
REVISION BIBLIOGRAFICA

Enfermedad psicósomática y trastorno vocal
Koppmann A, Ornstein C, Brunetto B.
Rev otorrinolaringol cir cabeza cuello
58: 37-43, 1998

ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA Y TRASTORNO VOCAL

RESULTING PSYCHOSOMATIC DISEASE AND VOCAL DISORDER

Alejandro Koppmann A, Claudia Ornstein L, Beatriz Brunetto M.

RESUMEN

El presente artículo señala las principales características del enfoque psicósomático, los esquemas de clasificación de las distintas patologías así como las principales teorías consideradas en la expresión somática de una emoción. Se consideran aspectos psicológicos y psicodinámicos involucrados y se intenta contextualizar el síntoma vocal sin base orgánica demostrable en cuanto a su comprensión actual y las bases de la investigación en el área.

Se refuerza la idea del trabajo multidisciplinario.

Palabras clave: Trastorno vocal, enfermedad psicósomática.

SUMMARY

The present article describes the principal characteristics of the psychosomatic approach, the different pathologies classification schemes, and the main theories considered in the somatic expression of an emotion. Psychological and psychodynamic aspects involved are taken into account, attempting to put into context the vocal symptom without a manifestable organic involvement, in relation to its present understanding and the bases of research on the subject.

The idea of multidisciplinary work is emphasized.

Key words: Vocal disorder, Psychosomatic disease.

INTRODUCCIÓN

La idea de la imposibilidad de disociar de la psique la salud del cuerpo es un concepto presente en la práctica médica desde la antigüedad y traduce uno de los fundamentos de la llamada Medicina Psicósomática. En el diálogo *Carmides* dice Platón que "Es el mayor error en el tratamiento de las enfermedades el que haya médicos para el cuerpo y médicos para el alma, cuando la separación no cabe allí. A la totalidad debieran consagrar sus desvelos pues allí donde el todo se sienta mal, de ninguna manera podrá estar sana una parte"⁽¹⁾.

Esta mirada es mantenida por la escuela Hipocrática a través de su concepción dinámica, humoral y espiritual de las enfermedades. En sus aforismos Hipócrates también señala la importancia de considerar al enfermo y su entorno en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades: "En la práctica de su arte, no solo debe el médico poder y saber hacer por sí mismo cuanto sea conveniente, sino que debe ser secundado por el propio enfermo, por aquellos que lo asisten y por las cosas exteriores"⁽²⁾.

Pese a lo anterior este estilo de enfrentamiento del enfermo y su dolencia fue perdiendo vigencia y los aspectos psicológicos, el diálogo y la relación médico paciente fueron dejados de lado para dar paso, a fines del siglo XIX, a un modelo biomédico de tipo analítico en el que el problema a investigar debe dividirse sucesivamente en componentes más sencillos hasta poder aislar secuencias causales simples capaces de explicar desde su unidad la presencia de tal o cual patología⁽³⁾.

Contribuyen también de la Medicina Psicosomática: la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy, la Medicina Antropológica de V. Weizsacker, la teoría conductista y del aprendizaje de Pavlov los estudios respecto del stress de Cannon y Selye y finalmente los aportes de Freud y el psicoanálisis quienes representan los distintos niveles a través de los cuales la práctica médica se ve enfrentada a reintegrar conceptos dispersos y refundar su antigua concepción biopsicosocial^(3,4).

MEDICINA PSICOSOMÁTICA

El término psicosomático, que en su origen intenta considerar simultáneamente aspectos físicos y psicológicos frente a una patología, ha recibido múltiples interpretaciones y significados de acuerdo con la época y quienes hacen la definición.

Entre los médicos generales es frecuente la idea de la naturaleza imaginaria o voluntaria de estas dolencias y esta opinión suele ser referida al enfermo quien, naturalmente, reacciona negativamente al imputársele la autoría voluntaria de su enfermedad. Al ser derivados a psiquiatra no concurrirán y buscarán un nuevo tratante que acoja sus demandas sometiendo a diversos procedimientos diagnósticos y supuestamente terapéuticos.

Dado lo anterior es que se sugiere que la derivación a salud mental deba hacerse de manera indirecta y no confrontacional, idealmente en el contexto de un trabajo en equipo tal y como aquí se señalará.

Es frecuente también la derivación hacia unidades psiquiátricas de enfermos con sintomatología múltiple, imprecisa, con organicidad conocidos frente a la patología investigada. Es esta una indicación de exclusión e inespecífica.

