

11258
3

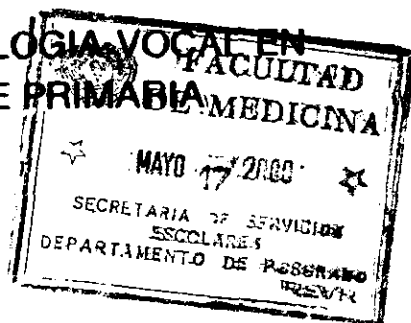


SECRETARIA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACION HUMANA

"DR. ANDRES BUSTAMANTE GURRIA"

DETECCION DE PATOLOGIA VOCAL EN FACULTAD DE MEDICINA PROFESORES DE PRIMARIA



TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
COMUNICACION HUMANA
AUDIOLOGIA Y FONIATRIA
P R E S E N T A :
DRA. MARIA ALBA/FERNANDEZ TORRES

286520

MEXICO, D. F.

INSTITUTO NACIONAL DE LA
COMUNICACION HUMANA
"DR. ANDRES BUSTAMANTE GURRIA"
SECRETARIA DE ENSEÑANZA

2000



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 esta 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.

INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

"Dr. Andrés Bustamante Guría"

**DETECCION DE PATOLOGIA FONIATRICA EN
PROFESORES DE PRIMARIA**



Vo.Bo.

Dra. Xochiquetzal Hernández López
Directora del Centro Latinoamericano para los
cuidados de la Voz y el Habla.
Asesor de Tesis



Vo.Bo

Dr. Eduardo Montes de Oca Fernández
Subdirector de Enseñanza e Investigación

México D.F. diciembre 1997

Para tí Abuelita:

Gracias por haberme dejado formar parte de tu vida,

por hacerme sentir tu amor y tu ternura,

gracias por tus consejos, por tu fé,

y a pesar de que no estás aquí,

siempre vas conmigo.

Te amo.

INDICE.

	pag.
Introducción	2
Antecedentes Historicos	6
Disfonía	11
Disfonías funcionales.	11
Disfonías orgánicas	15
Objetivo general	25
Ojetivos específicos	25
Metolodolgia	25
Resultados	27
Análisis de Resultados	40
Conclusiones	46
Comentario	47
Anexo "A"	48
Bibliografía	51.

INTRODUCCIÓN

La capacidad para hablar y comunicarse es la característica que distingue a los humanos de la mayor parte de otros animales ((1)

La voz es un instrumento formado por una fuente de energía (los pulmones), un oscilador (los ligamentos vocales, y un resonador (la laringe, la faringe, y la boca).((*)) y la alteración en cualquiera de estos órganos va a provocar cambios en la voz.

La producción de la voz incluye, la totalidad del cuerpo, desde los primeros dedos del pie que ayudan a mantener la postura, hasta la cabeza. En las cuerdas vocales inicia la vibración de la columna de aire, pero todo el aparato vocal es el encargado de la resonancia, y las otras cualidades de la voz humana.

Los seres humanos somos criaturas musicales, ruidosas, parloteantes, gritonas, todos estamos de acuerdo que el lenguaje es un medio de expresión fundamental en cualquier ocasión; y en cualquier cultura, en virtud de él transmitimos nuestra forma de pensar, las emociones estéticas del pueblo que lo habla, pero nos olvidamos muchas veces de "la forma en que se habla". (2)

En realidad la voz, es un elemento importante de la comunicación, que vincula

mayor información, es tarjeta de presentación de la persona y refleja el yo más íntimo, individual e irrepetible, cuando se ve influenciado por situaciones físicas o psíquicas algunas veces tan inconscientes, que son las que aportan niveles de comunicación más profundos. (3)

Exceder el uso de la voz normal requiere experiencia y entrenamiento especial, si es que se desea evitar las consecuencias del abuso vocal. El orador o cantante promedio no tienen entrenamiento clásico de un cantante de ópera y es muy fácil que se presente abuso cuando se utiliza de manera excesiva grupos musculares incorrectos. El abandonar los malos hábitos por medio de foniatría y rehabilitación para canto no sólo son útiles sino necesarios para cualquier profesional de la voz (4)

Por lo común, el usuario de la voz profesional ha dedicado grandes cantidades de tiempo y dinero a dominar su arte, y su modo de vida se ve afectado cuando sufre un trastorno de voz.(5)

Según el artículo 2o del decreto de 10 de enero de 1947 son enfermedades profesionales aquellas que se producen inmediatamente después de un trabajo, tiene una evolución lenta y progresiva, provocando una incapacidad de ejercer normalmente su profesión.

El 13 de abril de 1951 se señalaba treinta y tres enfermedades profesionales.

En el decreto del 30 de mayo de 1961 se define como enfermedad profesional como aquella producida por elementos o sustancias industriales.

Enfermedad profesional es, pues, la que se contrae como consecuencia del ejercicio profesional. (6)

No sólo los actores y cantantes se pueden considerar como profesionales de la voz; se puede también considerar profesionales de la voz, a los abogados, MAESTROS, médicos, agentes de ventas, clérigos, políticos, recepcionistas telefónicos y cualquier persona cuya capacidad para obtener un ingreso se vea afectada por una disfunción vocal.(7)

Schubert y Lungfield (1955-56) hablan de las laringitis profesionales de los maestros y guardadores de jardines de infancia. Rojas (1930) hablan de laringitis de los maestros de escuela y se cree que todos los casos se trata de laringitis por procesos inflamatorios de vías respiratorias superiores.(6)

La disfonía es un trastorno momentáneo o duradero de la función vocal considerado como tal por la propia persona o por su entorno. (3)

En los últimos 10 años los avances científicos y tecnológicos han dado lugar a notoria mejoría en la atención médica de los trastornos vocales.

Hasta fechas recientes, muchos médicos consideraban la disfonía como

manifestación de cáncer o una enfermedad menor. En la actualidad se realizan mayores esfuerzos para efectuar la anamnesis del enfermo, un examen físico más extenso gracias a nuevo equipo y una mejor comprensión del funcionamiento laríngeo, que permite descubrir muchos problemas sintomáticos sutiles de cabeza y cuello que producen disfonía. (8)

El realizar este estudio lo motivo el hecho de encontrar importantes alteraciones en la cualidades de la voz a profesores de escuelas primarias, dentro de la consulta diaria del servicio de foniatría del Instituto Nacional de la Comunicación Humana; los cuales presentaban alteraciones de tipo funcional, que con terapia y la reeducación se podía corregir, sin embargo, las patologías que representaban ya una alteración orgánica, los incapacita por mucho tiempo, repercutiendo esto en la economía propia, y del país, en cuanto que son formadores de personas del futuro, y los alumnos pierden un tiempo valiosísimo mientras sus profesores presentan estas alteraciones que no les permiten seguir con su labor.

Es importe saber y hacer conocer de problemas de voz a los que se podrían enfrentar para detectarlos a tiempo, poder recibir atención, y conocer los factores irritativos que podrían precipitar estas alteraciones antes de que provoque una incapacidad para ellos.

La impresión de esta tesis se realizó con los auspicios del Programa Paisano.

Antecedentes Históricos.

Las observaciones y estudios sobre la voz son tan antiguos como la humanidad.

Aristóteles (384-322 a.C.) refiere que la voz se produce dentro de la traquea, por el impacto del aire sobre ella, y esta inspirada en el alma, la cual está en el corazón y los pulmones.

Cicerón (105-43 a.C.) "este es el carácter maravilloso de la voz".

Ella tiene tres tonos, el agudo, el grave, y el medio, que forman toda la dulzura y variedad del canto" y aconsejaba, "el orador estudiará pues las diversas inflexiones de la voz y deberá recorrer todos los grados, todos los tonos altos y bajos".

