NO TIENE CAUSA APARENTE O SE PRESENTA DE MANERA DESPROPORCIONADA A LA CAUSA, SE LE LLAMA ANSIEDAD. ARGUYE TAMBIEN QUE, REALMENTE, LA ANSIEDAD TIENE SIEMPRE UNA CAUSA INTERNA AL INDIVIDUO Y, COMO EL MIEDO O LA REACCION DE DEFENSA DEL ANIMAL, CONSTITUYE LA REACCION A UNA SITUACION DE PELIGRO SOMATICO O PSICOLOGICO, PARA EL INDIVIDUO.

EN AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (1988), DENTRO DE LAS CATEGORIAS DIAGNOSTICAS, SE ENCUENTRA REGISTRADO EL GRUPO DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD, EN EL CUAL SE INCLUYEN TRASTORNOS POR ANGUSTIA Y TRASTORNOS POR ANSIEDAD. SE HAN EXTRAIDO DEL TEXTO DEL MANUAL, ALGUNAS CONSIDERACIONES A MANERA DE SINTESIS SOBRE EL TEMA. SE ASIENTA QUE LOS RASGOS CARACTERISTICOS DE ESTE GRUPO DE TRASTORNOS SON SINTOMAS DE ANSIEDAD Y CONDUCTAS DE EVITACION. EN EL TRASTORNO POR ANGUSTIA Y EN EL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA, LA ANSIEDAD SUELE SER EL

SINTOMA PREDOMINANTE. SE SEÑALA QUE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD SON LOS QUE SE DAN CON MAS FRECUENCIA ENTRE LA POBLACION GENERAL Y QUE EL TRASTORNO POR ANGUSTIA ES EL MAS FRECUENTE ENTRE LA POBLACION QUE BUSCA TRATAMIENTO.

LA SINTOMATOLOGIA ESENCIAL DE LOS TRASTORNOS POR ANGUSTIA, CONSISTE EN LA PRESENCIA DE CRISIS DE ANGUSTIA RECURRENTES, ES DECIR, PERIODOS SEPARADOS DE MIEDO O MALESTAR INTENSO, CON LA ASOCIACION DE AL MENOS CUATRO DE LOS SINTOMAS CARACTERISTICOS. LOS DIAGNOSTICOS SE HACEN SOLO CUANDO NO PUEDE ASEGURARSE QUE EXISTA UN FACTOR ORGANICO QUE HAYA INICIADO Y MANTENIDO LA ALTERACION (SINDROME DE ANSIEDAD ORGANICO). EL CARACTER INESPERADO DE LAS CRISIS, ES UN RASGO ESENCIAL DE ESTE TRASTORNO. LAS CRISIS DE ANGUSTIA EMPIEZAN POR LO GENERAL CON LA APARICION REPENTINA DE APRENSION, MIEDO O TERROR INTENSOS. A MENUDO EXISTE LA SENSACION O EL SENTIMIENTO DE CATASTROFE INMINENTE. LOS SINTOMAS QUE SE EXPERIMENTAN DURANTE UNA CRISIS SON FALTA DE ALIENTO (DISNEA) O SENSACIONES DE AHOGO, MAREO O SENTIMIENTOS DE INESTABILIDAD O DE PERDIDA DE CONCIENCIA, SOFOCACION, PALPITACIONES O RITMO CARDIACO ACELERADO, TEMBLORES O SACUDIDAS, SUDORACION, NAUSEAS O MOLESTIAS ABDOMINALES, DESPERSONALIZACION O DESREALIZACION, SENSACION DE ADORMECIMIENTO O COSQUILLO POR DISTINTAS PARTES DEL CUERPO (PARESTESIAS), ESCALOFRIOS, DOLOR O MOLESTIAS PRECORDIALES, MIEDO A MORIR, MIEDO DE VOLVERSE LOCO O DE HACER ALGO FUERA DE

CONTROL DURANTE LA CRISIS. EL TRASTORNO POR ANGUSTIA ES CASI TAN FRECUENTE EN LOS HOMBRES COMO EN LAS MUJERES.

PARA EL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA, SE ESPECIFICA UNA SINTOMATOLOGIA EN LA QUE LA ANSIEDAD Y LA PREOCUPACION NO REALISTA O EXCESIVA (EXPECTACION APRENSIVA) SOBRE DOS O MAS CIRCUNSTANCIAS VITALES, SON ESENCIALES. CUANDO EL INDIVIDUO SE ENCUENTRA ANSIOSO, EXISTEN MUCHOS SINTOMAS DE TENSION MOTORA, DE HIPERACTIVIDAD VEGETATIVA Y DE HIPERVIGILANCIA. LOS DE TENSION MOTORA INCLUYEN TEMBLORES, CONTRACCIONES, SACUDIDAS, TENSION Y DOLORS MUSCULARES, INQUIETUD Y FATIGABILIDAD EXCESIVA. LOS SINTOMAS DE HIPERACTIVIDAD VEGETATIVA COMPRENDEN FALTA DE ALIENTO O SENSACION DE AHOGO, PALPITACIONES O RITMO CARDIACO ACELERADO, SUDORACION O MANOS FRIAS Y HUMEDAS, BOCA SECA, MAREO O SENSACION DE INESTABILIDAD, NAUSEA, DIARREA U OTROS TRASTORNOS ABDOMINALES, SOFOCACIONES O ESCALOFRIOS, MICCION FRECUENTE, DIFICULTADES PARA TRAGAR O SENSACION DE "NUDO EN LA GARGANTA". LOS DE HIPERVIGILANCIA IMPLICAN SENTIRSE ATRAPADO O AL BORDE DE UN PELIGRO, EXAGERACION DE LA RESPUESTA DE ALARMA, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, EPISODIOS EN LOS CUALES LA MENTE SE "QUEDA EN BLANCO" DEBIDO A LA ANSIEDAD, DIFICULTADES PARA DORMIR O MANTENER EL SUEÑO E IRRITABILIDAD. POR LO GENERAL, EN LAS MUESTRAS CLINICAS, EL TRASTORNO SUELE MANTENERSE DURANTE MUCHOS AÑOS Y SE DISTRIBUYE APARENTEMENTE POR IGUAL ENTRE HOMBRES Y MUJERES. PARA EFECTUAR EL DIAGNOSTICO, TAMBIEN EN

ESTE CASO, DEBE DESCARTARSE EL FACTOR ORGANICO Y ES NECESARIA LA PRESENCIA DE POR LO MENOS SEIS DE LOS SINTOMAS ESPECIFICOS.

SE INSCRIBE ADEMAS EN EL GLOSARIO DE TERMINOS TECNICOS DEL MISMO MANUAL, UNA DEFINICION DE ANSIEDAD: "APRENSION, TENSION O INQUIETUD DERIVADA DE LA ANTICIPACION DE UN PELIGRO, INTERNO O EXTERNO. ALGUNAS DEFINICIONES DE ANSIEDAD LA DISTINGUEN DEL MIEDO POR EL HECHO DE LIMITARSE A ANTICIPAR UN PELIGRO DE NATURALEZA NO ACLARADA, EN TANTO QUE ESTE APARECE COMO RESPUESTA DE UN PELIGRO O AMENAZA EXTERNA HABITUAL CONSCIENTEMENTE RECONOCIBLE. LAS MANIFESTACIONES DE LA ANSIEDAD Y DEL MIEDO SON LAS MISMAS E INCLUYEN TENSION MUSCULAR, HIPERACTIVIDAD AUTONOMICA, EXPECTACION APRENSIVA, VIGILANCIA E INVESTIGACION ATENTA DEL ENTORNO. LA ANSIEDAD PUEDE CONCRETARSE EN UN OBJETO, SITUACION O ACTIVIDAD QUE SON EVITADAS (FOBIA) O SER INCORRECTA (ANSIEDAD LIBRE O FLOTANTE). LA ANSIEDAD PUEDE EXPERIMENTARSE DURANTE PERIODOS BREVES DE INICIO SUBITO Y ACOMPAÑAMIENTO DE SINTOMAS FISICOS (CRISIS DE ANGUSTIA). CUANDO LA ANSIEDAD SE CENTRA EN LOS SIGNOS O SINTOMAS FISICOS Y CAUSA PREOCUPACION POR EL TEMOR O LA CREENCIA DE TENER UNA ENFERMEDAD, RECIBE EL NOMBRE DE HIPOCONDRIA".

"LA VERDAD NO ES OTRA COSA SINO
AQUELLO DE LO CUAL EL SABER NO
PUEDE ENTERARSE DE QUE LO SABE,
SINO HACIENDO ACTUAR SU IGNORANCIA"

JACQUES LACAN

1.8 DE LAS CONSIDERACIONES PSICOANALITICAS

CON LA IDEA DE PLANTEAR UN GIRO EN CUANTO A LAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ANGUSTIA, SE EXPONEN OTRAS CONCEPCIONES QUE MARCAN UNA DISTANCIA EN RELACION A LA POSITURA MERAMENTE DESCRIPTIVA, FENOMENOLOGICA.

A MANERA DE ANTECEDENTE Y COMO APERTURA DE LA POSIBILIDAD DE INCURSIONAR POR OTROS CAMINOS, SE PUEDE CITAR A KIERKEGAARD, S. (1813-1855), FILOSOFO DANES, QUIEN ASIGNA UN LUGAR ESENCIAL A LA ANGUSTIA EN RELACION A LA EXISTENCIA HUMANA. EN SU OBRA "EL CONCEPTO DE LA ANGUSTIA", ESCRITA EN 1844, VIERTE PROFUNDAS REFLEXIONES SOBRE EL TEMA, DE LAS CUALES SE HAN EXTRAIDO ALGUNAS IDEAS QUE SEÑALAN SOMERAMENTE SU ORIENTACION.

KIERKEGAARD SOSTENIA QUE EL CONCEPTO DE LA ANGUSTIA ES MENESTER DISTINGUIRLO BIEN DEL MIEDO Y DEMAS ESTADOS ANALOGOS; ESTOS SE REFIEREN SIEMPRE A ALGO DETERMINADO, MIENTRAS QUE LA ANGUSTIA ES LA REALIDAD DE LA LIBERTAD COMO POSIBILIDAD, ANTES DE LA POSIBILIDAD. NO HAY NINGUN SABER DEL BIEN Y DEL MAL, SINO QUE LA REALIDAD ENTERA DEL SABER, PROYECTASE EN LA ANGUSTIA COMO LA INGENTE NADA DE LA IGNORANCIA. OTRA DE SUS IDEAS ES, QUE SI SE ADMITE QUE LA PROHIBICION DESPIERTA EL DESEO, SE OBTIENE EN LUGAR DE LA IGNORANCIA, UN SABER; LA PROHIBICION ANGUSTIA, PUES LA PROHIBICION DESPIERTA LA POSIBILIDAD DE LA LIBERTAD.

MANIFIESTA QUE LA ANGUSTIA NO ES UNA DETERMINACION DE LA NECESIDAD; PERO TAMPOCO DE LA LIBERTAD. ES UNA LIBERTAD SUJETA; EN ELLA NO ES LA LIBERTAD "LIBRE" EN SI MISMA, SINO SUJETA; PERO NO SUJETA EN LA NECESIDAD, SINO SUJETA EN SI MISMA.

COMPARA LA ANGUSTIA CON EL VERTIGO: "AQUEL CUYOS OJOS SON INDUCIDOS A MIRAR CON UNA PROFUNDIDAD QUE ABRE SUS FAUCES, SIENTE VERTIGO. PERO, ¿EN DONDE RESIDE LA CAUSA DE ESTE? TANTO EN SUS OJOS COMO EN EL ABISMO, PUES BASTARIALE NO FIJAR LA VISTA EN EL ABISMO. ASI, ES LA ANGUSTIA EL VERTIGO DE LA LIBERTAD".

CONSIDERABA QUE LA RELACION DE LA LIBERTAD CON LA CULPA ES DE ANGUSTIA, PORQUE LA LIBERTAD Y LA CULPA SON, POR LO PRONTO, UNA POSIBILIDAD Y DENTRO DE LA POSIBILIDAD, HASTA EL EVITAR ES UN APETECER.

PARA ABORDAR EL DISCURSO PSICOANALITICO, ES PRECISO REMITIRSE A LOS ORIGENES DEL PSICOANALISIS. SIGMUND FREUD (1856-1939) AFIRMABA EN 1925: "EL ESTUDIO DE LA ANGUSTIA NO ES UN TEMA SENCILLO", AL PREGUNTARSE SOBRE LA ESENCIA DE LA MISMA. ENTRE SUS TESIS BASICAS SOBRE EL TEMA, SE PUEDEN CITAR LAS QUE PROPONE EN "INHIBICION, SINTOMA Y ANGUSTIA" (1925):

LA ANGUSTIA ES UN ESTADO AFECTIVO CUYA SEDE ES EL YO, SOLO PUEDE SER SENTIDA POR EL YO; ES LA REACCION A UNA SITUACION PELIGROSA,

NACIO COMO REACCION A UN ESTADO DE PELIGRO INTERIOR, QUE PREPARA UNA SITUACION DE PELIGRO EXTERIOR Y QUE SE REPRODUCE CADA VEZ QUE SURGE DE NUEVO TAL ESTADO.

DIFERENCIA LA ANGUSTIA, COMO ALGO DISPLACIENTE QUE SENTIMOS, DE OTROS SINTOMAS DEL MISMO CARACTER, ENTRE ELLOS LA ANSIEDAD, EL DOLOR, EL DUELO; PERO LA ANGUSTIA, ADEMAS DE DICHO CARACTER DISPLACIENTE, PRESENTA ALGUNOS OTROS PARTICULARES; LA EXISTENCIA DE UN FACTOR HISTORICO, DARIA AL DISPLACER DE LA ANGUSTIA SU CARACTER ESPECIFICO.