Se acepta hoy que el enfoque psicosomático es aquel que considera el estudio de las interacciones entre factores psíquicos, sociales y biológicos en la salud, la enfermedad y la asistencia⁽⁵⁾. Al mismo tiempo este enfoque postula una asistencia globalizada y centrada en el paciente, siendo una propuesta de colaboración multidisciplinaria.

A modo de resumen este enfoque implica:

- a.- Etiología multifactorial de la enfermedad es contraposición al modelo monocausal.
- b.- Consideración del enfermo como una persona en oposición a la mirada objetivamente sobre la enfermedad.
- c.- Se entiende la enfermedad como un hecho que involucra distintas variables del individuo más allá de la sola respuesta orgánica ante una noxa determinada.

De este modo lo psicosomático no es psicogenético ni tampoco organicista. Uno puede plantear que "Todo enfermar humano es psicosomático" lo cual no significa que tenga causa psicológica sino que se deben considerar los aspectos emocionales en la patogenia, el desencadenamiento, la evolución y el tratamiento de todas las enfermedades.

La presencia de patología orgánica que no pueda objetivarse con datos exploratorios derivados del uso de los procedimientos diagnósticos disponibles es otra fuerte corriente de desarrollo de la medicina psicosomática cuando existe un contexto psicológico propiciatorio y no la sola exclusión de la organicidad fisiopatológicamente conocida.

Para hacer el diagnóstico de enfermedad funcional o de naturaleza psicosomática se requiere:

- a.- Relación comprensible entre una afección corporal y determinadas vivencias del paciente.
- b.- Relación entre la aparición de la patología y eventos vitales significativos en el período que antecede dicho cuadro.
- c.- Relación temporal entre el comienzo del síntoma y el cambio en la biografía.
- d.- Estudio de la personalidad.
- e.- Registro literal del síntoma en términos del significado atribuido por el paciente al hecho de enfermar y recuperarse.

Con relación a lo anterior no debe plantearse la existencia de un trastorno psicósomático, es decir, una patología donde los factores emocionales tengan mayor peso causal, cuando solamente:

- a.- Se presentan síntomas atípicos
- b.- Existen síntomas ansiosos.
- c.- El enfermo tiene el antecedente de un trastorno emocional previo.
- d.- No existe evidencia orgánica demostrable.

Existen al menos dos corrientes de investigación que han ido construyendo las bases de las actuales concepciones en medicina psicósomática⁽⁴⁵⁾.

1.- Enfoque Psicofisiológico

2.- Enfoque Psicodinámico

Revisaremos aquí brevemente sus principales aportes.

1.- Enfoque Psicofisiológico

1.1 Reflejos Condicionados: Pavlov (1849-1936) distinguía entre aquellos reflejos no condicionados o instintivos destinados a la satisfacción de necesidades elementales como la obtención de alimentos y aquellos condicionados o adquiridos mediante refuerzos positivos o negativos en la conducta de animales de experimentación. Lo anterior es difícil de corroborar en seres humanos aún cuando se tiene la impresión de que es posible asociar ciertos estímulos ambientales con determinadas reacciones físicas y efectivas.

1.2 Reacciones de Emergencia: Cannon (1871-1945) planteaba que las situaciones de emergencia y sorpresa (emergency states) preparan al organismo para luchar o huir (fight or flight). De este modo existiría en el ser humano una aptitud vivencial determinada, la cual le mueve, llegado el momento, a interpretar ciertos acontecimientos como emergencia. Al establecer un nexo entre la vivencia emocional y las reacciones somáticas Cannon diferencia su representación de un modelo reflejo.

1.3 El Stress: Tomando en consideración los hallazgos de Cannon, Selye describió una patogénesis del stress mediante el concepto de Síndrome de Adaptación. Existirían entonces, agentes estresantes consistentes en cargas físicas, químicas y psíquicas que pueden afectar al organismo y

frente a las cuales este reaccionará mediante una respuesta que considera tres fases sucesivas de alarma, resistencia y extenuación.

Ensayos con animales pueden demostrar la presencia de alteraciones humerales y morfológicas en el ámbito de las glándulas suprarrenales principalmente. La influencia de estos factores en la aparición de enfermedades se ha estudiado en grupos humanos sometidos a situaciones extremas⁽⁴⁶⁾ o bien situaciones de separación entre el lactante y su madre.