Dodart (1700) estudia las causas de la voz en el hombre y sus diversos tonos, escribe "el sonido es causado por la vibración de los labios y de la glotis, todos los tonos vienen de la lengüeta del hombre, es decir, la glotis. El viento produce la vibración en estas".

J.N; Czermak (1828-1873) utilizó espejillo con luz artificial y describe patología laríngea, describiendo por primera vez el pólipo del repliegue vocal y laringitis crónica. (9).

Todo esto resulta de la premisa fundamental para poder interpretar la patología

foniátrica e incluso manejarse con un criterio científico y no mecanicista en el campo de la rehabilitación vocal y además para poder interpretar correctamente la semiología foniátrica, conocer y manejar el sistema fonatorio tanto en su estructura anatómica como fisiológica.

Un correcto proceso fonatorio da como resultado la emisión de una voz normal, es decir eufónica. Distintos agentes etiológicos son capaces de alterar la normalidad del acto fónico y provocar la producción de una voz anormal o disfónica pudiendo a veces algunos de estos factores etiológicos interrumpir totalmente la acción fónica: afonía, siendo esto último lo menos común.

Es decir que el síntoma que comúnmente motiva un disturbio del sistema fonatorio es la disfonía, muchas veces se utiliza incorrectamente la terminología.(10)

Los componentes anatómicos de los diversos sistemas empleados en la producción de la voz están relacionados entre si. A pesar de que el fin biológico de muchos de estos sistemas están relacionados con el sostenimiento de la vida, éstos también han sido adaptados para funcionar en el mecanismo de producción de voz.
(11)

La laringe es en principio un órgano destinado a cerrar la tráquea: por ejemplo, un esfuerzo violento y desacostumbrado, el sujeto, primero inspira y luego bloque su respiración cerrando la glotis, lo que facilita un mejor apoyo de la musculatura torácica. Durante la deglución la glotis también se cierra para oponerse al paso de los alimentos hacia la tráquea, simultáneamente, con la epliglotis.

En el curso de la evolución animal, la laringe ha adquirido sólo una función vocal secundaria (3)

La anatomía de las vías cavales no se limita a la laringe, las cuerdas vocales sirven como oscilador de la vía vocal y produce un zumbido semejante al generado con una boquilla para trompeta.

Para producirse sonido es fundamental un delicado equilibrio entre la actividad de los músculos intrínsecos y extrínsecos de la laringe.

No obstante, también es muy importante la fuente de energía y los sistemas de resonancia. Aquella consiste en aire expelido de los pulmones por la acción de la musculatura del abdomen y la espalda. Si la fuente de energía no funciona bien, los pacientes compensan la resultante debilidad por hiperfunción de los músculos cervicales y linguales que no están diseñados para este fin. Esto suele redundar en alteración vocal como nódulos.

Una vez que las cuerdas vocales crean un sonido al modificar el flujo de aire que pasa entre ellas, la calidad de la fuente se modifica por las características de resonancia del aparato vocal en su porción supraglótica.

Fringe, cavidad bucal, lengua, paladar, nariz y senos paranasales son los encargados de producir la composición armónica (timbre) del sonido que emana de la boca. En consecuencia, cualquier paciente con disfunción vocal debe tomarse en cuenta mucho más que la laringe. (7,8)

Intervienen una multitud de fenómenos que interaccionan a nivel laríngeo para proporcionar a la voz humana una variabilidad notabilísima, que le permite adaptarse con precisión a las múltiples circunstancias en las que tiene que manifestarse, sin embargo, todas las variaciones de la voz se relacionan con modificaciones de tres cualidades acústicas del sonido:

a) **Intensidad:** es la amplitud de la variación de presión correspondiente a dicho sonido. El sonido es el resultado de la transmisión de una variación cíclica de presión, siempre que su período se sitúe dentro del espectro audible. La intensidad varía en principio con la presión infraglótica lo que se confirma con un óptimo rendimiento.

b) **Altura:** expresa la frecuencia de la variación de presión que corresponde a tal sonido.

La frecuencia fundamental del sonido depende directamente de la periodicidad del movimiento de los labios glóticos. La altura tonal que utiliza una persona depende del tamaño de su laringe, cuando más gruesos sean los pliegues vocales, más grave puede ser en principio la voz.

El conjunto de frecuencias que utiliza una persona se denomina extensión de la voz

c) **Timbre:** es una característica muy importante del sonido vocal. Pero timbre es como puede identificarse a una persona cuando se oye su voz. Por otra parte, desde un punto de vista estético, la calidad de una voz se basa sobre todo en las cualidades de su timbre. Este depende, por una parte, de las formas de aproximación de los pliegues vocales, y por otra, de las características anatómicas de las cavidades de resonancia, así como su disposición. (15)

Todos los pacientes con alteraciones voz utilizan el término "ronquera" para describir diferentes situaciones que el médico debe diferenciar. Toda patología laringea causa alteraciones de la voz.

La disfonía es un trastorno momentáneo o duradero de la función vocal considerado como tal por la propia persona o por su entorno.

Pero por lo común, se traduce por alteraciones de uno o varios parámetros de la voz, que son por orden de frecuencia, el timbre, la intensidad y la altura tonal. (3)

Ronquera es la alteración del timbre.

DISFONIA.

Las *Disfonias Funcionales* no presentan alteración visible en el examen laringoscópico. Para Tarneaud, es una incorrecta utilización del órgano fonador, indicando que la laringopatía funcional tiene como características el no presentar ningún estado inflamatorio de las vías aéreas; y cuando las condiciones de la fonación prueban uso defectuoso de los medios vocales con los signos fónicos, subjetivos y objetivos que expliquen y corroboren lo anterior.

Las disfonias pueden clasificarse clínicamente en dos grupos: Por exceso (hiperfunción, hipertonia) y por defecto (hipofunción, hipotonía).

La *Hiperquinesia*, incluye las disfunciones fonatorias producidas por no coordinar los músculos tensores y aductores de las cuerdas vocales que estrechan la glótis, dificultan la oscilación, de las cuerdas, prolongan su contacto y cierre glótico, seguido de movimientos irregulares de la musculatura laríngea, palatal y cervical. La respiración es a base de movimientos cortos y bruscos, existiendo rigidez abdominal.

A la estroboscopia se aprecia la glótis de aspecto lineal y el contacto de las cuerdas es rápido, enérgico y en ocasiones incompleto observándose vibraciones asimétricas.

La *Hipoquinesia* se encuadra las disfunciones relacionadas con hipotonía de los músculos laríngeos, por reducción aductora o hipotensión de las cuerdas, no

permitiéndoles un buen contacto y, por lo tanto, un buen cierre glótico habiendo escape de aire a la fonación.

A la estroboscopia, la glótis se torna elíptica, observándose mal contacto de las cuerdas, con oscilaciones asimétricas e incompletas con componentes verticales o vermiculares que, por otra parte, son variables de un momento a otro.

Es característico de las disfonías funcionales el hecho de que la glótis cierre perfectamente en la risa y durante la tos. (20)

La valoración de la disfonía requiere interrogar sobre problemas sistémicos que alteran el funcionamiento vocal. Entre estos se encuentra mal estado de salud, y estado físico general, obesidad, enfermedades dentales, disfunción de la articulación temporomandibular, alergias, enfermedades respiratorias, exposición a irritantes, reflujo gastroesofágico, laringitis, disfunción endocrinas, alteraciones psicológicas, drogas, cirugía previa, enfermedades neurológicas, infecciosas y otros problemas. (7)

La fatiga vocal es la incapacidad para continuar hablando o cantando por periodos prolongados sin cambios en la calidad de la voz. La fatiga vocal puede manifestarse por disfonía. Cambio de timbre, interrupción de diferentes registros u otras aberraciones incontrolables. (7)

Los efectos del entrenamiento vocal y actuación pueden presentar fatiga vocal, la

información sugiere que el uso de tonos de los extremos del rango vocal , pueden causar cambios en las cualidades de la voz.