AGREGA: TIENE ESTE AFECTO UNA INNEGABLE RELACION CON LA EXPECTACION: ES ANGUSTIA ANTE ALGO, LE ES INHERENTE UN CARACTER DE IMPRECISION Y CARENCIA DE OBJETO; ESTOS CARACTERES TIENEN DISTINTO ORIGEN, LA RELACION CON LA EXPECTATIVA PERTENECE A LA SITUACION PELIGROSA Y LA IMPRECISION Y FALTA DE OBJETO; A UNA SITUACION DE DESAMPARO ANTICIPADA EN LA SITUACION PELIGROSA, ANALOGA AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, LA PRIMERA Y MAS PRIMITIVA DE LAS CONDICIONES DE LA ANGUSTIA.

EN SINTESIS, LA SITUACION PELIGROSA ES SITUACION DE DESAMPARO RECONOCIDA, RECORDADA Y ESPERADA; LA ANGUSTIA ES LA REACCION PRIMITIVA AL DESAMPARO, REACCION QUE ES LUEGO REPRODUCIDA COMO "SEÑAL" DE SOCORRO EN LA SITUACION PELIGROSA.

LA ANGUSTIA SURGE SIN QUE EL SUJETO SEPA QUE ES LO QUE LE CAUSA MIEDO. FREUD SUPONE QUE EN EL SISTEMA INCONSCIENTE EXISTIA UN IMPULSO EROTICO QUE ASPIRABA A PASAR AL SISTEMA PRECONSCIENTE, PERO LA CARGA LANZADA POR ESTE SISTEMA EN CONTRA DE TAL IMPULSO, LO RECHAZA (COMO EN UNA TENTATIVA DE FUGA) Y LA CARGA INCONSCIENTE DE LA IDEA RECHAZADA DERIVA EN FORMA DE ANGUSTIA.

EN OTRA DE LAS TESIS EXPUESTAS EN EL MENCIONADO TRABAJO, CONSIDERA TAMBIEN A LA ANGUSTIA COMO REACCION AL PELIGRO DE LA PERDIDA DE OBJETO. AGREGA QUE EL DOLOR, ES LA VERDADERA REACCION A LA PERDIDA DEL OBJETO Y LA ANGUSTIA, LA VERDADERA REACCION AL PELIGRO QUE TAL PERDIDA TRAE CONSIGO.

A PARTIR DE UNA REVISION QUE SAFOUAN, M. HACE DEL CITADO TRABAJO DE FREUD, EN 1988, PROPONE ALGUNAS REFLEXIONES, ENTRE OTRAS, "QUE EN LA ANGUSTIA TODO SUCEDE NO COMO SI EL PELIGRO FUESE A LLEGAR, SINO COMO SI YA ESTUVIESE ALLI, NO HAY ESCAPATORIA; LA CARACTERISTICA DE LA ANGUSTIA ES COLOCARNOS EN UN ESTADO DE INDEFENSION, DEJARNOS SIN RECURSOS, IMPOTENCIA RADICAL; FRENTE A LA ANGUSTIA NADA SE PUEDE". LA SEÑAL DE ANGUSTIA ANUNCIA QUE LA REPRESENTACION REPRIMIDA ESTA A PUNTO DE ATRAVESAR LA BARRERA INCONSCIENTE, ES LA SEÑAL DE PROXIMIDAD DEL SABER, LA PROXIMIDAD DE LA REALIZACION DEL DESEO.

POR LO CITADO SE DEDUCE QUE LA PALABRA DE FREUD NO PUEDE SER

LEIDA AISLADAMENTE, PUESTO QUE ESTE AUTOR FORMULABA, EXAMINABA Y REFORMULABA SUS PROPUESTAS EN DIFERENTES MOMENTOS DE SU OBRA Y SUS TESIS SON ARGUMENTOS PARA DISCUTIR, PARA DESARROLLAR, NO PARA CONSIDERARLOS ACABADOS TAL COMO SE LEEN EN UN SOLO TRABAJO. DESDE LUEGO QUE LO EXPUESTO SOLO PRETENDE ENUNCIAR ALGUNOS ELEMENTOS DE LA TEORIA FREUDIANA SOBRE LA ANGUSTIA, YA QUE INTENTAR HACER UNA EXPOSICION FORMAL, SERIA MOTIVO DE UNA REVISION EXHAUSTIVA Y UN RECORRIDO MUY EXTENSO A TRAVES DE LA OBRA DE FREUD.

AHORA BIEN, LACAN, J. (1901-1981), PSICOANALISTA FRANCES, PARTIENDO DE LA TEORIA FREUDIANA, DEDICO UNO DE SUS SEMINARIOS, EL NUMERO 10, FECHADO ENTRE LOS AÑOS 1962 Y 1963, PARA HABLAR DE LA ANGUSTIA.

AUNQUE EN FORMA MUY FRAGMENTARIA Y SUMAMENTE BREVE, ENSEGUIDA SE EXPONEN ALGUNOS ELEMENTOS DE LA TEORIA LACANIANA ACERCA DEL TEMA.

SEGUN ESTE AUTOR, "LA ANGUSTIA ES ESA CIERTA RELACION CON EL DESEO DEL OTRO", DEL OTRO CONSTITUIDO COMO INCONSCIENCIA, NO HAY SUSTENTACION POSIBLE DEL DESEO QUE SEA PURA REFERENCIA A UN OBJETO. DE QUE OTRO SE TRATA? NO DEL OTRO CON MINUSCULA, NO DEL OTRO MI SEMEJANTE, SINO DE ESE OTRO CON MAYUSCULA, COMO LUGAR DEL SIGNIFICANTE, COMO LUGAR DEL DISCURSO, COMO LUGAR DE

TODA POSIBILIDAD DE SIMBOLIZACION; EL OTRO EN EL PUNTO EN QUE SE CARACTERIZA COMO FALTA.

POR QUE ESE LUGAR DEL OTRO? PORQUE PARA LACAN, EL SUJETO SE CONSTITUYE COMO TAL EN EL LUGAR DEL OTRO, SE CONSTITUYE POR SU MARCA EN LA RELACION CON EL SIGNIFICANTE. LOS SIGNIFICANTES HACEN DEL MUNDO UNA RED DE HUELLAS, ENGENDRAN UN MUNDO, EL MUNDO DEL SUJETO QUE HABLA, CUYA CARACTERISTICA ES LA DE QUE EN EL ES POSIBLE ENGAÑAR.

AFIRMA QUE ES FALSO DECIR QUE LA ANGUSTIA CARECE DE OBJETO. PERO ESTA ASEVERACION Y ALGUNAS OTRAS, NO SE Oponen A LA TEORIA FREUDIANA, SINO QUE LA SITUAN EN OTRA DIMENSION. SEGUN EL AUTOR, LA ANGUSTIA TIENE OTRA CLASE DE OBJETO, EL OBJETO a , OBJETO QUE NO ES ACCESIBLE POR LA MISMA VIA QUE LOS DEMAS, QUE NO ES UN OBJETO SENSIBLE, OBJETO CAUSA DEL DESEO, OBJETO QUE OCUPA UN LUGAR CENTRAL EN LA TEORIA LACANIANA.

ASIMISMO, LACAN RETOMA LA NOCION DE "LO INTERNO" QUE APARECE EN LA CONCEPCION FREUDIANA, "NO HAY PELIGRO INTERNO", DICE. POR QUE? PORQUE LA ESTRUCTURA DEL APARATO PSIQUICO NO TIENE INTERIOR, SOLO TIENE UNA SUPERFICIE, EN EL SENTIDO DE LA BANDA DE MOEBIUS.

SE HACE NECESARIO ACLARAR A QUE SE REFIERE ESTE SENTIDO; LA

BANDA DE MOEBIUS ES UN OBJETO FISICO QUE SE CONSTRUYE CON UNA TIRA DE PAPEL; SE TOMA LA TIRA, SE LE HACE DAR UNA MEDIA VUELTA SOBRE SI MISMA Y SE PEGA UNA PUNTA A LA OTRA; ASI, SIGUIENDO EL BORDE DE LA TIRA, EL DERECHO Y EL REVES APARECEN EN CONTINUIDAD, SE CONTINUAN EL UNO EN EL OTRO, LOS DOS BORDES INICIALES DE LA TIRA SE TRANSFORMAN EN UN SOLO BORDE. LACAN ADOPTA ESTA FIGURA TOPOLOGICA COMO SOPORTE PARA APOYAR DIFERENTES NOCIONES DENTRO DE LA TEORIA; ALGO QUE APARECE COMO UNA DICOTOMIA, POR MEDIO DE ESTA PARADOJICA FIGURA PIERDE SU DISCONTINUIDAD.

ENTONCES, ES EN ESTE SENTIDO QUE EL APARATO PSIQUICO NO TIENE INTERIOR O EXTERIOR, PARA LACAN ES UN CONTINUO, CUYA CONTINUIDAD SOLO ES REVERTIDA POR UN FACTOR TEMPORAL.

AQUI ES DONDE SE UBICA EL VALOR DE LA SEÑAL QUE SE PRODUCE EN EL YO, EN LO RELATIVO A UN PELIGRO INTERNO, ES UN SIGNO QUE REPRESENTA ALGO PARA ALGUIEN, ES DECIR, EL PELIGRO "INTERNO" PARA EL YO. EL YO ES EL LUGAR DE LA SEÑAL, PERO NO ES PARA EL YO QUE SE DA LA SEÑAL; SI SE PRODUCE A NIVEL DEL OTRO, ES PARA QUE EL SUJETO QUEDE ADVERTIDO DE ALGO, Y DE LO QUE QUEDA ADVERTIDO ES DE UN DESEO, ES DECIR, UNA DEMANDA QUE NO CONCIERNE A NINGUNA NECESIDAD, SINO AL SER MISMO. EN LA ANGUSTIA, EL SUJETO ESTA INTERESADO EN LO MAS INTIMO DE SI MISMO, OPRIMIDO, CEÑIDO.

LA ANGUSTIA ES EL CORTE SIN EL CUAL LA PRESENCIA DEL SIGNIFICANTE,

SU FUNDAMENTO, SU ENTRADA EN LO REAL, ES IMPENSABLE. ESE CORTE SE ABRE Y DEJA APARECER LO INESPERADO. LA VERDADERA SUSTANCIA DE LA ANGUSTIA ES "LO QUE NO ENGAÑA", LO FUERA DE DUDA, LO QUE SE TRATA DE EVITAR ES LA ENOJOSA CERTEZA QUE EN LA ANGUSTIA SE SOSTIENE.

LA ANGUSTIA INTRODUCE LA FUNCION DE LA FALTA Y LA FALTA NO ES ALCANZABLE SINO POR MEDIO DE LO SIMBOLICO; ESA FALTA DESIGNA UN LUGAR, PERO LO DESIGNA COMO AUSENCIA. ¿Y QUE EVOCA LA AUSENCIA SINO UNA PRESENCIA? SI HAY AUSENCIA ES PORQUE EN OTRO MOMENTO QUEDO MARCADA UNA PRESENCIA. ¿Y QUE ES LA ANGUSTIA EN GENERAL EN LA RELACION CON EL OBJETO DEL DESEO? ES TENTACION, DICE LACAN, NO PERDIDA DEL OBJETO, SINO JUSTAMENTE PRESENCIA.

POR OTRA PARTE, EL PSICOANALISIS INICIA SU LABOR CON EL *SINTOMA*, A DECIR DE FREUD, S. (1932), "*LO MAS AJENO AL YO QUE EL ALMA INTEGRA*"; PARTIENDO DEL SINTOMA, EL PSICOANALISIS CONDUJO A FREUD HACIA EL INCONSCIENTE.

ESTE AUTOR VINCULA LA ANGUSTIA CON LA FORMACION DE SINTOMAS. LOS SINTOMAS SON CREADOS PARA LIBRAR AL YO DE LA SITUACION PELIGROSA; EL DESARROLLO DE ANGUSTIA INICIA LA FORMACION DE SINTOMAS Y CONSTITUYE INCLUSO UNA PREMISA NECESARIA PARA TAL FORMACION. EL SINTOMA PROVIENE DE LO REPRIMIDO, "EL SINTOMA SURGE DEL IMPULSO INSTINTIVO OBSTRUIDO POR LA REPRESION", PERO

EL IMPULSO ENCUENTRA A PESAR DE LA REPRESION, UN SUSTITUTIVO, AUNQUE DISMINUIDO, DESPLAZADO E INHIBIDO. EL PROCESO SUSTITUTIVO VE DIFICULTADA SU DESCARGA POR MEDIO DE LA MOTILIDAD, PROVOCANDO ALTERACIONES EN EL PROPIO CUERPO DEL SUJETO. EL ELEMENTO SUSTITUTIVO CUMPLE CON LA CONDICION DE DAR EXPRESION TANTO AL FIN DESEADO DEL IMPULSO COMO AL ESFUERZO DEFENSIVO O PUNITIVO DEL SISTEMA CONSCIENTE.

LA REPRESION NIEGA A LAS REPRESENTACIONES RECHAZADAS LA TRADUCCION EN PALABRAS Y LA UNICA FORMA DE SABER ALGO DE LAS REPRESENTACIONES INCONSCIENTES ES A TRAVES DE REPRESENTACIONES VERBALES; SIN EMBARGO, LAS PALABRAS TRANSFIEREN SU CARGA A OTRAS POR MEDIO DEL DESPLAZAMIENTO.

POR OTRO LADO, EN UNO DE LOS MANUSCRITOS DE FREUD, S. FECHADO EL 31 DE MAYO DE 1897 (MANUSCRITO N), APARECE UNA RELACION ENTRE LAS FANTASIAS Y LA FORMACION DE SINTOMAS. DICE: "DADO QUE EL DESENCADENAMIENTO DE LA ANGUSTIA ESTA LIGADO A ESTAS FANTASIAS REPRIMIDAS, DEBEMOS CONCLUIR QUE LA TRANSFORMACION DE LA LIBIDO EN ANGUSTIA NO TIENE LUGAR POR LA DEFENSA ENTRE EL YO Y EL INCONSCIENTE, SINO EN EL PROPIO INCONSCIENTE".