Las investigaciones de Holmes y Rahe⁽⁴⁷⁾ sobre el tipo y la intensidad de estos agentes estresores llamados Eventos Vitales, han demostrado que frecuencia e intensidad de los cambios de vida y por tanto del trabajo de adaptación exigido, se acrecientan antes de aparecer una enfermedad.

Se ha estudiado también la reacción de stress ante la pérdida de un objeto real o imaginario (duelo, separación) y se ha comprobado que la enfermedad psicósomática aparece con mayor frecuencia si ésta pérdida ha agravado en el paciente sentimientos como la indefensión y la desesperanza.

Hoy en día, el modelo del stress, ha derivado hacia la identificación de la vivencia subjetiva de estresantes externos más que la precisión de algunos eventos objetivos e inmodificables ya que las tareas exigidas a distintas personas son vividas de modo distinto de acuerdo a sus características personales y sentimientos de autoconfianza en sus propias facultades. Es decir, la superación de una situación se ve determinada por el significado individual atribuido a cada situación.

1.- Enfoque Psicodinámico

2.1 Conflictos Específicos de las Enfermedades: Para Alexander cualquier estado emocional poseería su correspondiente sintomatología fisiológica. Así como el llanto corresponde a la tristeza y la risa a la alegría, los distintos conflictos hallarían su expresión a través de aquel órgano más afín a su naturaleza (lenguaje de los órganos). Si bien en los trastornos conversivos puede existir cierto simbolismo, como veremos aquí, no parece que en la patología psicósomática exista siempre la misma especificidad y hoy se critica abiertamente esta teoría.

2.2 Teoría de la Especificidad de la Personalidad: Ciertos tipos de personalidad predispondrían al padecimiento de determinados trastornos psicósomáticos. Se han tratado de establecer perfiles de personalidad para algunos trastornos concretos tales como el ulceroso, el asmático o el cardiópata, sin embargo esta teoría ofrece puntos muy vulnerables y abiertos a la crítica tales como la extrema dificultad de obtener perfiles de personalidad realmente representativos de la realidad y la evidencia de que esta correlación no siempre se cumple es decir, individuos con un mismo perfil enferman de modo distinto y viceversa.

2.3 Personalidad Psicomática: Marty ha señalado que los pacientes psicósomáticos presentaban en las entrevistas un estilo de pensamiento caracterizado por la escasez o ausencia de fantasías referentes a motivaciones y sentimientos así como preocupaciones concretas y racionales respecto del mundo y sí mismos. A este estilo de pensamiento le llamo "operativo". Síneos (1972) introdujo el término Alexitimia (del griego "sin palabras para los afectos") para caracterizar a sujetos que tienen grandes dificultades para expresar verbalmente sus emociones y que presentan patología somática inespecífica.

Si bien, las teorías y experiencias anteriores permiten un acercamiento más comprensivo a la patología psicósomática aún no es posible dilucidar el misterioso "salto" capaz de transformar una emoción en patología somática. Referentes que han cobrado gran relevancia en el último tiempo son la Neurofisiología, la Endocrinología y la Inmunología ya que son disciplinas capaces de aportar claves en la descripción de las interacciones biopsicosociales.

Se han propuesto como vías de esta interacción:

a.- Sistema músculo esquelético: Entendido como un mecanismo bastante primitivo de preparación para la defensa y el ataque. El sistema músculo esquelético es muy reactivo ante un estímulo psicológico. Se ha visto que la reactividad muscular tiende a relajar la tensión psicológica y que dicha reactividad se halla más fácilmente expresada por el hemisferio izquierdo.

b.- Sistema neurovegetativo: El desequilibrio entre el sistema Simpático y el Parasimpático

son responsable de diversas alteraciones físicas frente a estímulos externos tales como el alza de la presión arterial frente situaciones de hostilidad.

c.- Sistema Neuroendocrino: Distintos estudios revelan que el stress es responsable de una reacción multihormonal que implica situaciones como la disminución de la hormona del crecimiento, aumento de la ACTH o el Cortisol, cambio en los niveles plasmáticos de hormonas sexuales o catecolaminas. Lo anterior se ha planteado como asociado a la talla baja de niños con severo stress psicosocial.

d.- Sistema Inmune: Las situaciones de tensión disminuyen la reactividad de linfocitos T así como Trastornos Depresivos Mayores cambian las tasas de IgA permitiendo a algunos autores, relacionar la aparición de algunos tipos de Cáncer a esta alteración del organismo en el reconocimiento de células anómalas.