Estos cambios en las cualidades de la voz pueden ser atribuidos a fatiga vocal (12) Con frecuencia la fatiga vocal se debe al uso incorrecto de los músculos abdominales y cervicales.

La alteración en el volumen puede manifestarse como una incapacidad para hablar o cantar fuerte o suavemente. La mayor parte de los problemas de volumen pueden alterarlos los cambios de hormonales, el envejecimiento y los trastornos neurológicos. (7)

El abuso vocal se define como una higiene vocal pobre e incluye cualquier hábito que pueda ejercer un efecto traumatizante en los pliegues vocales, como gritar, chillar, aclamar, todas estas son vocalizaciones producidas por una hiperaducción y una vibración violenta de los pliegues vocales, causando diferentes grados de irritación laríngea, que se extienden desde la ingurgitación yugular hasta el hematoma, cambios patológicos en las cuerdas vocales son consecuencia generalmente de un uso seguido de estas conductas abusivas, acompañadas de hiperfunción laríngea.

Vocalizaciones forzadas pueden ser emitidas tanto por niños como en personas adultas, por ejemplo, el tratar de hablar cuando se están cargando cosas pesadas.

Hablar excesivamente. Las personas que deben usar su voz profesionalmente o que hablan de forma incansante son los que posiblemente desarrollen patologías laringes, como los predicadores, PROFESORES, cantantes son candidatos, a causa de la cantidad de uso vocal profesional, exigiendo a su mecanismo de voz día con día. (11,17)

El excesivo aclaramiento de garganta y demasiados sonidos no locutivos que pueden dañar la laringe, ya que hacen vibrar excesivamente los pliegues vocales pudiendo ocasionar traumatismo en ellos.

La presencia de cosquilleo o sofocación sugiere un problema del borde vibratorio. En particular laringitis, o abuso vocal.

Otras actividades no locutivas pueden dañar el mecanismo vocal es la inhalación de polvo, humo de cigarrillo, gases nocivos, y abuso crónico de alcohol. (11)

Mal uso vocal se define como un uso incorrecto del tono y de la intensidad en la producción de la voz. Si una persona usa mal su voz, hablando demasiado fuerte o con un tono demasiado alto, de forma intermitente o frecuente, esto puede ocasionar un daño en su mecanismo vocal.

El hablar en ambiente ruidoso eleva la intensidad para hacerse escuchar, hablar mientras viaja en coches, ambiente donde existe maquinaria pesada, escuchar música rock.(11)

El dolor al hablar puede indicar lesiones de las cuerdas vocales artritis laríngea, infección o reflujo, pero con mucho es causado por abuso vocal, con excesiva actividad de los músculos del cuello. (7)

La Disfonía Funcional puede curarse perfectamente de manera espontánea, sobre todo si intervienen modificaciones en la vida del paciente, reducción o desaparición de los factores favorecedores.

Sin embargo, es muy frecuente que la disfonía se agrave, hasta hacerse permanente. Lamentablemente, muy a menudo intervienen complicaciones laringeas, que harán inevitable un tratamiento quirúrgico.

Un tratamiento bien dirigido puede evitar la evolución a una alteración vocal grave, que constituya una limitación importante en la vida de la persona (3)

Las Disfonías Orgánicas se definen como alteraciones de la mucosa del repliegue vocal producidas o mantenidas por un comportamiento vocal defectuoso, así encontramos reacciones inflamatorias, edematosas o hipertróficas de la mucosa del repliegue vocal.

Las lesiones pueden constituir un engrosamiento epitelial de la mucosa (nódulo), una transformación importante e intensa (pólipo, pseudoquiste), o un edema crónico más o menos acentuado.

Otras veces se trata de un hematoma, una rotura muscular (fatigazo laríngeo) o una

El dolor al hablar puede indicar lesiones de las cuerdas vocales artritis laríngea, infección o reflujo, pero con mucho es causado por abuso vocal, con excesiva actividad de los músculos del cuello. (7)

La Disfonía Funcional puede curarse perfectamente de manera espontánea, sobre todo si intervienen modificaciones en la vida del paciente, reducción o desaparición de los factores favorecedores.

Sin embargo, es muy frecuente que la disfonía se agrave, hasta hacerse permanente. Lamentablemente, muy a menudo intervienen complicaciones laríngeas, que harán inevitable un tratamiento quirúrgico.

Un tratamiento bien dirigido puede evitar la evolución a una alteración vocal grave, que constituya una limitación importante en la vida de la persona (3)

Las Disfonías Orgánicas se definen como alteraciones de la mucosa del repliegue vocal producidas o mantenidas por un comportamiento vocal defectuoso, así encontramos reacciones inflamatorias, edematosas o hipertróficas de la mucosa del repliegue vocal.

Las lesiones pueden constituir un engrosamiento epitelial de la mucosa (nódulo), una transformación importante e intensa (pólipo, pseudoquiste), o un edema crónico más o menos acentuado.

Otras veces se trata de un hematoma, una rotura muscular (latigazo laríngeo) o una

destrucción localizada de la mucosa (úlceras).

En la mayoría de las laringopatías está relacionado sólo el factor funcional.(3) En pacientes con reflujo gastroesofágico, el síntoma más común es la ronquera, seguida la prolongación del tiempo para calentar la voz, halitosis y regusto amargo en la mañana, sensación de nudo en la garganta, aclaramiento frecuente, tos irritativa crónica. (7, 13)

Cada examinación sólo puede confirmar la presencia de inflamación, lo que sugiere la presencia de reflujo gastroesofágico. (13).

La Úlcera de Aritenoides es una alteración de la mucosa con pérdida de sustancia, que deja al descubierto al cartílago aritenoides, ésta suele localizarse más a menudo en el tercio posterior de la glótis a nivel de la apófisis vocal, pero a veces más arriba en la cara interna del aritenoides.

La úlcera del aritenoides afecta casi exclusivamente al hombre alrededor de los 40 años, en el 30 a 60% de los casos, según los autores la anamnesis descubre la existencia de problemas digestivos, en especial reflujo gastroesofágico. (10,3)

Es importante recordar que la lesión laríngea es secundaria a la mala función vocal y los factores irritativos que se presentan, y desaparece solamente con la corrección foniatría, tratamiento para reflujo, siendo necesario en ocasiones el auxilio de la microcirugía (20)

Las alergias leves incapacitan, con frecuencia, a los usuarios de la voz. Los pacientes que sufren disfonía estacional y fiebre del heno mejoran con tratamiento para alergia nasal. Quienes tienen padecimientos perennes pueden sufrir disfonía. Los pólipos de las cuerdas vocales, edema de Reinke, laringitis crónica inespecífica y granulomas de contacto pueden sin duda tener su origen en la alergia tardía a alimentos y también en hipersensibilidad a productos químicos.

El consumo crónico de nicotina y el abuso vocal relacionado sería causa evidente de poliposis difusa bilateral (18)

Si la causa original es ligera inflamación causada por alergia tardía y disfonía resultante, aparece entonces abuso vocal debido a necesidad de proseguir a la fonación. Conforme continúa este círculo vicioso, la hinchazón se vuelve irreversible.