EN ESTA EPOCA, EL AUTOR CONSIDERABA QUE LAS FANTASIAS SE ORIGINAN POR LA COMBINACION INCONSCIENTE DE LO VIVENCIADO CON LO OIDO, SIGUIENDO DETERMINADAS TENDENCIAS. ESTAS TENDENCIAS

PERSIGUEN EL PROPOSITO DE TORNAR INACCESIBLE EL RECUERDO DEL CUAL HAN SURGIDO O PODRIAN SURGIR SINTOMAS (MANUSCRITO M, MAYO 25, 1897).

EN EL MISMO MANUSCRITO N, AFIRMA QUE *EL SINTOMA ES UNA REALIZACION DE DESEO*, TAL COMO LO ES EL SUEÑO.

RETOMANDO A LACAN, J., ALGUNAS DE SUS APORTACIONES EN RELACION AL SINTOMA, INTENTAN DAR IDEA DE LA DIRECCION A LA QUE APUNTA ESTE ELEMENTO EN SU TEORIA : "LA DIMENSION QUE PODRIA DENOMINARSE DEL SINTOMA, SE ARTICULA POR EL HECHO DE QUE REPRESENTA EL RETORNO DE LA VERDAD COMO TAL, EN LA FALLA DE UN SABER".

LO QUE SE MANIFIESTA EN EL SINTOMA ES UN DESPLAZAMIENTO SIMBOLICO, ES UNA METAFORA. ADEMAS SE DESIGNA COMO SINTOMA NO SOLO LO QUE SE MANIFIESTA A TRAVES DEL SUFRIMIENTO DEL CUERPO, NO SOLAMENTE LO QUE LA BIOLOGIA Y CIENCIAS AFINES CONSIDERAN SINTOMA, A SABER, UN CONJUNTO DE SIGNOS. EN PSICOANALISIS, EL SINTOMA DESIGNA UNA COSA MUY OTRA; "SIMBOLO ESCRITO SOBRE LA ARENA DE LA CARNE", DICE LACAN. PERO SINTOMA LINGÜISTICO, EFECTO DE LA PALABRA. EL SINTOMA ES UN SIGNIFICANTE, "EL SIGNIFICANTE DE UN SIGNIFICADO REPRIMIDO DE LA CONCIENCIA DEL SUJETO".

Y ¿QUE ES PARA LACAN UN SIGNIFICANTE? UN SIGNIFICANTE ES ALGO QUE REPRESENTA A UN SUJETO PARA OTRO SIGNIFICANTE. Y ¿QUE

RELACION EXISTE ENTRE SIGNIFICANTE Y SIGNIFICADO? UN SIGNIFICANTE NO PODRIA SIGNIFICARSE A SI MISMO, NO PUEDE ADQUIRIR SU SIGNIFICADO SINO EN RELACION A UN MOMENTO DADO EN DETERMINADO CONTEXTO DE DISCURSO. ES DECIR, EL SIGNIFICANTE NO TIENE SENTIDO SINO EN SU RELACION CON OTRO SIGNIFICANTE. ES EN ESTA ARTICULACION DONDE RESIDE LA VERDAD DEL SINTOMA.

EL SIGNIFICANTE PERMANECE ABIERTO HASTA QUE OTRO SIGNIFICANTE VIENE A RELACIONARSE CON EL. "LA SIGNIFICACION ES EFECTO DE UNA RELACION Y LAS FORMACIONES DE LO INCONSCIENTE CONSTITUYEN FORMAS DIFERENTES QUE LA INCIDENCIA DEL SIGNIFICANTE TOMA EN EL SUJETO" (M. SAFOUAN, 1988).

LACAN, J. ESCRIBE: "PORQUE EL SINTOMA ESTA ESTRUCTURADO COMO UN LENGUAJE, PORQUE ES LENGUAJE CUYA PALABRA DEBE SER LIBRADA". ASI: "PARA LIBERAR LA PALABRA DEL SUJETO, LO INTRODUCIMOS EN EL LENGUAJE DE SU DESEO, ES DECIR EN EL *LENGUAJE PRIMERO* EN EL CUAL, MAS ALLA DE LO QUE NOS DICE DE EL, YA NOS HABLA SIN SABERLO, EN LOS SIMBOLOS DEL SINTOMA EN PRIMER LUGAR".

LA INTENCION AL INCLUIR ESTAS CONSIDERACIONES PSICOANALITICAS EN NUESTRO TRABAJO, ES JUSTAMENTE LA DE SITUAR LA ANGUSTIA Y EL SINTOMA EN UNA DIMENSION DISTINTA A LA MERAMENTE DESCRIPTIVA, FENOMENOLOGICA, OBJETIVA, UNA PRETENSION DE PROPONER OTRO CAMINO DE ACERCAMIENTO AL PROBLEMA QUE HASTA AHORA APARECE

COMO INSOLUBLE EN RELACION AL ABORDAJE DE LA DISFONIA ESPASTICA.

EN EL MUNDO DEL SUJETO QUE HABLA, EN EL MUNDO QUE ENGENDRA EL SIGNIFICANTE, DECIR QUE LA PALABRA TIENE ESENCIALMENTE EL EFECTO DE COMUNICAR, ES UNA FALACIA, CUANDO SE COMUNICA SE TRANSMITE EN UN SOLO SENTIDO. LA PALABRA EN PSICOANALISIS SE INSCRIBE A PARTIR DE SUS EFECTOS, EL EFECTO DEL SIGNIFICANTE ES ESENCIALMENTE HACER SURGIR EN EL SUJETO LA DIMENSION DEL SIGNIFICADO.

LA PALABRA EN PSICOANALISIS SE SITUA EN EL REGISTRO DE LA VERDAD, NO EN EL PLANO DE LA EXACTITUD; EN LA DIMENSION DEL SABER, NO DEL CONOCIMIENTO. Y SIGUIENDO A LACAN: "LA PALABRA NO ES SIGNO, ES NUDO DE SIGNIFICACION".

CAPITULO II

METODOLOGIA

2.1 PROBLEMA

¿QUE RELACION EXISTE ENTRE LA DISFONIA ESPASTICA Y EL NIVEL DE ANSIEDAD, CUANDO CLINICAMENTE SE HA DETERMINADO QUE EN LA DISFONIA ESPASTICA NO ESTA PRESENTE UN CORRELATO ORGANICO?

2.2 OBJETIVO GENERAL

DETERMINAR EL NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE DISFONIA ESPASTICA.

2.3 OBJETIVO ESPECIFICO

DELIMITAR CUAL TIPO DE ANSIEDAD, RASGO O ESTADO, PRESENTA NIVELES MAS ELEVADOS.

2.4 HIPOTESIS

HT: EXISTE RELACION ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA DISFONIA ESPASTICA.

HO: NO EXISTE RELACION ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA DISFONIA

ESPASTICA.

H(1): EXISTE RELACION ENTRE LA DISFONIA ESPASTICA Y LA ANSIEDAD RASGO.

HO(1): NO EXISTE RELACION ENTRE LA DISFONIA ESPASTICA Y LA ANSIEDAD RASGO.

H(2): EXISTE RELACION ENTRE LA DISFONIA ESPASTICA Y LA ANSIEDAD ESTADO.

HO(2): NO EXISTE RELACION ENTRE LA DISFONIA ESPASTICA Y LA ANSIEDAD ESTADO.

H(3): A MAYOR CRONICIDAD DE LA DISFONIA ESPASTICA, CORRESPONDE MENOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

HO(3): A MAYOR CRONICIDAD DE LA DISFONIA ESPASTICA, CORRESPONDE MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

H(4): A MAYOR CRONICIDAD DE LA DISFONIA ESPASTICA, CORRESPONDE MENOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

HO(4): A MAYOR CRONICIDAD DE LA DISFONIA ESPASTICA, CORRESPONDE MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

H(5): A MAYOR EDAD DE LOS PACIENTES CON DISFONIA ESPASTICA,
CORRESPONDE MENOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

HO(5): A MAYOR EDAD DE LOS PACIENTES CON DISFONIA ESPASTICA,
CORRESPONDE MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

H(6): A MAYOR EDAD DE LOS PACIENTES CON DISFONIA ESPASTICA,
CORRESPONDE MENOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

HO(6): A MAYOR EDAD DE LOS PACIENTES CON DISFONIA ESPASTICA,
CORRESPONDE MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

H(7): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES DE SEXO FEMENINO,
ENTONCES PRESENTARA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

HO(7): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES DE SEXO FEMENINO,
ENTONCES PRESENTARA MENOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

H(8): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES DE SEXO FEMENINO,
ENTONCES PRESENTARA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

HO(8): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES DE SEXO FEMENINO,
ENTONCES PRESENTARA MENOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

H(9): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA POSEE MAYOR GRADO DE

ESCOLARIDAD, ENTONCES PRESENTARA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

HO(9): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA POSEE MAYOR GRADO DE ESCOLARIDAD, ENTONCES PRESENTARA MENOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

H(10): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA POSEE MAYOR GRADO DE ESCOLARIDAD, ENTONCES PRESENTARA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

HO(10): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA POSEE MAYOR GRADO DE ESCOLARIDAD, ENTONCES PRESENTARA MENOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

H(11): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES SOLTERO, ENTONCES REPORTARA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

HO(11): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES SOLTERO, ENTONCES REPORTARA MENOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

H(12): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES SOLTERO, ENTONCES REPORTARA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

HO(12): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES SOLTERO, ENTONCES

REPORTARA MENOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

H(13): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES CASADO, ENTONCES
ALCANZARA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

HO(13): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES CASADO, ENTONCES
ALCANZARA MENOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

H(14): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES CASADO, ENTONCES
ALCANZARA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

HO(14): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES CASADO, ENTONCES
ALCANZARA MENOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

H(15): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES DIVORCIADO,
ENTONCES OBTENDRA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

HO(15): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES DIVORCIADO,
ENTONCES OBTENDRA MENOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

H(16): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES DIVORCIADO,
ENTONCES OBTENDRA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

HO(16): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA ES DIVORCIADO,
ENTONCES OBTENDRA MENOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

H(17): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA VIVE EN UNION LIBRE,
ENTONCES TENDRA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

HO(17): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA VIVE EN UNION LIBRE,
ENTONCES TENDRA MENOR NIVEL DE ANSIEDAD RASGO.

H(18): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA VIVE EN UNION LIBRE,
ENTONCES TENDRA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

HO(18): SI EL SUJETO CON DISFONIA ESPASTICA VIVE EN UNION LIBRE,
ENTONCES TENDRA MENOR NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO.

2.5 VARIABLES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES:

A. VARIABLES DEPENDIENTES:

1. DISFONIA ESPASTICA
2. ANSIEDAD

B. VARIABLES INDEPENDIENTES:

1. CRONICIDAD
2. EDAD
3. SEXO
4. ESTADO CIVIL
5. ESCOLARIDAD

2.6 DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES

A. DEFINICIONES CONCEPTUALES:

- DISFONIA ESPASTICA. EN BASE A VALORACION CLINICA MEDICA, LA PRESENCIA DE ESPASMOS DE LOS MUSCULOS LARINGEOS Y EN GENERAL DE LAS ESTRUCTURAS QUE PARTICIPAN EN LA PRODUCCION DE LA VOZ, QUE ORIGINAN UN CUADRO ESPECIFICO.

- ANSIEDAD. PARA EL ESTUDIO, SE CONSIDERA:

ANSIEDAD RASGO. "SE REFIERE A LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES RELATIVAMENTE ESTABLES EN LA PROPENSION A LA ANSIEDAD, ES DECIR, A LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS PERSONAS EN LA TENDENCIA A RESPONDER A SITUACIONES PERCIBIDAS COMO AMENAZANTES, CON ELEVACIONES EN LA ANSIEDAD ESTADO" (SPIELBERGER, 1972).

ANSIEDAD ESTADO. "ES UN ESTADO EMOCIONAL TRANSITORIO QUE EXPERIMENTA EL SER HUMANO, QUE SE CARACTERIZA POR SENTIMIENTOS DE TENSION Y DE APREHENSION SUBJETIVOS, CONSCIENTEMENTE PERCIBIDOS Y POR UN AUMENTO DE LA ACTIVIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO" (SPIELBERGER, 1972).

- CRONICIDAD. "-IDAD", SUFIJO QUE INDICA CALIDAD, CONDICION, CUALIDAD, ES DECIR, CALIDAD DE CRONICO: DE LARGA DURACION, PROLONGADO, CONTINUO, CONSTANTE (DICCIONARIO ETIMOLOGICO FCE, 1991)

- EDAD. TIEMPO QUE LLEVA VIVIENDO UNA PERSONA DESDE QUE NACIO (GRIJALBO, 1988)

- SEXO. CONJUNTO DE CARACTERES GENETICOS, MORFOLOGICOS Y FUNCIONALES QUE DISTINGUEN A LOS INDIVIDUOS MACHOS DE LAS HEMBRAS EN EL SENO DE CADA ESPECIE. QUEDA DETERMINADO GENERALMENTE POR EL CONTENIDO CROMOSOMICO; LOS INDIVIDUOS HETEROGAMETICOS SUELEN SER MACHOS Y LOS HOMOGAMETICOS, HEMBRAS (GRIJALBO, 1988)

- ESTADO CIVIL. CONJUNTO DE CONDICIONES DE CADA INDIVIDUO EN RELACION CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES CIVILES (LAROUSSE, 1982)

- ESCOLARIDAD. DURACION DE LOS ESTUDIOS EN UN CENTRO DOCENTE (LAROUSSE, 1982)

B. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- DISFONIA ESPASTICA. TRASTORNO QUE COMO MANIFESTACION MAS EVIDENTE PRESENTA UNA SEVERA DIFICULTAD PARA EMITIR SONIDOS VOCALES EN FORMA CONTINUA, ES DECIR, UNA RONQUERA CRONICA QUE EN OCASIONES LLEGA HASTA LA AFONIA TOTAL, PARA LA CUAL NO EXISTE JUSTIFICACION CLINICA Y QUE NO REMITE CON LAS TERAPIAS ACTUALES.

- ANSIEDAD. PARA EL ESTUDIO, SE CONSIDERA:

ANSIEDAD RASGO. PUNTAJES BRUTOS, PUNTUACIONES T (NORMALIZADAS) Y RANGOS PERCENTILARES, ARROJADOS POR TODOS LOS REACTIVOS DE LA FORMA SXR DEL IDARE.