Resumiendo lo anterior, tanto el sistema endocrino como el sistema inmunológico disponen de mecanismos de autocontrol eficaces para ajustar la actividad del sistema a las demandas presentes; ambos sistemas disponen de un segundo control nervioso que es relevante dado que responde a la necesidad del organismo de adaptar su actividad interna a las exigencias futuras, lo que confiere a los estímulos simbólicos sociales e interpersonales. Una gran incidencia ya que reflejan exigencias, amenazas o satisfacciones por parte del individuo.

SOMATIZACIÓN Y CONVERSIÓN

Ambos conceptos derivan de la antigua Neurosis Histeria y traducen distintos modos de expresión de la conflictiva emocional de un equivalente somático.

En las clasificaciones actualmente en uso, la Histeria ha ido desapareciendo como concepto unitario y es posible sus componentes en algunos trastornos de la personalidad (Histrionía, Dependiente, Infantil) en los trastornos psicóticos breves, los trastornos Facticios, los Trastornos Disociativos y los Trastornos somatomorfos^(8,9,10,11).

Bajo el epígrafe Trastorno Somatomorfo el DSM-IV considera⁽⁸⁾:

1. Trastorno Somatomorfo (Somatización): Un desorden polisintomático que comienza antes

de los 30 años extendiéndose por un período de varios años y que combina un patrón de sintomatología dolorosa, gastrointestinal, sexual y pseudoneurológica. En trabajos anteriores^(12,13,14) se ha demostrado que en el caso de la disfonía la reacción de somatización suele aparecer, tras un evento biográfico, en personalidades con rasgos perfeccionistas, autoexigentes, con signos de daño orgánico por hipertensión o abuso cordal, con desestimación del síntoma vocal y sin evidente propósito ganancial.

2.- Trastorno Conversivo (Conversión): Síntomas o signos sin un sustrato fisiopatológico consistente y que afectan la función motora o sensorial sugiriendo un trastorno neurológico o médico general. Se estima aquí que factores psicológicos suelen estar fuertemente asociados al inicio del cuadro, la alteración suele iniciarse de modo agudo, con evidente discrepancia anatómofuncional. La entrevista con familiares suele revelar la presencia de alguna experiencia estresante reciente y el síntoma puede tener en sí mismo una importante función simbólica o ganancia secundaria. El cuadro descrito suele responder a la sugestión a diferencia de la somatización. En patología vocal se ha observado que el patrón de reacción conversiva está presente en las así llamadas Afonías Histéricas o simplemente Afonías. Al igual que en la somatización existe aquí un evento valorado por el paciente como amenazante o generador de cambio pero en este grupo las características de personalidad orientan hacia rasgos necesitados de estimación, no existe evidencia de daño orgánico y existe disociación de funciones indisolubles por ejemplo afonía con tos sonora.

Además, de los ítems consignados aquí el Trastorno Somatomorfo también considera el Trastorno Doloroso, el Hipocondríaco, el Dismorfofóbico y el Trastorno somatomorfo indiferenciado.

Además de los cuadros señalados, existe otra patología psiquiátrica que eventualmente pudiese dar síntomas vocales objetivables tal es el caso del Trastorno Facticio, en este caso se trata de la producción conciente pero involuntaria de síntomas psicológicos o físicos con el propósito de asumir el rol de enfermo en pacientes en quienes se ha descartado la presencia de una motivación ganancial externa de tipo económico o legal. Debe hacer-

se el diagnóstico diferencial con el Trastorno Somatomorfo y la Simulación. Recientemente hemos observado la presencia de este cuadro en pacientes dermatológicos⁽¹⁵⁾.

Considerando lo hasta aquí expuesto la patología psicósomática puede clasificarse en:

2.- Trastorno Psicósomático Lesional: Se incluyen aquí aquellas patologías con daño orgánico en donde los factores emocionales han influido decididamente en su inicio y evolución. La lesión orgánica es aquí objetivable y tratable somáticamente (ejemplo: Úlcera Gastroduodenal, Eccema, Artritis Reumatoide, Laringitis Inflamatoria Crónica).

2.- Trastorno Psicósomático Funcional: Este subgrupo considera aquellos trastornos carentes de un sustrato anatómico u orgánico objetivable. Aquí los síntomas corporales son motivados por una emoción y pueden aparecer en forma concomitante con ella por ejemplo la sudoración y la angustia, en forma equivalente o alternante.