Uno de los más graves problemas que enfrenta el laringólogo es el de los MAESTROS, vendedores, predicadores oradores o cantantes profesionales que sufren disfonía intermitente y no mejoran con tratamiento conservador. (14)

El nódulo vocal presenta una sinonimia amplia que incluye términos como nódulos del maestro, o del predicador, tracoma de la cuerda es otra alteración presente dentro de abuso y mal uso vocal(17), al hablar o cantar, siendo una patología vocal frecuente, teniendo una presentación de 2 a 3.9%, se presenta predominantemente en mujeres adultas, aparece también en la infancia.

El paciente presenta una disfonía importante, la voz es grave, voz resollante,

pérdida de la escala y fatiga vocal. con pérdida del vibrato, y en ocasiones puede existir diplofonía.

Chiari (1895) y Epstein refieren que son desarrollados consecuencia de un trauma mecánico.

Arnold dice que los nódulos son el resultado del mal uso y excesivo uso vocal.

Sonnien y colaboradores refiere que el microtrauma es la causa por la cual se desarrollan los nódulos vocales; desde el trauma mecánico causado por el rozamiento del pliegue vocal. Otros autores agregan que la causa mecánica directa es movimientos hiperkinéticos durante la fonación.

Los nódulos son engrosamientos benignos del epitelio en la unión del tercio anterior y dos tercios anteriores de los verdaderos pliegues vocales.(11)

Grey dice que los pólipos y nódulos se desarrollan por la separación de la mucosa y no por el trauma, como al abducir el pliegue vocal se forma un triángulo en punto anterior el cual corresponde al sitio donde se forman los nódulos vocales, como el proceso es continuo los bordes de la mucosa se engrosan y eventualmente forma los nódulos.

(16)

Los pacientes que presentan esta patología son generalmene muy, habladores, socialmente agresivos, tensos, y usan con frecuencia una voz muy fuerte; a pesar de que el paciente afectado de nódulos vocales puede usar un tono grave cuando el foniatra lo ve por primera vez, ha tenido posiblemente un tono de voz agudo en

combinación con un ataque glótico duro y un hablar continuo, lo que precipitó la formación de nódulos.

La rehabilitación vocal es preferible a la extirpación quirúrgica como primer método de tratamiento para los nódulos vocales inmaduros y no fibrosos, siendo esto suficiente para reducir el tamaño de los nódulos vocales no fibrosos y eliminarlos.

Los nódulos vocales maduros y fibrosos, por otra parte, no responden a las técnicas habituales de terapia de voz; por lo cual su tratamiento es quirúrgico, teniendo en cuenta que si no se modifican los patrones que causaron dicha patología pueden reincidir. (17,11)

Los Pólipo son, por su parte, las lesiones benignas más frecuentes de las cuerdas, ya que poseen su propio tejido conjuntivo y vascularización. (17, 18)

Hay dos tipos de pólipos, sésiles o de base ancha y pólipos pedunculados, en los cuales mas masa está sujeta al pliegue vocal por un apéndice en forma de pedúnculo.

Es causado por muchos periodos de abuso y/o mal uso vocal, reacciones de : alergias, desequilibrio tiroideo, infecciones de vías respiratorias altas, uso excesivo de alcohol, tabaquismo.

La cirugía es suele ser el método más adecuado para los pólipos pediculados y

sésiles . La terapia de voz suele ser el tratamiento de inicio para los pólipos sésiles o pequeños requiriendo generalmente de 2 a 6 meses de terapia antes de aparecer mejoría. La terapia vocal después de la cirugía está indicada.

En cuanto a la distinción entre pólipos es aceptado que ha de ser fundamentalmente clínica, pues los hallazgos anatomopatológicos no demuestran caracteres diferenciables. Quizás el tamaño en el diámetro mayor, que en las lesiones sésiles será el de su zona de implantación, el que, fundamentalmente separe una lesión de otra, pudiendo colocar el límite en 1-2mm, para los nódulos y en más de 3mm para los pólipos.

Nódulos y pólipos han sido incluidos por la mayoría de las clasificaciones de laringitis crónica bajo forma de laringitis localizada. (17, 18).

El Edema de Reinke ha sido considerado como una forma de laringitis crónica difusa en todas las clasificaciones(17)

El edema crónico de los pliegues vocales se define como una transformación edematosa del corión de la mucosa del repliegue vocal que interesa el espacio de Reinke y deforma la cara superior y el borde libre de dicho repliegue. (3)

Este es relativamente frecuente, el trauma inicial puede ser producido por daño endotelial cigarro y smoke para el edema de Reinke, pero no se sabe a través de qué mecanismo produce el tabaco la formación del edema, ni por qué aparece únicamente en un pequeño porcentaje de grandes fumadores. El edema

crónico se diferencia apenas del pólipo laríngeo. Los elementos del corion están unidos por un exudado fibrinoso en el que se observan vasos neoformados. El epitelio superficial suele ser normal, aunque a veces está atrofiado. Con menos frecuencia se localiza a su nivel una hiperplasia epitelial secundaria a la inflamación o a la irritación local. (13,18)

El edema crónico de los pliegues evoluciona en forma muy progresiva e insidiosa, traduciéndose en una disminución de la eficiencia vocal, a la cual, generalmente, se adaptan bien los pacientes, el timbre es rasposos, sordo, tono grave, voz sofocada.

Se reporta que es más frecuente su presentación en sexo masculino en un 58%, aparece alrededor de los 50 años, cabe señalar que las mujeres consultan más precozmente que los hombres

El tratamiento se basa principalmente en la cirugía, y la reeducación vocal, así mismo si los factores irritativos causales persisten este podrá reincidir. (3)

La Voz de Bandas se denomina al sonido producido por las falsas cuerdas vocales (bandas ventriculares) llamado también disfonía ventricular, aparece cuando la función de las cuerdas vocales es tomada por las bandas ventriculares en forma enérgica, lo que produce disfonía por hiperfunción. Esta circunstancia puede ocurrir por usurpación o sustitución.

Voz de bandas indeseable sucede como resultado a esfuerzos vocales repetidos

por la obtención de un sonido vocal intenso o como mecanismo compensatorio de un cierre glótico inadecuado.

Las bandas deseables se presentan cuando la glótiis no puede cerrarse a consecuencia de cordectomía, parálisis definitiva, etc.

La interrelación a nivel fisiológico entre lo endocrino y lo fonatorio, se pone de manifiesto desde el primer mes de vida.

La hormona tiroidea ejerce gran influencia sobre los tejidos del cuerpo, su ausencia o la sobreproducción puede afectar prácticamente todas las funciones corporales.

Cuando existe un Hipertiroidismo encontramos transpiración aumentada, palpación de nódulos en cuello, piel grasosa, fatiga muscular, palpitaciones, insomnio, palpitaciones, hipotensión, temblor generalizado, que se instala a nivel de la musculatura laríngea ocasionando aumento del vibrato. La fatiga antes mencionada también se observa en el órgano emisor, por lo que existe fatiga vocal y la frecuencia y el timbre vocal pierden su constancia.

En un Hipotiroidismo se encuentra hipertensión arterial, amenorrea, piel áspera y seca, transpiración disminuida, bradiquipsia y pulso lento.

Además de toda la sintomatología, la sintomatología fonatoria se caracteriza por disminución importante del vibrato cordal lo que es producido por el depósito de

mucopolisacáridos en la submucosa cordal. Se encuentra también una disminución de la extensión vocal. (10, 19)

Otra entidad importante de tomarse en cuenta dentro de las laringitis específicas es la Laringitis Reumática, es rara, se instala especialmente en la articulación cricoaritenoides, esta patología se manifiesta especialmente en el adulto, preferentemente de manera monolateral. (10)

Objetivo General.

Analizar la patología laringea presentada en una muestra.

Objetivos Especificos.

1. Detectar el tipo de patología vocal y su frecuencia presentada por los profesores en escuelas primarias.
2. Identificar los factores irritativos (químicos, polvos, humos etc.) que están asociados a estas alteraciones.