ANSIEDAD ESTADO. PUNTAJES BRUTOS, PUNTUACIONES T (NORMALIZADAS) Y RANGOS PERCENTILARES ARROJADOS POR TODOS LOS REACTIVOS DE LA FORMA SXE DEL IDARE.

- CRONICIDAD. EL TIEMPO DE PREVALENCIA Y/O RECURRENCIA DE LOS SINTOMAS DE DISFONIA ESPASTICA.

- EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL Y ESCOLARIDAD. LAS RESPUESTAS DADAS POR LOS SUJETOS EN LA FICHA DE IDENTIFICACION.

2.7 POBLACION

TODOS LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DISFONIA ESPASTICA QUE FUERON ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE COMUNICACION HUMANA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION, DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 32 VILLA COAPA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 28 DE OCTUBRE Y EL 13 DE NOVIEMBRE DE 1992.

2.8 MUESTRA

OCHO SUJETOS CON DIAGNOSTICO DE DISFONIA ESPASTICA, DOS HOMBRES Y SEIS MUJERES, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE COMUNICACION HUMANA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION, DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 32 VILLA COAPA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DURANTE EL PERIODO CONSIDERADO EN EL ESTUDIO.

2.9 TIPO DE MUESTREO

EL MUESTREO UTILIZADO ES DEL TIPO ALEATORIO SIMPLE, YA QUE TODOS LOS PACIENTES CON EL DIAGNOSTICO MOTIVO DE ESTA INVESTIGACION, TIENEN LA MISMA POSIBILIDAD DE INTEGRAR LA MUESTRA (KERLINGER,

1986); ES PROBABILISTICO, DEBIDO A QUE SE UTILIZA LA FORMA DE MUESTREO ALEATORIO (KERLINGER, 1986); Y ES ESTRATIFICADO, YA QUE LA POBLACION SE DIVIDE EN CUANDO MENOS DOS GRUPOS, QUIENES PRESENTAN CORRELATO ORGANICO Y LOS QUE NO LO PRESENTAN, CARACTERISTICA QUE COINCIDE CON LA DEFINICION DE KERLINGER (1986) PARA ESTE TIPO DE MUESTREO: "LA POBLACION ES DIVIDIDA EN ESTRATOS, DE DONDE SE SELECCIONAN MUESTRAS ALEATORIAS".

2.10 TIPO DE INVESTIGACION

EN ESTA INVESTIGACION SE REALIZA UN ESTUDIO DE CAMPO, ES DECIR, UNA INVESTIGACION NO EXPERIMENTAL DIRIGIDA A DESCUBRIR LAS RELACIONES E INTERACCIONES ENTRE VARIABLES EN ESTRUCTURAS SOCIALES REALES (KERLINGER, 1986). ES TAMBIEN EXPLORATORIO, YA QUE CUMPLE CON LA PROPUESTA DEL MISMO AUTOR PARA ESTA CLASIFICACION: "LOS ESTUDIOS EXPLORATORIOS TIENEN TRES PROPOSITOS: DESCUBRIR VARIABLES SIGNIFICATIVAS EN ESCENARIOS DE CAMPO, DESCUBRIR RELACIONES ENTRE VARIABLES Y ESTABLECER LA BASE PARA UNA PRUEBA DE HIPOTESIS POSTERIOR, MAS SISTEMATICA Y RIGUROSA". EL ESTUDIO ADOPTA LA CARACTERISTICA DE TRANSVERSAL, PUESTO QUE SE LLEVA A CABO EN UN MOMENTO DETERMINADO EN EL TIEMPO Y EX-POST-FACTO, EN LA MEDIDA EN QUE SE INVESTIGA SOBRE UN FENOMENO QUE YA HA SUCEDIDO.

2.11 DISEÑO

SE CONFORMO UN DISEÑO DE UNA SOLA MUESTRA RELACIONADA, YA QUE SE TRABAJO CON UNA SOLA MUESTRA EXTRAIDA DE LA POBLACION TOTAL (PICK, S.; LOPEZ, A. 1979).

2.12 INSTRUMENTOS

A. INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)

LA CONSTRUCCION DEL INVENTARIO SE INICIO EN 1964, CON LA META DE DESARROLLAR UNA SOLA ESCALA QUE PROPORCIONARA MEDIDAS OBJETIVAS DE AUTOEVALUACION, TANTO PARA LA ANSIEDAD RASGO COMO PARA LA ANSIEDAD ESTADO; AL PRINCIPIO SE CONSTRUYO UNA SOLA ESCALA QUE MIDIERA A AMBAS CON DIFERENTES INSTRUCCIONES, DE ACUERDO AL ASPECTO QUE SE PRETENDIERA MEDIR, ES DECIR, CADA REACTIVO PODRIA SER UTILIZADO PARA MEDIR LAS DOS ESCALAS. POSTERIORMENTE SPIELBERGER (1975), DESCUBRE QUE LAS PROPIEDADES PSICOLINGÜISTICAS DE ALGUNOS DE LOS REACTIVOS CONTENIAN SIGNIFICADOS QUE INTERFERIAN EN SU UTILIZACION PARA LAS DOS ESCALAS.

LA ESTRATEGIA DE CONSTRUCCION DEL IDARE FUE SUBSECUENTEMENTE MODIFICADA, EN EL SENTIDO DE SELECCIONAR UN GRUPO DE REACTIVOS

QUE INCLUYERA A AQUELLOS MEJORES QUE SE HABIAN DESARROLLADO PARA LA MEDICION DE A-RASGO Y OTROS PARA A-ESTADO, RESULTANDO LAS ACTUALES ESCALAS SXR Y SXE, RESPECTIVAMENTE.

LA SELECCION DE LOS REACTIVOS INDIVIDUALES PARA LA ESCALA A-RASGO, SE HIZO EN BASE A CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS CON OTRAS ESCALAS PROBADAS Y ACEPTADAS PARA LA MEDICION DE DIFERENCIAS INDIVIDUALES, TALES COMO LA ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA T.M.A.S. DE TAYLOR (1963) Y LA ESCALA DE ANSIEDAD IPAT, DE CATTEL Y SCHEIER (1963).

EN CUANTO A LA VALIDEZ INTERNA DEL IDARE, LOS COEFICIENTES ALFA PROVEEN UN INDICE ADECUADO ACERCA DE LA CONSISTENCIA INTERNA. ESTOS COEFICIENTES FUERON CALCULADOS A PARTIR DE LA FORMULA K-R 20, CON LA MODIFICACION INTRODUCIDA POR CRONBACH (1951), UTILIZANDO LAS MUESTRAS NORMATIVAS. ESTOS COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD VARIARON DE 0.83 A 0.92 PARA A-ESTADO, Y DE 0.86 A 0.92 PARA A-RASGO.

LA ESCALA DE ANSIEDAD-RASGO, CONSTA DE 20 EXPRESIONES EN BASE A LAS CUALES SE PIDE AL SUJETO QUE ELIJA, ENTRE CUATRO POSIBILIDADES DE RESPUESTA, UNA QUE DESCRIBA COMO SE SIENTE GENERALMENTE; LA ESCALA DE ANSIEDAD-ESTADO, ESTA CONFORMADA CON IGUAL NUMERO DE FRASES, PERO EL SUJETO DEBE SELECCIONAR DE ACUERDO A COMO SE SIENTE EN ESE MOMENTO (ANEXO 1).

PARA LA EVALUACION DE ESTE INSTRUMENTO, SE UTILIZA UNA PLANTILLA QUE INDICA LOS VALORES ASIGNADOS A CADA RESPUESTA. SE OBTIENE EL PUNTAJE BRUTO; ESE VALOR SE UBICA EN LA TABLA DE PUNTUACIONES T NORMALIZADAS (MEDIA = 50, DESVIACION STANDARD = 10) DENTRO DEL CUADRO DE NORMAS QUE SE ACERQUE LO MAS POSIBLE A LAS CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS EVALUADOS Y FINALMENTE EL MISMO PUNTAJE SE LEE EN EL CUADRO DE RANGOS PERCENTILARES.

LAS PUNTUACIONES BAJAS INDICARAN UN ESTADO DE CALMA Y SERENIDAD, LAS INTERMEDIAS REFLEJARAN NIVELES MODERADOS DE TENSION Y APRENSION, MIENTRAS QUE LAS ALTAS, INDICARAN ESTADOS INCLUSO MUY PROXIMOS AL PANICO.

LOS PUNTAJES ELEVADOS EN CUANTO A LA ANSIEDAD-RASGO, NOS INDICAN DESDE LA POSICION DEL SUJETO PARA PERCIBIR UN ESTIMULO COMO PELIGROSO Y RESPONDER EXAGERADAMENTE, HASTA EL NIVEL EN QUE CUALQUIER SITUACION PUEDE TORNARSE COMO AMENAZANTE.

PARA SU APLICACION NO HAY LIMITE DE TIEMPO Y FUE DISEÑADO PARA SER AUTOADMINISTRABLE, PUDIENDO SER APLICADO EN GRUPOS O INDIVIDUALMENTE. LAS INSTRUCCIONES COMPLETAS ESTAN IMPRESAS EN EL PROTOCOLO DE AMBAS ESCALAS.

B. FICHA DE IDENTIFICACION.

SE DISEÑO CON EL OBJETO DE RECOPIRAR LOS DATOS PERSONALES DE LOS SUJETOS, EL TIEMPO DE PREVALENCIA Y/O RECURRENCIA DEL PADECIMIENTO, LA PREDISPOSICION FAMILIAR A LA ENFERMEDAD, ASI COMO PARA DETECTAR ALGUN SUCESO CONFLICTIVO ASOCIADO A LA APARICION DE LOS SINTOMAS (ANEXO 2).

C. ENTREVISTA

SE SOSTUVIERON ENTREVISTAS ABIERTAS CON TODOS Y CADA UNO DE LOS SUJETOS, CON LA INTENCION DE APREHENDER INDICIOS PRELIMINARES DE SU DISCURSO, EN RELACION AL ULTIMO REACTIVO DE LA FICHA DE IDENTIFICACION, QUE INTERROGA SOBRE ALGUNA SITUACION CONFLICTIVA ASOCIADA AL SURGIMIENTO DE LA ALTERACION ESTUDIADA.

D. HISTORIA CLINICA

SE REVISARON LAS HISTORIAS CLINICAS MEDICAS, CONSTITUIDAS POR TODOS LOS REGISTROS MEDICOS DE CADA UNO DE LOS PACIENTES CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO, CON EL FIN DE CONSTATAR EL DIAGNOSTICO Y LA SINTOMATOLOGIA REFERIDA EN LOS EXPEDIENTES, ASI COMO LAS TERAPIAS SEÑALADAS PARA CADA CASO Y EL CURSO DE LA

ENFERMEDAD. ASIMISMO, SE ATENDIO AL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS CLINICOS PRACTICADOS, PARA VERIFICAR LA AUSENCIA DE PATOLOGIAS QUE PUDIERAN JUSTIFICAR LOS SINTOMAS.

2.13 PROCEDIMIENTO

LA APLICACION DEL IDARE SE REALIZO INDIVIDUALMENTE, EN UN CONSULTORIO MEDICO DEL SERVICIO DE COMUNICACION HUMANA; LAS INSTRUCCIONES SE EXPRESARON TAL COMO APARECEN IMPRESAS EN EL PROTOCOLO DEL INVENTARIO: "ALGUNAS EXPRESIONES QUE LA GENTE USA PARA DESCRIBIRSE APARECEN ABAJO. LEA CADA FRASE Y LLENE EL CIRCULO DEL NUMERO QUE DESCRIBA COMO SE SIENTE AHORA MISMO, O SEA, EN ESTE MOMENTO (PARA LA FORMA SXE) O BIEN COMO SE SIENTE GENERALMENTE (PARA LA FORMA SXR). NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS. NO EMPLEE MUCHO TIEMPO EN CADA FRASE, PERO TRATE DE DAR LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS AHORA (SXE) O COMO SE SIENTE GENERALMENTE (SXR)". POSTERIORMENTE, SE PROCEDIO A LA EVALUACION DE LOS REACTIVOS POR MEDIO DE LA PLANTILLA DE CLAVES DE CALIFICACION DEL INSTRUMENTO Y A LA UBICACION EN RANGOS SEGUN LAS TABLAS DE PUNTUACIONES.

AL TERMINAR DE RESPONDER A TODOS LOS REACTIVOS, SE REQUIRIO A CADA UNO DE LOS SUJETOS QUE COMPLETARAN LOS ESPACIOS

CORRESPONDIENTES EN LA FICHA DE IDENTIFICACION, CON OBJETO DE RECOPIRAR LA INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA (EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDAD), ASI COMO LA CRONICIDAD Y LAS RESPUESTAS SE REGISTRARON EN TABLAS. ENSEGUIDA SE PROCEDIO A LA ENTREVISTA INDIVIDUAL ABIERTA, DE LA CUAL SE EXTRAJO VALIOSO MATERIAL VERBAL DE CADA UNO DE LOS ENTREVISTADOS.

2.14 ANALISIS ESTADISTICO

SE PROCESARON MEDIANTE EL S.P.S.S.: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA, MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL (MEDIA, MEDIANA, MODA) Y MEDIDAS DE DISPERSION (DESVIACION STANDARD Y ANALISIS DE VARIANZA), ASI COMO INDICES DE CORRELACION. SE APLICARON LOS INSTRUMENTOS ESTADISTICOS SIGUIENTES: COEFICIENTE DE CORRELACION DE RANGO DE SPEARMAN; PRUEBA U DE MANN-WHITNEY; ANALISIS DE VARIANZA EN UNA DIRECCION DE KRUSKALL WALLIS Y PRUEBA DE RANGOS DE WILCOXON.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1 REPORTE ESTADISTICO

LOS DATOS EXTRAIDOS DE LOS INSTRUMENTOS A Y B CITADOS EN EL CAPITULO ANTERIOR, PROPORCIONADOS POR OCHO SUJETOS CON DIAGNOSTICO DE DISFONIA ESPASTICA, FUERON PROCESADOS CON EL PAQUETE ESTADISTICO APLICADO A LAS CIENCIAS SOCIALES, IDENTIFICADO COMO S. P. S. S. (NIE, HULL Y JENKINGS, 1975).