Metodología.

Se seleccionó a profesores de escuelas primarias, llevándose acabo esta selección en la escuela de su adscripción, así como la capitación de profesores en el área de diagnóstico en el Instituto Nacional de Comunicación Humana, que acudieron como acompañantes o familiares de paciente y dieron su consentimiento para realizar el estudio.

Se aplicó un instrumento de consulta a profesores de primaria el cual tuvo como objetivo detectar alteraciones de voz tanto crónicas como agudas, para conocer los factores etiológicos que exacervan y/o predisponen su problema de voz.

Se realizó una valoración foniatría y laringoscopia indirecta, con previo consentimiento de los profesores. En las escuelas primarias se llevó a cabo por medio de espejo laríngeo y lámpara frontal, en la Unidad Móvil de Investigación y Medicina Preventiva del Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

Los profesores que fueron captados en el área de diagnóstico de este Instituto se les realizó el estudio mediante laringoscopia rígida o nasolaringoendoscopia en el departamento de foniatría.

Cuando se detectó patología vocal, se derivó a los profesores de primaria al departamento de foniatría del Instituto Nacional de la Comunicación Humana para su tratamiento, así mismo los que fueron captados dentro del Instituto se dio ingreso como pacientes para iniciar su tratamiento.

Se valoraron los factores etiológicos que pueden contribuir a esta patología como: enfermedades rinofaríngeas, gastritis, tabaquismo, exposición a polvos, etcétera reportados en los instrumentos aplicados.

Se realizó el estudio a profesores de educación primaria de ambos sexos, todas las edades, y que dieran su consentimiento para la realización del estudio.

Se excluyeron a los profesores de primaria que tuvieran o hubieran llevado algún tratamiento foniatrico.

Se les realizó una exploración otorrinolaringológica y laringoscopia indirecta, o nasolaringoendoscopia.

RESULTADOS.

Se aplicó un instrumento de consulta a profesores de escuelas primarias en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana y en tres escuelas primarias particulares y una oficial; obteniendo un total de 100 profesores encuestados, en un período que comprendido de mayo a septiembre de 1997.

De los 100 profesores encuestados el 85% fueron femeninos, y el 15% fueron masculinos.

Del total de la población estudiada el 49% presentó patología vocal (Gráfica 1), detectando un total de 57% de patología, ya que se encontró combinación de estas en un 8%. Su incidencia fue de la siguiente manera: hipoquinesia laríngea 29%. Laringitis irritativa 15%, hipertrofia de bandas 5%, nódulos 3%, edema de Reinke 2%, hiperquinesia 2%, y pólipo 1%.(Gráfica 2)

Las patologías agregadas se distribuyeron de la siguiente forma en pacientes con alteraciones vocales: alergias 6.12%, artritis 4.08%, enfermedad ácido péptica 26.53%, enfermedad tiroidea 6.12%, faringoamigdalitis 14.28%, hernia hiatal 8.16%, sinusitis 8.16%, úlcera gástrica 2.04%.

Los profesores que no presentaron alteraciones laríngeas se encontró: alergia y asma y sinusitis en 1.96%, enfermedad ácido péptica 11.76%, y faringoamigdalitis 3.92%. (Gráfica 3)

Otros factores etiológicos que exacerbaban y/o predisponen la presentación de patología vocal se presentaron de la siguiente forma: tabaco 46%, alcohol 28% y café del 64%. (Gráfica 4)

De los profesores que presentaron patología fonológica se presentó consumo de irritantes como tabaco (48.97%), alcohol (30.61%), y café (61.66%). En profesores que no se presentó patología vocal el tabaco se consumió en 43.13%, alcohol en 25.49%, y café 66.66%. (Tabla 2)

Asimismo el tipo de material didáctico que es utilizado, encontrando que 71% de los maestros utilizan el gis normal, 34% gis compacto, y plumón de 24%, encontrándose también una alta incidencia en la utilización combinada de este tipo de material de la forma siguiente, gis normal y compacto del 19%, compacto y plumón del 8%, y el uso de los tres del 1%.(Gráfico 5)

En pacientes con patología vocal se encontró que el uso de gis normal (N) fue del 65.3%, compacto 36.7%, plumón (P) 34.6%, también utilizando estos materiales en forma combinada como gis compacto y normal 14.2%, gis compacto y plumón 12.2%, gis normal y plumón de 10.2%.

En profesores sin patología vocal se presentó de la siguiente manera: 76.7% utilizan gis normal, 31.3% gis compacto, 13.7 % plumón, combinados gis compacto y normal 23.5%, compacto y plumón 3.9%, gis normal y plumón en 5.8%. (Tabla 3)

Se detectó que algunos profesores tienen otra actividad además de la docente dentro del mismo colegio como fuera de él como: canto, comercio, psicoterapeutas (4.08%), labores administrativas (12.24%), y religioso (8.16%) en profesores con alteraciones laringeas, y los profesores sin patología laringea practicaban el canto (3.38%), y labores administrativas solamente (8.74%).

Los años de labor ininterrumpida se reportó: en profesores con patología vocal el 2.04% que llebanan menos de un año de labor, de 2 años a 10 y de 11 a 20 años el 36.73%, de 21 a 30 años el 12.24%, y de 31 a 40 años el 8.16%.

En profesores que no presentaron patología vocal fué de menos de un año 1.96%, de 2 a 10 años 54%, de 11 a 20 años del 19.6%, de 21 a 30 años 13.72%, y de 41 a 50 años del 1.96%. (tabla 4)

Se encontró que el 74% de los profesores trabajaba un doble turno laboral, y el 26% solo un turno.

De los profesores con patología vocal el 26.53% (13) laboran doble turno, teniendo una labor administrativa docente el 46.15% (6). Los profesores sin patología vocal el 26.53% (13) laboraban doble turno. Sin embargo los profesores con patología vocal tenían otra actividad laboral aparte de la docente como: canto y comercio 4.08%, labor administrativa 12.24%, psicoterapeuta 4.08%, religiosa 8.16%. Y los profesores sin patología vocal solo se encontró que el 3.38% se dedicaba al canto, y el 8.47% a labores administrativas. (Tabla 5)

El promedio de horas laborales por semana se presentó de 11 a 20 horas el 12.24%, de 21 a 30 horas de 44.89%, de 31 a 40, el 24.48%, de 41 a 50 horas y de 51 a 60 horas de 8.61%, y más de 61 horas por semana el 2.04% en profesores con patología vocal. (Grafica 5).

Los profesores sin patología vocal se presentó de 1 a 10 por semana el 2.92%, de 11 a 20 horas el 17.64%, de 21 a 30 horas 43.13%, de 31 a 40 horas el 29.41%, de 41 a 50 horas de 3.92% y de 51 a 60 horas el 1.96%.