LOS RESULTADOS SE EXPONEN BAJO DOS CRITERIOS PROPOSITIVOS, UNO DESCRIPTIVO, QUE PRESENTA LA DISTRIBUCION DE LOS DATOS EN TABLAS DE FRECUENCIAS, MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL (MEDIA Y MODO) Y MEDIDAS DE DISPERSION (DESVIACION STANDARD) Y OTRO INFERENCIAL, DONDE APARECEN LAS CORRELACIONES ENTRE VARIABLES Y LAS DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE GRUPOS.

3.1.1 CRITERIO DESCRIPTIVO

A. DISPOSICION DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

COMO PUEDE OBSERVARSE, EL RANGO DE EDAD SE DISTRIBUYO ENTRE LOS 16 Y LOS 48 AÑOS, LO CUAL SIGNIFICA QUE EL PADECIMIENTO PUEDE OCURRIR TANTO EN PERSONAS MUY JOVENES COMO EN ADULTOS. SIN EMBARGO, 2 DE LOS 8 SUJETOS, QUE REPRESENTAN EL 25% DE LA MUESTRA, TIENEN 48 AÑOS (VER TABLA 1). LA MEDIA FUE ESTABLECIDA EN 35.5 AÑOS, EL MODO EN 48 AÑOS Y LA DESVIACION STANDARD RESULTA DE 11.225.

TABLA 1. DISTRIBUCION DE EDAD

EDAD.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16	1	12.5
25	1	12.5
31	1	12.5
36	1	12.5
37	1	12.5
43	1	12.5
48	2	25.0
TOTAL	8	100.0

EN RELACION A LA MUESTRA ESTUDIADA, EL 75% QUEDO CONSTITUIDO POR SUJETOS DE SEXO FEMENINO Y EL 25% POR SUJETOS DE SEXO MASCULINO (VER TABLA 2).

TABLA 2. DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	2	25.0
FEMENINO	6	75.0
TOTAL	8	100.0

EN EL RENGLON CORRESPONDIENTE AL ESTADO CIVIL, LA MAYORIA, 37.5%, FUERON SOLTEROS, 25% CASADOS, 25% DIVORCIADOS Y EL 12.5% VIVE EN UNION LIBRE (VER TABLA 3).

TABLA 3. DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	3	37.5
CASADO	2	25.0
DIVORCIADO	2	25.0
UNION LIBRE	1	12.5
TOTAL	8	100.0

SE OBSERVA QUE EL 37.5% DE LOS SUJETOS TIENE NIVEL ESCOLAR DE BACHILLERATO, EL 25% NIVEL SECUNDARIA, OTRO 25% NIVEL PRIMARIA Y SOLO UNO DE LOS SUJETOS NIVEL TECNICO; CABE MENCIONAR QUE NO SE REPORTO NINGUN SUJETO CON NIVEL PROFESIONAL (VER TABLA 4).

TABLA 4. DISTRIBUCION POR NIVEL DE ESCOLARIDAD

NIVEL ESCOLAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	2	25.0
SECUNDARIA	2	25.0
PREPARATORIA	3	37.5
TECNICO	1	12.5
TOTAL	8	100.0

EN RELACION AL TIEMPO DE PREVALENCIA Y/O RECURRENCIA DE LOS SINTOMAS, LA MUESTRA REPORTO QUE EL 50% DE LOS SUJETOS (4 DE 8), HAN PRESENTADO LOS SINTOMAS DURANTE UN AÑO; LOS RESTANTES 4 SUJETOS, DURANTE 3, 7, 8 Y 12 AÑOS, RESPECTIVAMENTE (VER TABLA 5).

TABLA 5. DISTRIBUCION POR CRONICIDAD (AÑOS)

CRONICIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	4	50.0
3	1	12.5
7	1	12.5
8	1	12.5
12	1	12.5
TOTAL	8	100.0

B. PUNTUACIONES DEL IDARE, ESCALAS ANSIEDAD-ESTADO (SXE) Y ANSIEDAD-RASGO (SXR)

EL RANGO DE VALORES PARA LOS PUNTAJES BRUTOS DE ANSIEDAD ESTADO SE UBICA ENTRE LOS 36 Y 54 PUNTOS, CON UNA MEDIA DE 43.25, EL MODO SE FIJA EN 38 PUNTOS Y LA DESVIACION STANDARD EN 6.735. EL 50% DE LOS SUJETOS SE ENCUENTRA EN UN RANGO ENTRE LOS 38 Y 41 PUNTOS (VER TABLA 6).

TABLA 6. PUNTAJES BRUTOS SXE

PUNTAJE SXE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
36	1	12.5
38	2	25.0
41	2	25.0
46	1	12.5
52	1	12.5
54	1	12.5
TOTAL	8	100.0

LOS VALORES EN LA ESCALA DE PUNTAJES BRUTOS DE ANSIEDAD RASGO, VAN DE 41 A 60 PUNTOS, EN GENERAL, MAS ALTOS QUE LOS OBSERVADOS EN ANSIEDAD ESTADO (VER TABLA 7), CON UNA MEDIA DE 51.75, MODO 41.0 Y DESVIACION STANDARD DE 7.611.

TABLA 7. PUNTAJES BRUTOS SXR

PUNTAJE SXR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
41	1	12.5
43	1	12.5
45	1	12.5
53	1	12.5
56	1	12.5
57	1	12.5
59	1	12.5
60	1	12.5
TOTAL	8	100.0

EL RANGO DE PUNTUACIONES ' T ' PARA LA ANSIEDAD ESTADO SE UBICA ENTRE 51 Y 64 PUNTOS (VER TABLA 8); LA MEDIA ES DE 56.625, EL MODO DE 53.0 Y LA DESVIACION STANDARD DE 4.534 UNIDADES; EL 50% DE LOS SUJETOS SE COLOCA ENTRE LOS 53 Y 56 PUNTOS.

TABLA 8. PUNTUACION ' T ' SXE

PUNTUACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
51	1	12.5
53	2	25.0
56	2	25.0
58	1	12.5
62	1	12.5
64	1	12.5
TOTAL	8	100.0

EN CUANTO A LA ANSIEDAD-RASGO, LOS PUNTAJES ' T ' EXTREMOS SE LOCALIZAN EN 51 Y 67 PUNTOS, LA MEDIA SE ESTABLECE EN 59.25, EL MODO EN 62.0 Y LA DESVIACION STANDARD ES DE 5.994. EL 50% DE LA POBLACION OCUPA EL RANGO ESTABLECIDO ENTRE LOS 62 Y 63 PUNTOS (VER TABLA 9).

TABLA 9. PUNTUACION ' T ' SXR

PUNTUACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
51	1	12.5
52	1	12.5
54	1	12.5
62	2	25.0
63	2	25.0
67	1	12.5
TOTAL	8	100.0

EL NIVEL DE LOS VALORES PARA LOS RANGOS PERCENTILARES EN CUANTO A ANSIEDAD ESTADO, COMPRENDE DEL PERCENTIL 56 AL 93, CON UNA MEDIA DE 73.25, MODO DE 62.0 Y DESVIACION STANDARD DE 13.296. EN ESTA ESCALA, EL 50% DE LOS SUJETOS OCUPA EL RANGO COMPRENDIDO ENTRE 62 Y 72 PUNTOS, LO CUAL INDICA UN RANGO PERCENTILAR ALTO, PUESTO QUE REBASA EL NIVEL MEDIO DEL PERCENTIL 50, SEGUN LAS ESPECIFICACIONES DE SPEARMAN (VER TABLA 10).

TABLA 10. RANGOS PERCENTILARES SXE

RANGO SXE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
56	1	12.5
62	2	25.0
72	2	25.0
80	1	12.5
89	1	12.5
93	1	12.5
TOTAL	8	100.0

EN EL CASO DE LA ANSIEDAD RASGO, LAS CIFRAS PERCENTILARES SE DISTRIBUYERON ENTRE EL 53 Y EL 96, LA MEDIA SE UBICA EN LOS 78.75 PUNTOS, EL MODO EN 89 Y LA DESVIACION STANDARD RESULTO DE 17.302 UNIDADES. EL 25% DE LOS CASOS SE LOCALIZA EN EL PERCENTIL 89, EL CUAL RESULTA SUPERIOR AL PUNTO MAS ALTO DEL RANGO PERCENTILAR DE ANSIEDAD ESTADO, EN QUE QUEDO INCLUIDO EL 50% DE LA MUESTRA. ASIMISMO, PUEDE ADVERTIRSE QUE LA MEDIA EN ESTA ESCALA, ES LIGERAMENTE SUPERIOR A LA CORRESPONDIENTE A LA ANSIEDAD ESTADO EN 5.5 UNIDADES (VER TABLA 11).

TABLA 11. RANGOS PERCENTILARES SXR

RANGO SXR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
53	1	12.5
58	1	12.5
64	1	12.5
89	2	25.0
90	1	12.5
91	1	12.5
96	1	12.5
TOTAL	8	100.0

3.1.2. CRITERIO INFERENCIAL

A. EN BASE AL COEFICIENTE DE CORRELACION DE RANGO 'rs' DE SPEARMAN, SE INVESTIGO LA POSIBLE ASOCIACION ENTRE LAS ESCALAS DEL IDARE Y LA EDAD, LA ESCOLARIDAD Y LA CRONICIDAD. ESTA PRUEBA, ALTERNATIVA DE LA PRUEBA 'r' DE PEARSON PARA MUESTRAS PEQUEÑAS, PERMITE EL ANALISIS PARA VALORES DE N (NUMERO DE SUJETOS), ENTRE 4 Y 30. PARA DECIDIR SI EXISTE CORRELACION SIGNIFICATIVA ENTRE LAS VARIABLES ASOCIADAS, LA MAGNITUD NUMERICA DEL COEFICIENTE DEBE SER MAYOR O IGUAL A 0.30 Y LA DIRECCION DE LA MISMA ESTA DADA POR EL SENTIDO DEL SIGNO; SI EL RESULTADO ARROJA SIGNO POSITIVO, LA RELACION ENTRE LOS FACTORES ES DIRECTA, ES DECIR UNO AUMENTA EN FUNCION DEL OTRO Y CUANDO ES NEGATIVO, LA RELACION ES INVERSA, CUANDO UNO AUMENTA EL OTRO DISMINUYE, PERO LA CORRELACION SE MANTIENE EN BASE AL VALOR NUMERICO. EL NIVEL DE SIGNIFICACION DE ESTE INDICE ES DE 0.05 (95%), CUANDO LA MAGNITUD DEL COEFICIENTE ES CERCANA A 0.30, PERO CUANDO ALCANZA VALORES MAYORES DE 0.40, LA SIGNIFICACION SE ELEVA A 0.01 (99%).

LOS RESULTADOS DE LA CORRELACION DE LAS ESCALAS DEL IDARE CON LA EDAD, VIERTEN VALORES NUMERICOS PARA EL COEFICIENTE MAYORES DE 0.30 Y CON SIGNOS NEGATIVOS, LO CUAL INDICA QUE A MAYOR EDAD, CORRESPONDE MENOR NIVEL DE ANSIEDAD. LOS INDICES ASOCIADOS A LA ESCOLARIDAD, FUERON EN GENERAL MENORES A 0.30,

EXCEPTO EL CORRESPONDIENTE A LA ESCALA PERCENTILAR DE ANSIEDAD RASGO, QUE RESULTA DE 0.3094 CON SIGNO POSITIVO, LO QUE PERMITE SUPONER QUE A MAYOR ESCOLARIDAD CORRESPONDE MAYOR ANSIEDAD RASGO. LA CORRELACION CON LA CRONICIDAD, ARROJA CIFRAS SUPERIORES A 0.30 Y CON SIGNOS NEGATIVOS, LO QUE SE TRADUCE COMO A MAYOR CRONICIDAD, MENOR ANSIEDAD (VER TABLA 12).

TABLA 12. CORRELACION ENTRE ESCALAS IDARE Y EDAD, ESCOLARIDAD Y CRONICIDAD

ESCALA IDARE	EDAD	ESCOLARIDAD	CRONICIDAD
SXE (BRUTO)	- 0.3194 *	- 0.2550	- 0.4834 **
SXR (BRUTO)	- 0.4515 **	+ 0.2433	- 0.4765 **
'T' SXE	- 0.3776 *	- 0.1151	- 0.5600 **
'T' SXR	- 0.5605 **	+0.2753	- 0.5375 **
P SXE	- 0.4145 **	- 0.0684	- 0.5392 **
P SXR	- 0.5458 **	+0.3094 *	- 0.5353 **

* P = 0.05

** P = 0.01

B. LA PRUEBA 'U' DE MANN-WHITNEY, ALTERNATIVA DE LA PRUEBA 'T' DE "STUDENT" (GOSSET) PARA MUESTRAS PEQUEÑAS, SE EMPLEA CUANDO SE REQUIERE ANALIZAR UNA MUESTRA CON $N < 0 = 8$ ELEMENTOS, O BIEN CUANDO NO ES POSIBLE CONTAR CON MEDICIONES A NIVEL INTERVALAR, COMO EN ESTE CASO. ESTE INSTRUMENTO ESTADISTICO SE APLICA CON EL OBJETO DE DETERMINAR LA RELACION ENTRE LOS PUNTAJES DE ANSIEDAD Y LA DISTINCION DE SEXOS. PARA QUE EL COEFICIENTE RESULTE REPRESENTATIVO DE DIFERENCIAS, DEBE ALCANZAR UN NIVEL DE PROBABILIDAD DE $P < 0 = 0.05$; SIN EMBARGO, SI EL COEFICIENTE RESULTA CERCANO A 0.09, SE CONSIDERA UNA DIFERENCIA MARGINAL, ES DECIR, QUE PODRIA RESULTAR SIGNIFICATIVA SI LA MUESTRA FUERA MAYOR. PARA LA DETERMINACION DE LOS RANGOS MEDIOS, SE UTILIZO LA PRUEBA DE RANGOS DE WILCOXON.