PATOLOGÍA VOCAL EN PROFESORES

Gráfico 1

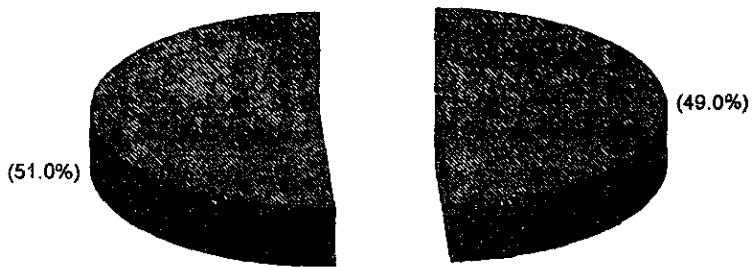


Gráfico 1. Presentó patología vocal el 49% de los profesores de primaria, el 51% fueron sanos

INCIDENCIA DE PATOLOGÍA VOCAL

Gráfico 2

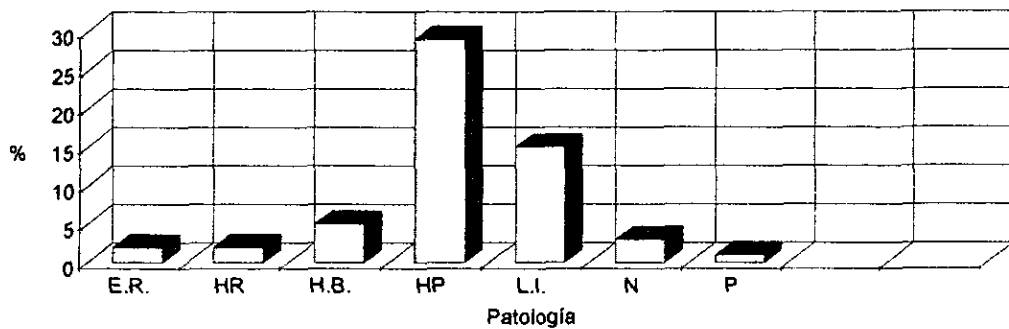


Gráfico 2.

E.R = Edema de Reinke 2%
HR = Hiperquinesia Laringea 2%
H:B = Hipertrofia de Bandas 5%
HP = Hipoquinesia Laringea 29%
L.R. = Laringitis Irritativa 15%
N = Nódulos 3%
P = Pólipos 1%

Incidencia de patología vocal presentada por los profesores de primaria.

PATOLOGÍAS AGREGADAS (agudas y crónicas)

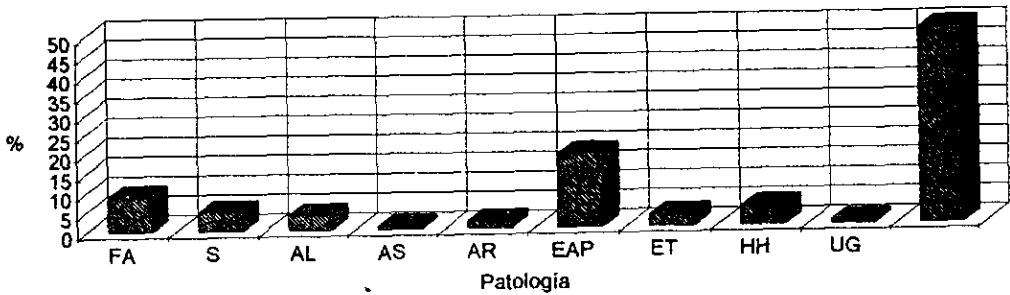


Gráfico 3.

FA = Faringoamigdalitis	9%
S = Sinusitis	5%
AL = Alergia	4%
AS = Asma	1%
AR = Artritis	2%
EAP = Enfermedad ácido péptica	19%
ET = Enfermedad Tiroidea	3%
HH = Hernia hiatal	4%
UG = Úlcera gástrica	1%

Incidencia de patología agregada en profesores de primaria.

CONSUMO DE IRRITANTES

Gráfico 4

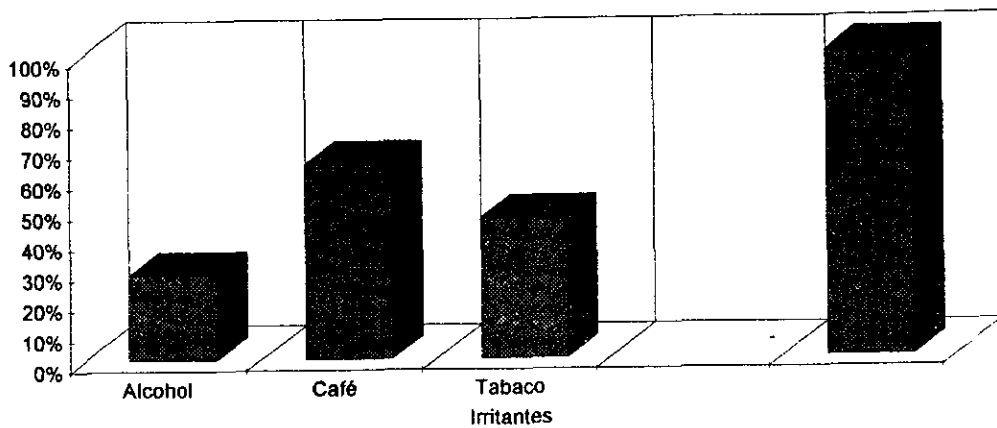


Gráfico 4.

De toda la población estudiada el 46% de ellos consume el tabaco, 28% alcohol, y el 64% café.

HORAS LABORALES (Por semana)

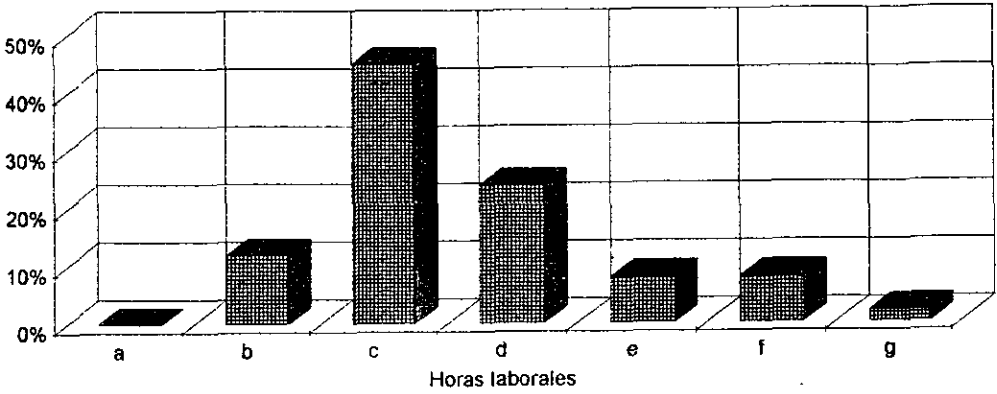


Gráfico 5. a = 0% e = 8.16%
 b = 12.24% f = 8.16%
 c = 44.89% g = 2.04%
 d = 24.48%

Promedio de horas laborales por semana en profesores con patología vocal.

PATOLOGIAS AGREGADAS

Tabla 1

Patología	con patología vocal	sin patología vocal
Alergia	6.12%	1.96%
Artritis	4.08%	0.00%
Asma	0.00%	1.96%
Enf. ácido péptica	26.53%	11.76%
Enf. Tiroidea	6.12%	0.00%
Faringoamigdalitis	14.28%	3.92%
Hernia hiatal	8.16%	0.00%
Sinusitis	8.16%	1.96%
Úlcera gástrica	2.04%	0.00%

Tabla comparativa donde se puede distinguir la incidencia de patología agregada en profesores de primaria con patología y sin patología vocal.

CONSUMO DE IRRITANTES

Tabla 2

Irritantes	Con patología vocal	Sin patología vocal
Tabaco	48.97%	43.13%
Alcohol	30.61%	25.49%
Café	61.66%	66.66%

Tabla comparativa que ilustra el consumo de factores irritativos en profesores con patología y sin patología vocal.

USO DE MATERIAL DIDÁCTICO

Tabla 3

Material	Con patología vocal	Sin patología vocal
gis normal	65.3%	43.13%
gis compacto	36.7%	31.3%
plumón	34.6%	31.3%
N + C	14.2%	23.5%
N + P	10.2%	5.8%
C + P	12.2%	3.9%

N= gis normal.

C= gis compacto

P= plumón.

Tabla de uso de material didáctico en forma comparativa en ambos grupos de profesores.

LABOR ININTERRUMPIDA

Tabla 4

Años	con patología (%)	sin patología (%)
omitieron dato	4.08	7.84
0.6 - 1	2.04**	1.96
2 - 10	36.73	54.90
11 - 20	36.73	19.60
21 - 30	12.24	13.72
31 - 40	8.16	0.00
41 - 50	0.00	1.96

Muestra es forma comparativa los años de labor docente ininterrumpida . ** destacando la importancia de que el 2.04% de los profesores con patología vocal tenía de 6 meses a un año de haberla iniciado.

ACTIVIDADES NO DOCENTES

Tabla 5

Labor no docente	con patología vocal	sin patología vocal
Canto	4.08%	3.38%
Comercio	4.08%	0.00%
Labor administrativa	12.24%	8.47%
Psicoterapeuta	4.08%	0.00%
Religiosa	8.16%	0.00%

Podemos ver que las labores no docentes practicadas por los profesores de primaria tienen mayor incidencia en aquellos que presentaron patología vocal

Análisis de resultados

De los 100 profesores encuestados a los cuales se les realizó laringoscopia indirecta se encontró que el 49% de ellos presentaba algún tipo de patología foniatría.(Grafica 1)

Del tipo de patología encontrada predominó la hipoquinesia (29%), siendo esta una alteración de tipo funcional que se identifica en paciente que presentan un abuso y/o mal uso vocal. Siguiendo la historia natural de esta enfermedad, se refiere que la hipoquinesia es la fase secundaria de la hiperquinesia que se encontró en un 2%, teniendo en cuenta que en cualquiera de estas dos etapas puede evolucionar hacia una recuperación espontánea, principalmente si cambia algunos hábitos vocales; o causar alguna alteración de tipo orgánico, como nódulos, pólipos, hemorragias, hipertrofia de bandas etc.(Gráfica 2)

Se encontró hipertrofia de bandas (5%), la cual se ha reportado en la literatura como secundaria a la utilización de un registro inadecuado de voz, déficit en la musculatura cordal o compromiso emocional, lo cual estaría en relación directa con el uso y/o mal uso vocal que hacen los profesores de su voz, de igual manera si tenemos en cuenta que la hipoquinesia e hiperquinesia es una alteración en la musculatura cordal, encontramos asociada esta patología con hipoquinesia e hiperquinesia en un 20% (1), y laringitis química en un 40% (2) de los pacientes que presentaron patología vocal.

Presentaron nódulos 6.12% (3), siendo esta patología secundaria a una disfonía funcional de larga evolución, deberemos estar concientes que este tipo de patología dependiendo del tiempo de evolución con los nódulos propiamente dichos, tiene dos tipos de tratamiento una consiste en remisión mediante reeducación vocal, sin embargo cuando ya no es posible esto es necesaria la intervención quirúrgica. Teniendo en cuenta que si los malos hábitos vocales persisten puede reincidir esta tumoración. (Gráfica 2)

El pólipo se reporta en un 2.04% (1), este tipo de patología aparece frecuentemente tras un intenso sobre esfuerzo vocal, relacionado con inflamación de la vías aéreas superiores, su tratamiento es quirúrgico cien por ciento, y es posible que se vuelva a presentar si persisten las condiciones que favorecieron su aparición. (Gráfica 2)

Edema de Reinke se presentó en un 4.08% (2) de los profesores explorados, es una patología crónica que tiene como principal factor predisponente el tabaquismo, es importante recalcar aquí que estos pacientes tuvieron una incidencia importante en el consumo de tabaco (más de 20 cigarrillos diarios), siendo estos pacientes del sexo femenino, concordando con la tendencia de presentación indiferenciada entre hombres y mujeres. (Gráfica 2)

En un 30.61% (15) se encontró laringitis irritativa siendo la segunda causa más frecuente de patología encontrada en los profesores, relacionándose con alteraciones de reflujo gastroesofágico, y que por las características de la población

encuestada, como el estrés, la contaminación, el tipo de alimentación etcétera, son también factores predisponentes para la patología. (Grafica 3)

Patologías agregadas.

De las enfermedades agregadas tanto agudas como crónicas que se reportaron por los profesores de primaria es importante destacar la incidencia que presenta la enfermedad ácido péptica (29%), así como la hernia hiatal (5%), y úlcera gástrica (1%), ya que estos son factores predisponentes para la laringitis irritativa. (Gráfica 3)

Teniendo una incidencia de estas en profesores con patología vocal del 26.56% para enfermedad ácido péptica. 8.16% hernia hiatal y 2.04% úlcera péptica.

Pudiendo encontrar una incidencia menor importante en profesores en patología vocal la cual fue de 11.76% para enfermedad ácido péptica, sin reportarse úlcera gástrica no hernia hiatal. (Tabla 1)

La faringoamigdalitis de repetición (9%) ocupó el segundo lugar en incidencia en patologías agregadas, que se relaciona con enfermedades respiratorias crónicas como sinusitis (5%), alergia (4%), y asma (1%) que por las inflamaciones frecuentes, obstrucción de vías aéreas, y descarga retrónasal constane;

provocando a una irritación e inflamación constante de cuerdas vocales, que favorecerán la aparición de transtornos orgánicos.(Gráfica 3)

En los profesores que presentaron patología fonológica se reporto la mayor incidencia de faringoamigdalitis (14.28%), sinusitis (8.16%) y alergia (6.12%), en comparación a profesores sin patología en los cuales se encontró de un 3.02%.de faringoamigdalitis, 1.96% en sinusitis y alergia. (Tabla 1)

En cuanto a enfermedades tiroideas con incidencia de 6.12% (4) es importante tomarse en cuenta ya que actúan directamente sobre todos los órganos y tejidos del cuerpo, así podemos encontrar que un mal control hormonal que nos lleve a hipertiroidismo o hipotiroidismo va a alterar tanto el choque glótico, el grosor, y la vibración de las cuerdas vocales, provocando disfonías. (Tabla 1)

La artritis se presentó en 4.08% (2) es importante mencionar que la artritis laringea es difícil de diagnosticar, más cuando la disfonía es el único síntoma que se presenta el paciente, teniendo en cuenta que este tipo de disfonías es intermitente, así es obligado descartar esta patología. (Tabla 1)

Otros factores etiológicos.

En cuanto al consumo de tabaco (46%), alcohol (28%), y café (64%), se reportó una incidencia muy alta en ambos grupos. (Gráfica 4)

Así en profesores con patología foniatrica se detectó tabaco 48.97% , alcohol 30.61%, y café en 61.66%, en profesores sin patología foniatrica tabaco 43.13%, alcohol 25.49%, y café del 66.66%.(Tabla 2)

En cuanto al uso de material didáctico se reportó más incidencia en el uso de gis normal en profesores sin patología foniatrica (76.7%), en pacientes con patología fué de 65.3%, sin embargo el uso combinado de gis normal, compacto y plumón es muy frecuente entre ambos grupos, disminuyendo así la importancia de este factor irritativo en la presentación de patología foniatricas. (Tabla 3)

En cuanto a los años de labor docente ininterrumpida no tuvieron influencia en la presentación de patología foniatrica ya que se encontraron profesores con 6 meses hasta 40 años de labor docente, que presentaron alteraciones vocales. (Tabla 4)

El tiempo de horas laborales en promedio para un profesor de primaira es de 25 a

30 hrs en una semana, encontrando que el 44.89% de los profesores con patología vocal las cubrían, sin embargo se reportó un 24.48% de profesores que cubrían de 31 a 40 horas, el 8.16% de 41 a 50 horas y de 51 a 60 horas, así mismo el 2.04% cubría más de 61 horas a la semana, en comparación con los profesores que no presentaron patología vocal el 29.41% cubría 31 a 40 horas a la semana disminuyendo importante el porcentaje de horas a cubrir mayor en este grupo de profesores de 41 a 50 horas el 3.92%, de 51 a 60 horas el 1.96%.