LAS DETERMINACIONES DE $U = 2.5$ Y $P = 0.2377$ PARA LA ANSIEDAD ESTADO, INDICAN QUE NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIAS DE RANGOS, ES DECIR, QUE TANTO LOS HOMBRES COMO LAS MUJERES REPORTAN NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO SIMILARES (VER TABLA 13).

TABLA 13. DIFERENCIAS ENTRE PUNTAJES
PERCENTILARES SXE Y SEXO

RANGO MEDIO	CASOS	SEXO
-------------	-------	------

6.25	2	MASCULINO
3.92	6	FEMENINO

U = 2.5	P = 0.2377
---------	------------

RESPECTO A LA ANSIEDAD RASGO, SE REGISTRO $U = 1.0$ Y $P = 0.0936$, LO QUE REFLEJA LA EXISTENCIA UNA DIFERENCIA MARGINAL EN RELACION AL SEXO DE LOS SUJETOS, EN OTRAS PALABRAS, UN NIVEL LIGERAMENTE SUPERIOR DE ANSIEDAD RASGO EN LOS HOMBRES (VER TABLA 14).

TABLA 14. DIFERENCIA ENTRE PUNTAJES
PERCENTILARES SXR Y SEXO

RANGO MEDIO	CASOS	SEXO
7.00	2	MASCULINO
3.67	6	FEMENINO

U = 1.0	P = 0.0936
---------	------------

C. PARA DETERMINAR SI EL ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS ES UN FACTOR DE INFLUENCIA SOBRE SUS NIVELES DE ANSIEDAD EN PRESENCIA DE LA ALTERACION ESTUDIADA, SE SOMETIERON LOS PUNTAJES PERCENTILARES DE SXE Y SXR Y LOS VALORES CONTINUOS DEL ESTADO CIVIL, AL ANALISIS DE VARIANZA EN UNA DIRECCION DE KRUSKALL WALLIS, PRUEBA ALTERNATIVA DE LA ANOVA DE FREEDMAN PARA MUESTRAS PEQUEÑAS, QUE PERMITE EL ANALISIS DE VARIABLES CONTINUAS. PARA ESTA PRUEBA, SE CONSIDERAN SIGNIFICATIVAS LAS DIFERENCIAS CUANDO $P < 0 = 0.05$.

EL COEFICIENTE $P = 0.2751$ SEÑALA QUE NO SE CONSIDERAN SIGNIFICATIVAS LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS PUNTAJES DE LA ANSIEDAD ESTADO, COMO CONSECUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS (VER TABLA 15).

TABLA 15. PUNTAJES PERCENTILARES
SXE Y ESTADO CIVIL

RANGO MEDIO	CASOS	ESTADO CIVIL
6.17	3	SOLTERO
3.50	2	CASADO
4.75	2	DIVORCIADO
1.00	1	UNION LIBRE

$P = 0.2751$

EL ESTADO CIVIL TAMPOCO INFLUYE DE MANERA IMPORTANTE SOBRE LAS PUNTUACIONES DE LA ANSIEDAD RASGO. EL INDICE PRODUCIDO EN ESTA ASOCIACION ENTRE LAS VARIABLES FUE DE $P = 0.1423$ (VER TABLA 16).

TABLA 16. PUNTAJES PERCENTILARES
SXR Y ESTADO CIVIL

RANGO MEDIO	CASOS	ESTADO CIVIL
7.00	3	SOLTERO
3.75	2	CASADO
2.75	2	DIVORCIADO
2.00	1	UNION LIBRE

$P = 0.1423$

3.2 REPORTE DE ENTREVISTA E HISTORIA CLINICA

LAS ENTREVISTAS SE INICIARON TOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA LA PREGUNTA FINAL DE LA FICHA DE IDENTIFICACION, EN LA QUE SE PIDE AL SUJETO DESCRIBIR BREVEMENTE, SI ANTES DE ENFERMAR VIVIO ALGUNA SITUACION CONFLICTIVA IMPORTANTE.

EN 4 DE LOS 8 SUJETOS ENTREVISTADOS, ESA PREGUNTA DIO LUGAR A LA PRODUCCION DE EXTENSOS DISCURSOS, ACERCA DE SITUACIONES QUE ELLOS VIVEN COMO VERDADERAMENTE CONFLICTIVAS Y EN LAS QUE ESTAN TOTALMENTE COMPROMETIDOS. EN ALGUNOS CASOS, LO DICHO EN LA ENTREVISTA NO TENIA RELACION DIRECTA CON LA PREGUNTA, INCLUSO DOS DE LOS SUJETOS RESPONDIERON NEGATIVAMENTE; SIN EMBARGO, DE ALGUNA MANERA, LA SITUACION DE LA ENTREVISTA PROPICIO EN ELLOS LA OPORTUNIDAD PARA HABLAR.

ENSEGUIDA SE ANOTAN, AUNQUE EN FORMA MUY BREVE, LOS TEMAS ALREDEDOR DE LOS CUALES GIRARON LOS DISCURSOS.

1. UNO DE LOS SUJETOS, MARCA EN LA FICHA DE IDENTIFICACION EL ESPACIO CORRESPONDIENTE A SEXO MASCULINO; LE PREOCUPA MUCHO LA ALTERACION DE LA VOZ QUE PADECE DESDE HACE UN AÑO, PORQUE SU TRABAJO CONSISTE EN CANTAR EN UN "SHOW TRAVESTI" Y LOS SINTOMAS LE IMPIDEN REALIZARLO. EXPRESA EL DESEO DE SER "OPERADO" CON LA EXPECTATIVA DE MEJORAR.

2. SUJETO DE SEXO MASCULINO, DE 16 AÑOS DE EDAD Y TRES CON TRASTORNO VOCAL, HABLA DE LAS RELACIONES CON SU MADRE, DEL APEGO QUE TIENE HACIA ELLA Y DE COMO LA MADRE LO PROTEGE.

3. LA MADRE DE UN HIJO ALCOHOLICO, DE 48 AÑOS Y CRONICIDAD DE 12, REFIERE EN FORMA ELOCUENTE, UNA SERIE DE EXPERIENCIAS VIVIDAS EN RELACION A SU HIJO Y LA PERMANENTE ANGUSTIA QUE ESO LE PROVOCA, YA QUE ELLA HA HECHO FRENTE DESDE SIEMPRE A TODOS LOS PROBLEMAS QUE LA ENFERMEDAD DEL HIJO SUSCITAN, ENTRE ELLOS, EPISODIOS DE AGRESION Y VIOLENCIA.

4. PACIENTE FEMENINO, A QUIEN DOS MESES ANTES DE LA ENTREVISTA SE LE PRACTICO SEPTOPLASTIA; TIENE 25 AÑOS DE EDAD Y PADECE LOS SINTOMAS DE DISFONIA ESPASTICA DESDE HACE 8. ANOTA QUE DESDE LA CIRUGIA TIENE MIEDO A CUALQUIER COSA, SE SIENTE "MUY NERVIOSA" CUANDO VIAJA EN ALGUN VEHICULO; "NO ME SIENTO SEGURA DE LO QUE HAGO", ESCRIBE Y NO SABE EL POR QUE DE ESA INSEGURIDAD. AL TERMINAR DE RESPONDER AL INVENTARIO, DICE: "¿NO ME VA A PREGUNTAR POR QUE RESPONDI DE ESA FORMA A CADA UNA DE LAS PREGUNTAS?"

POR OTRA PARTE, LAS HISTORIAS CLINICAS REVELARON LA PRESENCIA DE SITUACIONES ESPECIALMENTE PROBLEMATICAS EN DOS MAS DE LOS PACIENTES.

ENTRE LAS NOTAS MEDICAS, SE REFIEREN COMO ANTECEDENTES DE UNA PACIENTE DE 43 AÑOS, CON SINTOMAS DE DISFONIA ESPASTICA DESDE HACE 7, LAS SIGUIENTES EXPERIENCIAS: A LOS 19 AÑOS SUFRE UN ATROPELLAMIENTO EN EL CUAL PIERDE EL ESTADO DE ALERTA SIN PODER PRECISAR DURANTE CUANTO TIEMPO; LAS LESIONES PROVOCARON DERRAMES INTERNOS Y ESTALLAMIENTO DE APENDICE, POR LO CUAL FUE NECESARIO SOMETERLA A CIRUGIA, EN LA CUAL SE LE EXTIRPO ADEMAS UN QUISTE OVARICO. A LOS 31 AÑOS, PADECE UNA PARALISIS FACIAL. OCHO AÑOS DESPUES, SE LE REALIZA SEPTOPLASTIA Y AL AÑO SIGUIENTE RESECCION DE UN CONDUCTO LACTICO. AUN CUANDO LA PACIENTE DECLARA 7 AÑOS DE CRONICIDAD, EN LA HISTORIA CLINICA SE ANOTA QUE SU PADECIMIENTO SE INICIA HACE 12, DESPUES DE HABERSELE PRACTICADO UNA ARTERIOGRAFIA. OTRO ANTECEDENTE IMPORTANTE ACERCA DE ESTA PACIENTE, ES QUE TRABAJA COMO TELEFONISTA EN UN HOSPITAL DESDE HACE 15 AÑOS!

EN EL EXPEDIENTE CLINICO DE OTRA PACIENTE, DE 36 AÑOS DE EDAD, QUIEN PADECE LOS SINTOMAS DESDE HACE UN AÑO, SE ADJUNTA UN REPORTE DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA, EN EL CUAL SE ASIENTA EL DIAGNOSTICO DE NEUROSIS DE ANGUSTIA, ORIGINADA POR INTENTO DE VIOLACION POR PARTE DE SU PADRE A LA EDAD DE 12 AÑOS. ASIMISMO, SE HACE REFERENCIA A LA "CONDUCTA DE ACEPTACION" POR PARTE DE LA MADRE, A LOS INTENTOS DE VIOLACION DEL PADRE NO SOLO HACIA LA PACIENTE, SINO TAMBIEN HACIA DOS HERMANAS MENORES.

POR LO QUE RESPECTA AL DIAGNOSTICO, SE VERIFICO QUE EN TODOS LOS CASOS SE TRATA DE DISFONIA ESPASTICA. A LOS OCHO PACIENTES LES FUE PRACTICADA LARINGOESTROBOSCOPIA INDIRECTA Y LOS RESULTADOS CORROBORAN LA CONFIGURACION NORMAL DE LAS ESTRUCTURAS LARINGEAS, ASI COMO LA AUSENCIA DE LESIONES ANATOMOFISIOLOGICAS IMPORTANTES QUE JUSTIFIQUEN LA ALTERACION DE LA VOZ. LAS PRUEBAS DE AUDICION, ASIGNAN LA CALIDAD DE NORMO-OYENTES A TODOS LOS SUJETOS.

EL REPORTE MEDICO INCLUYE TAMBIEN LA REFERENCIA A LA SINTOMATOLOGIA CARACTERISTICA, ASI COMO AL CURSO DE LA ENFERMEDAD, CON PERIODOS DE REDUCCION O REMISION DE LAS MANIFESTACIONES Y FASES DE EXACERBACION DE LAS MISMAS.

CAPITULO IV

DISCUSION-Y CONCLUSIONES

4.1 DISCUSION Y CONCLUSIONES

LA DECISION DE INVESTIGAR LA RELACION ENTRE LA DISFONIA ESPASTICA Y LA ANSIEDAD (NOMBRADA ASI EN RAZON DE LA APLICACION DEL I.D.A.R.E.), TUVO COMO FUNDAMENTO UNA INQUIETUD EXPRESADA POR EL EQUIPO MEDICO QUE ATIENDE A LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LA INVESTIGACION, QUIENES ADEMAS REALIZARON LA VALORACION CLINICA A PARTIR DE LA CUAL SE CONFIRMO EL DIAGNOSTICO RESPECTIVO Y SE DETERMINO QUE NO SE ENCONTRARON ALTERACIONES ANATOMOFISIOLOGICAS QUE JUSTIFICARAN LAS ALTERACIONES DE LA VOZ, LO CUAL CORROBORA LOS HALLAZGOS DE VARIOS AUTORES, ENTRE ELLOS SHIPP, T., IZDEBSKI, K., REED, CH. Y MORRISEY, PH., EN CUANTO A LA MORFOLOGIA NORMAL DE LAS ESTRUCTURAS LARINGEAS.

ARONSON A. E., ENTRE OTROS INVESTIGADORES, REPORTA QUE ESTA ALTERACION ES RESISTENTE A LA TERAPIA, LO CUAL COINCIDE CON LO OBSERVADO EN LOS CASOS QUE NOS OCUPAN; EL PERIODO DURANTE EL CUAL LOS PACIENTES ESTUDIADOS HABIAN RECIBIDO TRATAMIENTO (HASTA EL MOMENTO DEL ESTUDIO), FLUCTUO ENTRE 4 Y 10 MESES; LAS TERAPIAS SE ADMINISTRARON POR LAPROS PERIODICOS DE HASTA TRES SEMANAS CONTINUAS Y SOLO SE LOGRARON MEJORIAS LEVES O TRANSITORIAS.

SEGUN BRODNITZ, F., EL 40% DE SUS PACIENTES CON PERTURBACIONES DE LA VOZ, HABIA VIVIDO ALGUN SUCESO PSIQUICAMENTE INTENSO QUE

ACTUO COMO ACCIONADOR DE LA ENFERMEDAD; EN NUESTRO CASO, NO FUE POSIBLE PRECISAR LA COINCIDENCIA, PERO SI LA PRESENCIA DE EXPERIENCIAS QUE PODRIAN ASOCIARSE A LA GENESIS DE ANGUSTIA, AUNQUE NO HAYAN SIDO REFERIDAS POR LOS MISMOS SUJETOS, YA QUE SERIA ILUSORIO PENSAR QUE ELLOS MISMOS PUDIERAN SABER QUE EVENTO DESENCADENO EL TRASTORNO QUE PADECEN. UNA MUESTRA DE ESTA SITUACION, ESTA CLARAMENTE REPRESENTADA POR UNO DE LOS CASOS ESTUDIADOS; UNA PACIENTE QUE, ANTE LA ULTIMA PREGUNTA DE LA FICHA DE IDENTIFICACION ("ANTES DE ENFERMAR VIVIO ALGUNA SITUACION CONFLICTIVA IMPORTANTE PARA USTED?"), DA UNA RESPUESTA PARADOJICA: "HE TENIDO UNA VIDA NORMAL ANTES DE ESTE PROBLEMA"; EL SERVICIO DE PSICOLOGIA, 5 MESES ANTES DE NUESTRO ESTUDIO, REPORTO QUE LA PACIENTE, A LOS 12 AÑOS, HABIA SUFRIDO UN INTENTO DE VIOLACION POR PARTE DE SU PADRE. ESTA SITUACION PERMITE CUESTIONARSE ACERCA DE LA PERTINENCIA DE LA APLICACION DE PREGUNTAS DIRECTAS QUE, POR SUS MISMAS IMPLICACIONES, EL PACIENTE NO PUEDE CONTESTAR, PORQUE INTRINSECAMENTE NO SON SUSCEPTIBLES DE RESPUESTA, CUANDO MENOS NO DE ESA FORMA.

A PARTIR DEL ANALISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, SE CONCLUYE QUE LA DISFONIA ESPASTICA ES UN PADECIMIENTO QUE PUEDE PRESENTARSE TANTO EN PERSONAS MUY JOVENES COMO EN ADULTOS; QUE EL 75% DE LOS SUJETOS FUERON MUJERES Y QUE EL 37.5% DE LA MUESTRA ALCANZA EL NIVEL ESCOLAR DE BACHILLERATO. EN CUANTO AL ESTADO CIVIL, 37.5% DE ELLOS SON SOLTEROS; SIN EMBARGO, ESTA

CIFRA INCLUYE A 3 DE LOS 8 SUJETOS, UNO DE ELLOS ES UN ADOLESCENTE DE 16 AÑOS, OTRO UN PACIENTE TRAVESTI DE 31 AÑOS; ¿QUE REPRESENTA ENTONCES LA CIFRA AISLADA?

TOMANDO COMO REFERENCIA LAS MEDIAS EXTRAIDAS DE LOS PUNTAJES PERCENTILARES DEL I.D.A.R.E., LAS CUALES SE UBICARON EN 73.25 PUNTOS PARA LA ANSIEDAD-ESTADO Y EN 78.75 PARA LA ANSIEDAD-RASGO, SE CORROBORA LA DETERMINACION DE BUTCHER, P. Y COLS., QUIENES CONSIDERAN COMO CARACTERISTICA DE LOS PACIENTES CON DESORDENES PSICOGENOS DE LA VOZ, LA PRESENCIA DE ANSIEDAD EXCESIVA.

AUN CUANDO NO APARECE UNA DIFERENCIA IMPORTANTE EN RELACION A LAS CIFRAS MEDIAS (5.5 UNIDADES PERCENTILARES), ES CONVENIENTE EXAMINAR LOS RANGOS. EN LA ESCALA DE ANSIEDAD-ESTADO, EL 50% DE LOS SUJETOS OCUPA EL RANGO PERCENTILAR COMPRENDIDO ENTRE LOS 62 Y 72 PUNTOS Y EL 37.5%, ENTRE LOS 80 Y 93 PUNTOS. PARA LA ANSIEDAD-RASGO, EL 12.5% OBTIENE 64 PUNTOS, EL 25% SE UBICA EN EL PERCENTIL 89 Y EL 37.5% EN EL RANGO ESTABLECIDO ENTRE LOS 90 Y 96 PUNTOS. ESTOS NUMEROS INDICAN QUE EL 87.5% DE LOS SUJETOS EN ANSIEDAD-ESTADO Y EL 75% EN ANSIEDAD-RASGO, SOBREPASAN LOS NIVELES MEDIOS ESTABLECIDOS POR SPIELBERGER Y QUE, POR LO TANTO, EN AMBOS CASOS SE CONSIDERAN PUNTUACIONES ELEVADAS.

ESTOS RESULTADOS NO COINCIDEN CON LOS DE FREIDL, W. Y COLS.;

ELLOS OBTUVIERON NIVELES MAYORES DE ANSIEDAD-ESTADO EN LOS DISFONICOS FUNCIONALES, APLICANDO EL MISMO INSTRUMENTO.

OTRO ELEMENTO CONSIDERADO EN EL ANALISIS ESTADISTICO, TUVO POR OBJETO INVESTIGAR SI SE PRESENTABAN DIFERENCIAS EN LOS PUNTAJES PERCENTILARES DE ANSIEDAD, SEGUN EL SEXO DE LOS PACIENTES. SE ENCONTRO QUE NO HUBO DIFERENCIA EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD-ESTADO Y QUE, EN LOS RELATIVOS A ANSIEDAD-RASGO, SOLO SE REGISTRO UNA DIFERENCIA MARGINAL, ES DECIR, UN NIVEL LIGERAMENTE SUPERIOR EN LOS SUJETOS MASCULINOS.

POR OTRA PARTE, SE HACEN NOTAR ALGUNAS COINCIDENCIAS ENTRE LOS SINTOMAS DE LA DISFONIA ESPASTICA Y LOS DESCRITOS PARA LOS ESTADOS DE ANSIEDAD, DESDE LA CONCEPCION PSIQUIATRICA. SE HACE ALUSION A LOS ESPASMOS Y CRISIS DISFONICAS MENCIONADAS POR EY, H., ASI COMO LA SENSACION DE NUDO EN LA GARGANTA Y LA PROLONGADA PERMANENCIA DEL TRASTORNO, DESCRITAS EN EL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.

LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, CONDUCE A LA ACEPTACION DE LA HIPOTESIS PLANTEADA EN EL CAPITULO II, POR MEDIO DE LA CUAL SE AFIRMA QUE EXISTE RELACION ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA DISFONIA ESPASTICA.

4.2 ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

FREIDL W. Y COLS., MENCIONAN EN UNO DE SUS TRABAJOS QUE EL TAMAÑO DE LA MUESTRA FUE LIMITADO DEBIDO A QUE SON RELATIVAMENTE POCAS LAS PERSONAS QUE SIENDO AFECTADAS POR ESTA ENFERMEDAD, AL MISMO TIEMPO OCURREN A UN HOSPITAL. AUNQUE NO CITAN LAS RAZONES, OTROS AUTORES HAN REPORTADO TAMBIEN UN REDUCIDO NUMERO DE PACIENTES. INCLUSIVE, EN LA REVISION DE LA LITERATURA SE ENCONTRO UN ESTUDIO DE UN SOLO CASO (SHIPP, T. Y COLS.).

EN UN PRINCIPIO, SE CONSIDERO QUE EL REDUCIDO NUMERO DE PACIENTES DISPONIBLES PARA ESTE ESTUDIO SERIA UNA LIMITACION CONSIDERABLE. NO OBSTANTE, DURANTE EL CURSO DEL TRABAJO, ESTA CONDICION FUE PERDIENDO IMPORTANCIA, NO SE CONSIDERO YA UN FACTOR DECISIVO FRENTE A LA RIQUEZA DEL MATERIAL PRODUCIDO EN LAS ENTREVISTAS.

NO CABE DUDA QUE UNO DE LOS FACTORES QUE LIMITAN CUALQUIER TRABAJO DE TESIS ES EL TIEMPO. SOLO SE REALIZO UNA ENTREVISTA CON CADA UNO DE LOS SUJETOS; SIN EMBARGO, EN ESA UNICA ENTREVISTA, SE EVIDENCIO QUE ESTOS PACIENTES PRECISAN SER ESCUCHADOS, PERO ESCUCHADOS DESDE UN CIERTO LUGAR.

LA TRASCENDENCIA A QUE PODRIA ASPIRAR LA INVESTIGACION REALIZADA,

ESTARIA SUSTENTADA POR LA POSIBILIDAD DE GENERAR UNA PROFUNDA REFLEXION, UN CUESTIONAMIENTO ACERCA DE LA ESENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS INTENTADOS HASTA EL MOMENTO PARA ABORDAR LA PROBLEMATICA EN LA QUE HA ESTADO INMERSA LA DISFONIA ESPASTICA DURANTE MAS DE UN SIGLO.

¿CUAL HA SIDO EL OBJETO DE ESTUDIO, DE LAS DIVERSAS DISCIPLINAS QUE HAN EMPRENDIDO LA TAREA DE APORTAR ALGUNA SOLUCION? ¿UNA ESTRUCTURA LARINGEA?, ¿UN ORGANO QUE PRODUCE SONIDO?, ¿UNA VOZ TRASTORNADA?, ¿UN SISTEMA NERVIOSO ALTERADO?, ¿UN CUERPO?, ¿UNA FUNCION?, ¿UN CATALOGO DE SINTOMAS? LAS INQUIETUDES QUE PROVOQUEN ESTAS PREGUNTAS SEÑALARA EL ALCANCE DE ESTE ESTUDIO.

LA NATURALEZA DE LAS SUGERENCIAS QUE PODRIAN EMANAR DE ESTA INVESTIGACION, TENDRIAN EL CARACTER DE PROPUESTA. CONCRETAMENTE, SE PROPONE EL TRATAMIENTO PSICOANALITICO COMO UNA ALTERNATIVA DE ABORDAJE DE LA DISFONIA ESPASTICA.

PARTIENDO DE LO EXPUESTO ACERCA DEL SINTOMA DENTRO DEL CONTEXTO PSICOANALITICO, SE LLEGA A LA SIGUIENTE PREGUNTA: ¿EN DONDE HABRIA QUE BUSCAR PARA DESENTRAÑAR EL ACERTIJO CIFRADO EN EL SINTOMA DE LA DISFONIA ESPASTICA?

LA EXPERIENCIA PSICOANALITICA ES ESA RELACION INTERSUBJETIVA EN

QUE EL DESEO DEL HOMBRE SE HACE RECONOCER. SU ESPACIO ES ESE ESPACIO DEL MUNDO SIGNIFICANTE QUE HACE POSIBLE LA CONSTITUCION DE UN SUJETO, QUE PERMITE DES - CIFRAR LOS ENIGMAS DE LA VERDAD INSCRITA EN EL SINTOMA.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1988). MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (PIERRE PICHOT, TRAD.). 71-79, 281-304. BARCELONA: MASSON. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1987).

AMINOFF, M. J., DEDO, H. H. E IZDEBSKI, K. (1978). CLINICAL ASPECTS OF SPASMODIC DYSPHONIA. JOURNAL OF NEUROLOGY, NEUROSURGERY AND PSYCHIATRY, 41, 361-365.

ARONSON, A. E. (1980). CLINICAL VOICE DISORDERS (2A. ED.), NEW YORK: THIEME.

ARONSON, A. E. (1973). PSYCHOGENIC VOICE DISORDERS: AN INTERDISCIPLINARY APPROACH TO DETECTION, DIAGNOSIS AND THERAPY. AUDIO SEMINARS IN SPEECH PATHOLOGY. NEW YORK: W. B. SAUNDERS.

ARONSON, A. E., BROWN, J. R., LITIN, E. M. Y PEARSON, J. S. (1968). SPASTIC DYSPHONIA: I. VOICE, NEUROLOGIC AND PSYCHIATRIC ASPECTS. JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS. 33 (3), 203-218.

ARONSON, A. E., BROWN, J. R., LITIN, E. M. Y PEARSON, J. S. (1968). SPASTIC DYSPHONIA: II. COMPARISON WITH ESSENTIAL (VOICE) TREMOR AND PSYCHOGENIC DYSPHONIAS. JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS. 33 (3), 219-231.

ARONSON, A. E., PETERSON, H. W. Y LITIN, E. M. (1966). PSYCHIATRIC SYMPTOMATOLOGY IN FUNCTIONAL DYSPHONIA AND APHONIA. JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS.

ARONSON, A. E. Y HARTMAN, D. E. (1981). ADDUCTOR SPASTIC DYSPHONIA AS A SIGN OF ESSENTIAL (VOICE) TREMOR. JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS, 46, 52-58.

BARTON, R. T. (1960). THE WHISPERING SYNDROME OF HYSTERIC DYSPHONIA. ANNALS OF OTOTOLOGY, RHINOLOGY AND LARYNGOLOGY, 69, 156-164.

BARTON, R. T. (1979). TREATMENT OF SPASTIC DYSPHONIA BY RECURRENT LARYNGEAL NERVE SECTION. LARYNGOSCOPE, 89, 244.

BILLER, H. F., SOM, M. L. Y LAWSON, W. (1979).-LARYNGEAL NERVE CRUSH FOR SPASTIC DYSPHONIA. ANNALS OF OTOTOLOGY, RHINOLOGY AND LARYNGOLOGY, 88, 531.

BLOCH, P. (1965). NEURO-PSYCHIATRIC ASPECTS OF SPASTIC DYSPHONIA. FOLIA PHONIATRICA, 17, 301.

BRIDGER, M. W. Y EPSTEIN, R. (1983). FUNCTIONAL VOICE DISORDERS: A REVIEW OF 109 PATIENTS. JOURNAL OF LARYNGOLOGY AND OTOTOLOGY, 97, 1145-1148.

BRODNITZ, F. S. (1969). FUNCTIONAL APHONIA. ANNALS OF OTOLARYNGOLOGY, 78, 1244-1253.

BRODNITZ, F. S. (1976). SPASTIC DYSPHONIA. ANNALS OF OTOTOLOGY, RHINOLOGY AND LARYNGOLOGY, 85, 210-214.

BUSTOS SANCHEZ, INES. (1980). REEDUCACION DE PROBLEMAS DE LA VOZ, MADRID: CEPE, S. A.

BUTCHER, P., ELIAS, A. Y RAVEN, RUTH. (1987). PSYCHOGENIC VOICE DISORDER UNRESPONSIVE TO SPEECH THERAPY: PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND COGNITIVE-BEHAVIOUR THERAPY. BRITISH JOURNAL OF DISORDERS OF COMMUNICATION, 22 (1), 81-92.