No se pudo realizar una correlación entre el grado escolar a que impartían clase y la presentación de patología (aunque no era objeto de este estudio) ya que muchos de los profesores encuestados referían dar clases en primaria, de educación artística, deportes, inglés o computación, infiriendo con esto que manejaban varios grados escolares durante la semana.

Se encontró una mayor incidencia en profesores con patología vocal de realizar actividades laborales aparte de la docencia como: labores administrativas en un 12.24% , 4.08% en canto, comercio y psicoterapeutas, y labores religiosas de 8.16%, y en profesores sin patología vocal, las actividades aparte de la docente disminuyeron importante, canto en 3.38%, labor administrativa en 3.38%. (Tabla 5)

Conclusiones.

La mayor incidencia de patología vocal fue la de tipo funcional, como la Hipoquinesia Laringea, relacionandose con un abuso y/o mal uso vocal.

La Laringitis irritativa ocupó el segundo lugar asociada a factores predisponentes o exacerbantes como enfermedad ácido péptica, hernia hiatal, úlcera gástrica y enfermedades de vías respiratorias superiores como faringoamigdalitis de repetición, sinusitis y alergia.

En cuanto a otros factores etiologicos su presentación fué muy similar para ambos grupos, sien embargo el consumo de café fué más alto en el grupo de profesores sin patología, no así el alcohol y tabaco.

En cuanto al uso de material didáctico predominó el uso de gis normal por los profesores con patología vocal.

El tiempo de labor docente no fué presidponente para la presentación de patología fonológica. Sin embargo se encontró que el promedio de horas laborales por semana si fué predisponente para la presentación de patología.

De los profesores con patología vocal tenían otra actividad aparte de la docente que influyó en la presentación de patología vocal.

Comentario

Sería de gran ayuda tanto para alumnos, profesores y Secretaría de Educación Pública, realizar cursos sobre el uso de la voz en el salón de clase, medidas higienicas vocales, y uso de la respiración para la fonación.

Dar instrucción para poder identificar signos y síntomas vocales de alerta en la presentación de patología, así como dar a conocer que otros factores etiológicos exacerbvan y/o predisponen la aparición de estas patologías con la finalidad de disminuir la incidencia de patología vocal.

ANEXO "A"

Cuestionario.

Nombre _____

Edad _____ sexo _____

Grado (s) escolar (es) al (los) que da clase

Cuántos alumnos en promedio tiene en cada grupo _____

Horas activas de labor docente por semana. _____

Trabaja doble turno si _____ no _____

Desde cuando _____

Materia que imparte. _____

Recibió algun tipo de instrucción para el uso de su voz durante la clases
si () no ()

Cuántos años ha ejercido su profesión ininterrumpidamente _____

Ha presentado alteraciones en su voz si () no ()

Ha sido constante () intermitente ()

¿desde que tiempo ha presentado esta alteración en su voz?
(1,2,3,...) (años, meses, semanas, días)

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

¿Qué cree usted que pudo causarlo?, o con qué se relaciona?

Resfriado. _____ gritar _____ hablar en exceso _____
cantar _____

¿comenzó a sentir estos síntomas de repente o gradualmente?

De repente _____ gradualmente _____

Usted se siente : mejor _____ igual _____ pero _____

¿Qué síntoma presenta usted?

Ronquera _____ voz aspera _____ fatiga _____

se cansa cuando habla, _____ voz rasposa _____

falta de aire cuando habla _____ dolor de cuello _____

disminución en la intensidad de su voz _____

cambios de voz después de hablar un tiempo _____

Cambios en el volumen de la voz:

bajo _____ fuerte _____

Dolor de garganta mientras habla. _____ si _____ no _____

sensación de cosquilleo u obstrucción mientras está hablando _____

sensación de tener algo atorado en la garganta, _____ picazón _____

cosquilleo : _____ resequedad _____

Además de ser profesor ¿desempeña algún otro trabajo? (Encierre en un círculo o especifique)

Actor---anunciador--- locutor---instructor deportivo---abogado--

abogado---religiosa---politico---vendedor---corredor de bolsa-- telefonista-

repcionista--camarero--secretaria -----canto-----

labres administrativas en la escuela _____ otros _____.

Si realiza alguna de estas actividades desde cuando la realiza y por cuanto tiempo _____

Fuma si () no ()

Cúantos cigarrillos fuma al día _____ desde cuando _____

Toma café _____ con que frecuencia _____ desde cuando _____

Toma bebidas alcohólicas, _____ con qué frecuencia. _____

Utiliza para sus clases gis _____ compacto _____
normal _____ plumón _____

Práctica algún deporte _____ cuál _____

¿Utiliza algún tipo de hormonas ?

Anticonceptivos _____ tiroideas _____ otras (especifique) _____
desde que tiempo _____

Qué medicamentos toma diario o frecuentemente _____
por qué causa _____

Padece estas enfermedades :

catarro _____ sinusitis _____ faringitis _____ amigdalitis _____

gastritis _____ hernia hiatal _____ agruras _____ artritis _____

enfermedades pulmonaes _____ problemas cardiacos, _____

alergicos _____ asma _____ otros _____

Especifique qué tiempo _____ y su tratamiento

BIBLIOGRAFÍA.

1. Schumrick Kevin A. Y Glickman Jackl. Fonocirugia para mejorar y restaurar la voz. Clínicas de Norteamerica.
2. Caballero Cristina. Cómo educar la voz, cantada y hablada. Edamex 7a de. 1994.
3. Le Huche Francois. La voz. Patología vocal; semiología y disfonias funcionales. Tomo II. De Masso, SA 1993.
4. Dixon Hamilton. Alergia y patología laríngea. Clínicas de Norteamerica.
5. Clinicas de Norteamerica. Atención de la voz 1993.
6. Jorge Perelló. Alteraciones de la voz. Prensa Médica 1973.
7. Thayer Staloff Roberth y col. Transtornos de la voz. Clínicas de Norteamérica.
8. Staloff Roberth. Valoración de la disfonía. Clínicas de Norteamérica.
9. Perelló Jorge. Fundamentos audiofoniátricos. Pp 49-829.
10. González Jorge N. Fonación y alteraciones de la laringe. Edit. Panamericana 1992.

11. Pratter Rex J. Y col. Manual de terapeutica de la voz. Salvat editores.
12. Kit A Josephine y col. The Perceptual features of vocal fatigue as self-reportd by group of actors an singers.
13. Traube Morris. The espectrum of de syntoms and presentation os gastroesophageal, reflux disease. Gastroenterology Clinics os north america. Vol 19, no 3, september 1990.
14. Dix Hamilton S. Alergia y patologia laringea. Clinicas de Norteamerica.
15. Le Huche Francois. Anatomía y patologia de laringe. Tomo 1. Edit. Masso 1993
16. Boyanov Boyan y col. PC based system for analysis of voice of patients quith laryngeal disease. Ear nose and throart journa vol 70 no. 11
17. Fernández Pérez y col. Aportación a los aspectos clinicos y diagnósticos de los nódulos, pólipos y edema de Reinke de la cuerda vocal . April 1991.
18. G. Dikkers Frederik y col. Bening lesion of the vocal folds: histopatology and phonotrauma. Ann Otol Rhinol Laryngol 104:1996.

19. Schoeder y col. Diagnóstico y tratamiento clínico. Edit. Manual Moderno 2a, edición 1991.

20. Medicina de la Comunicación Humana. Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México D.F. 1994.