CRITCHLEY, M. (1939). SPASTIC DYSPHONIA (INSPIRATORY SPEECH). BRAIN, 62, 96-103.

CROATO, L. (1954). X CONGRESO DE LA SOCIEDAD LATINA, 1, 133. LISBOA.

DEDO, H. H. (1976). RECURRENT LARYNGEAL NERVE SECTION FOR SPASTIC DYSPHONIA. ANNALS OF OTOTOLOGY, RHINOLOGY AND LARYNGOLOGY, 85, 451-459.

DEDO, H. H., TOWNSEND, A. E IZDEBSKI, K. (1978). CURRENT EVIDENCE FOR THE ORGANIC ETIOLOGY OF SPASTIC DYSPHONIA. JOURNAL OF OTOLARYNGOLOGY, 86, 875.

DEDO, H. H. Y SHIPP, T. (1980). SPASTIC DYSPHONIA: A SURGICAL AND VOICE THERAPY TREATMENT-PROGRAM. HOUSTON: COLLEGE-HILL PRESS.

EY, H. (1978). TRATADO DE PSIQUIATRIA (8A. ED.). 92-93, 110-111, 205-211, 396-405. BARCELONA: TORAY-MASSON.

FOX, D. F. (1969). SPASTIC DYSPHONIA: A CASE PRESENTATION. JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS, 34 (3), 275-279.

FREIDL, W., EGGER, J. Y FRIEDRICH G. (1989). PERSONLICHKEIT UND STREBVERARBEITUNG BEI FUNKTIONELLEN DYSPHONIKERN. PSYCHOTHERAPIE, MEDIZIN UND PSYCHOLOGIE, 39, 300-305.

FREUD, S. (1973). ANALISIS FRAGMENTARIO DE UNA HISTERIA. EN OBRAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD (L. LOPEZ-BALLESTEROS, TRAD.). 933-996. MADRID: BIBLIOTECA NUEVA. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1905)

FREUD, S. (1973). INHIBICION, SINTOMA Y ANGUSTIA. EN OBRAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD (L. LOPEZ-BALLESTEROS, TRAD.). 2833-2883. MADRID: BIBLIOTECA NUEVA. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1925).

FREUD, S. (1987). LA AFASIA (RAMON ALCALDE, TRAD.) BUENOS AIRES: NUEVA VISION. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1891).

FREUD, S. (1987). LOS ORIGENES DEL PSICOANALISIS. EN OBRAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD (L. LOPEZ-BALLESTEROS, TRAD.). 3551-3575). MADRID: BIBLIOTECA NUEVA. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1950).

FREUD, S. (1973). NUEVAS LECCIONES INTRODUCTORIAS AL PSICOANALISIS: DISECCION DE LA PERSONALIDAD PSIQUICA. EN OBRAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD. (L. LOPEZ-BALLESTEROS, TRAD.). 3132-3146. MADRID: BIBLIOTECA NUEVA. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1933).

FREUD, S. (1973). NUEVAS LECCIONES INTRODUCTORIAS AL PSICOANALISIS: LA ANGUSTIA Y LA VIDA INSTINTIVA. EN OBRAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD (L. LOPEZ-BALLESTEROS, TRAD.). 3146-3163. MADRID: BIBLIOTECA NUEVA. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1933).

FURSTENBURG, A. C. (1958). EVIDENCE OF LARYNGEAL PARTICIPATION IN EMOTIONAL EXPRESSION: ITS RELATION TO HYSTERICAL APHONIA. ANNALS OF OTOLARYNGOLOGY, RHINOLOGY AND LARYNGOLOGY, 67, 516.

GUZE, S. B. Y BROWN, O. L. (1962). PSYCHIATRIC DISEASE AND FUNCTIONAL DYSPHONIA AND APHONIA. ARCHIVES OF OTOLARYNGOLOGY, 76, 84-87.

HARTMAN, D. E. Y ARONSON, ARNOLD, E. (1981). CLINICAL INVESTIGATIONS OF INTERMITTENT BREATHY DYSPHONIA. JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS, 46, 428-432.

HAVER, L. (1959). SPASTIC DYSPHONIA. LOGOS, 2-15.

HOUSE, A. Y ANDREWS, H. B. (1987). THE PSYCHIATRIC AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPHONIA. JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH, 31, No. 4, 483-490.

INGALS, E. F. (1890). HYSTERICAL APHONIA. JOURNAL OF AMERICAN MEDICINE ASSOCIATION, 15, 92-95.

IZDEBSKI, K. (1984). OVERPRESSURE AND BREATHINESS IN SPASTIC DISPHONIA: AN ACOUSTIC LTAS (LONG-TIME-AVERAGE-SPECTRUM) AND PERCEPTUAL STUDY. ACTA OTO-LARYNGOLOGICA, 97, NOS. 3-4, 373-378.

JACKSON, C. (1940). MYASTHENIA LARYNGIS: OBSERVATIONS ON THE LARYNX AS AN AIR COLUMN INSTRUMENT. ARCHIVES OF OTOLARYNGOLOGY, 32, 434-463.

JANET, P. (1920). THE TROUBLES OF SPEECH. EN THE MAJOR SYMPTOMS OF HYSTERIA. NEW YORK: MACMILLAN.

- KAUFMAN, J. A. Y BLALOCK, P. D. (1982). CLASSIFICATION AND APPROACH TO PATIENTS WITH FUNCTIONAL VOICE DISORDERS. ANNALS OF OTOLARYNGOLOGY, RHINOLOGY AND LARYNGOLOGY, 91, 372-377.
- KERLINGER, F. N. (1991). INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO. MEXICO: MC GRAW-HILL.
- KIERKEGAARD, S. (1990). EL CONCEPTO DE LA ANGUSTIA. MEXICO: ESPASA CALPE. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1844).
- KOLB, L. C. (1978). PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA (5A. ED.). 86, 135-141, 179, 487-553. MEXICO: PRENSA MEDICA MEXICANA.
- LACAN, J. (1984). ACERCA DE LA CAUSALIDAD PSIQUICA. EN ESCRITOS 1. (TOMAS SEGOVIA, TRAD.). 142-183. MEXICO: SIGLO XXI. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1966).
- LACAN, J. (1984). DEL SUJETO POR FIN CUESTIONADO. EN ESCRITOS 1. (TOMAS SEGOVIA, TRAD.). 219-226. MEXICO: SIGLO XXI. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1966).
- LACAN, J. (1981). EL SABER Y LA VERDAD. EN SEMINARIO AUN, NO. 20. 109-125. BARCELONA: PAIDOS. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1973).
- LACAN, J. (1981). SEMINARIO 1, LOS ESCRITOS TECNICOS DE FREUD 1953-1954. 343-395. BARCELONA: PAIDOS. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1975).

- LACAN, J. (1984). FUNCION Y CAMPO DE LA PALABRA Y DEL LENGUAJE EN PSICOANALISIS. EN ESCRITOS 1. (TOMAS SEGOVIA, TRAD.). 227-310. MEXICO: SIGLO XXI. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1966).
- LACAN, J. (1984). LA AGRESIVIDAD EN PSICOANALISIS. EN ESCRITOS 1. (TOMAS SEGOVIA, TRAD.). 94-116. MEXICO: SIGLO XXI. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1966).
- LACAN, J. (1980). SEMINARIO X, LA ANGSTIA. (IRENE M. AGOFF, TRAD.). MEXICO: IMAGO. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1978).
- LAL, K. K. (1988). RELAXATION THERAPY IN A CASE OF SPASTIC DYSPHONIA. INDIAN JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY, 15, No. 2, 67-68.
- MARSDEN, C. D. (1986). HYSTERIA: A NEUROLOGISTS' VIEW. PSYCHOLOGICAL MEDICINE, 16, 277-288.
- MERSON, R. M. Y GRINSBERG, A. P. (1979). SPASMODIC DYSPHONIA: ABDUCTOR TYPE. A CLINICAL REPORT OF ACOUSTIC, AERODYNAMIC AND PERCEPTUAL CHARACTERISTICS. LARYNGOSCOPE, 89, 129-139.
- MILUTINOVIC, Z. Y KOSANOVIC, R. (1990). CONTRIBUTION TO THE UNDERSTANDING OF THE ETIOLOGY OF SPASTIC DYSPHONIA. FOLIA PHONIATRICA, 42, No. 2, 98-100.

MORRISON, M. D., NICHOL, H. Y RAMMAGE, L. A. (1986). DIAGNOSTIC CRITERIA IN FUNCTIONAL DYSPHONIA. LARYNGOSCOPE, 94, 1-8.

NASIO, J. D. (1987). LA VOZ Y LA INTERPRETACION. (IRENE AGOFF, TRAD.) EN LA VOZ Y LA INTERPRETACION. 101-111. BUENOS AIRES: NUEVA VISION. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1979).

NIETZSCHE, F. (1990). SOBRE VERDAD Y MENTIRA EN SENTIDO EXTRAMORAL. (LUIS ML. VALDES Y TRAD.) MADRID: TECNOS. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1903).

PANCHERI, P. (1979). MANUAL DE PSIQUIATRIA CLINICA. 30-36, 210-211, 288-302. MEXICO: TRILLAS.

PERELLO, J. (1962). DYSPHONIE FONCTIONELLE: PHONOPONOSE ET PHONONEVROSE. FOLIA PHONIATRICA, 14, 150-205.

PERELLO, J. (1973). ALTERACIONES DE LA VOZ. COLECCION AUDIOFONIATRIA Y LOGOPEDIA, 9. BARCELONA: EDITORIAL CIENTIFICO-MEDICA.

PERELLO, J. (1979). PERTURBACIONES DEL LENGUAJE. COLECCION AUDIOFONIATRIA Y LOGOPEDIA, 7. BARCELONA: EDITORIAL CIENTIFICO-MEDICA.

- PERKINS, W. (1957). THE CHALLENGE OF FUNCTIONAL DISORDERS OF VOICE. HANDBOOK OF SPEECH PATHOLOGY, 239-252. NEW YORK: APPLETON-CENTURY-DROFTS.
- PICK, S. Y LOPEZ, A. L. (1992). COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES. MEXICO: TRILLAS.
- PRATER, R. J. Y SWIFT, R. W. (1986). MANUAL DE TERAPEUTICA DE LA VOZ. BARCELONA: SALVAT.
- ROBE, E., BRUMLIK, J. Y MOORE, P. (1960). A STUDY OF SPASTIC DYSPHONIA. NEUROLOGIC AND ELECTROENCEPHALOGRAPHIC ABNORMALITIES. LARYNGOSCOPE, 70, 219-245.
- SAFOUAN, M. (1988). ANGUSTIA, SINTOMA, INHIBICION. (SEMINARIO). BUENOS AIRES: NUEVA VISION.
- SEGRE, R. (1955). TRATADO DE FONIATRIA. BUENOS AIRES: PAIDOS.
- SHIPP, T., IZDEBSKI, K., REED, CH. Y MORRISEY, PH. (1985). INTRINSIC LARYNGEAL MUSCLE ACTIVITY IN A SPASTIC DYSPHONIA PATIENT. JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS, 50, 54-59.
- SHIPP, T., MUELLER, P. Y ZWITMAN, D. (1980). INTERMITTENT ABDUCTORY DYSPHONIA. JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS, 45, 283.

SILVERMAN, F. H. Y HUMMER, K. (1989). SPASTIC DYSPHONIA: A FLUENCY DISORDER? JOURNAL OF FLUENCY DISORDERS, 14, NO 4, 285-291.

SIMPSON, I. C. (1971). THE ORGANIZATION AND WORKING OF A DYSPHONIA CLINIC. BRITISH JOURNAL OF DISORDERS OF COMMUNICATION, 6, 70-85.

SMITH, R. G. Y ANDREWS, L. (1983). SPASTIC DYSPHONIA: A PERCEPTUAL TEST OF RECURRENT LARYNGEAL NERVE SECTION. JOURNAL OF COMMUNICATION DISORDERS, 16, NO. 1, 19-30.

SOKOLOWSKY, R. R. Y JUNKERMANN, E. B. (1944). WAR APHONIA. JOURNAL OF SPEECH DISORDERS, 9, 193-208.

TRAUBE, L. (1871). SPASTISCHE FORM DER NERVOSEN HEISERKEIT. PATHOLOGY AND PHYSIOLOGY, 2, 677.

VASSE, D. (1977). EL OMBLIGO Y LA VOZ. (VICTOR FISCHMAN, TRAD.). BUENOS AIRES: AMORRORTU. (ORIGINAL PUBLICADO EN 1974).

WEISS, D. A. (1971). INTRODUCTION TO FUNCTIONAL VOICE THERAPY. BASILEA: KARGER.

WOLFE, V. I. Y BACON, M. (1976). SPECTROGRAPHIC COMPARISON OF TWO TYPES OF SPASTIC DYSPHONIA. JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS, 41, 325-332.

ZWITMAN, D. F. (1979). BILATERAL CORD DYSFUNCTIONS: ABDUCTOR TYPE SPASTIC DYSPHONIA. JOURNAL OF SPEECH AND HEARING DISORDERS, 44, 373-378.

ANEXOS

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	0	1	2	3
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
35. Me siento melancólico	0	1	2	3
36. Me siento satisfecho	0	1	2	3
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	0	1	2	3

FICHA DE IDENTIFICACION

1. NOMBRE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

2. EDAD AÑOS

3. SEXO

4. ESTADO CIVIL:

SOLTERO

CASADO

DIVORCIADO

VIUDO

UNION LIBRE

5. ESTUDIOS:

PRIMARIA

SECUNDARIA

PREPARATORIA

TECNICO

PROFESIONAL

6. LUGAR DE TRABAJO

7. ES LA PRIMERA VEZ QUE PRESENTA ESTA ENFERMEDAD?

SI

NO

8. CUANTAS VECES LA HA PRESENTADO?

9. DESDE CUANDO PADECE ESTA ENFERMEDAD?.....

.....

10. ANTES DE ENFERMAR, VIVIO ALGUNA SITUACION CONFLICTIVA
IMPORTANTE PARA USTED? DESCRIBA BREVEMENTE

.....

.....