2.- Trastorno Somatopsíquico: En este caso una enfermedad orgánica tiene secundariamente manifestaciones psíquicas. Se incluyen aquí la encefalopatía tóxicometabólica propia del Delirio Agudo secundario a la descompensación de una enfermedad metabólica o cuadro infeccioso de base, las reacciones emocionales como la crisis de angustia en una crisis hipertiroidica o las secundarias a la privación o intoxicación por substancias psicoactivas.

Luego de haber reseñado las principales teorías involucradas en la construcción del concepto psicósomático así como los mecanismos a través de los cuales puede operar dicha transformación podemos señalar que, aún cuando ignoremos como y en que medida influyen exactamente, los siguientes factores se hallan involucrados en la génesis y evolución de este tipo de cuadros:

- a) Estímulos ambientales
- b) Constitución, predisposición genética
- c) Experiencias tempranas, aprendizajes previos
- d) Recursos personales para responder frente a los agentes estresores
- e) Respuesta del ambiente frente al síntoma
- f) La pluricausalidad de la enfermedad

Patología Vocal, enfoque psicomático.

Si bien la presencia de sintomatología funcional no es infrecuente en Otorrinolaringología, la precisión de la misma así como su estudio y sistematización es bastante escasa en la literatura. Tinnitus, Vértigo y Trastorno Vocal constituyen un conjunto de patologías donde la influencia de factores emocionales parece ser evidente para el clínico habituado a su diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, entre los propios especialistas no es posible definir criterios operativos comunes o sistematizados (16).

Trabajos anteriores han señalado que cerca de un 25% de los pacientes consultantes por patología vocal tienen, como elemento asociado relevante, un factor psicológico mal definido que obstaculiza el enfrentamiento diagnóstico y terapéutico (13). Así también, y de acuerdo con lo expuesto en la presente revisión, considerar al síntoma vocal como el problema principal, no hace más que desviar la atención del clínico hacia una de las consecuencias posibles y no hacia la causa del mismo.

Dado que la principal molestia en estos cuadros es de apariencia orgánica el psiquiatra poco conoce de estos enfermos ya que, como es obvio, no consultan con él sus dolencias somáticas y tienden a rechazar la derivación al especialista ya que el paciente suele no ser consiente de la influencia de factores emocionales en su cuadro. De acuerdo a lo anterior tanto la derivación del enfermo como la interconsulta aislada del psiquiatra que visita al paciente tiene resultados más bien escasos.

El porcentaje de contacto entre estos enfermos y el psiquiatra o psicólogo se incrementa notablemente cuando el abordaje se realiza dentro de un marco multidisciplinario que facilite el conocimiento y manejo de la patología por parte del especialista primeramente consultado, el psiquiatra y el enfermo.

Lipowski define la psiquiatría de consulta y enlace como "el área de la psiquiatría clínica que incluye actividades clínicas, de investigación y docencia de psiquiatras y otros profesionales de salud mental en las secciones no psiquiátricas de un Hospital General. La "consultoría" propiamente tal se refiere a proveer opinión diagnóstica especializada y consejo sobre tratamiento con relación al estado mental de un paciente a petición de otro profes-

sional, mientras que el "enlace" supone la estructuración de grupos y actividades para una colaboración efectiva.

De acuerdo a todo lo aquí señalado es posible postular que en la aparición de un síntoma vocal funcional sin base orgánica demostrable y en quien se sospeche la presencia o asociación de factores psicológicos influirán:

a) Estímulos Ambientales: Registrados como eventos vitales significativos que tienden a generar un estado de alerta y activación emocional destinado a enfrentar dicho evento. Al intentar manejar este hecho el paciente podrá superarlo exitosamente o bien fracasar en dicho intento manifestando sintomatología física y psicológica.

b) Factores Individuales: Es decir, aquellos referidos a la predisposición genética y las variables caracterológicas. Se ha visto una alta tasa de rasgos anormales o trastornos de la personalidad en series de pacientes estudiados por esta causa (17,18). Se han asociado algunos rasgos con el tipo de respuesta objetivable, ya sea somatizador (ejemplo: disfonía músculo tensional) o conversivo (ejemplo: afonía) aún cuando esta asociación, tal y como se ha dicho aquí, es controverial.

c) Contexto: Otro elemento relevante en la aparición y evolución del síntoma vocal es aquel referido al contexto laboral y social en que el síntoma aparece. Dado el rol simbólico del trastorno se ha observado una alta incidencia del cuadro en quienes hacen uso laboral o profesional de la voz (secretarías, profesores) o de elite (cantantes líricos).

La emisión vocal se halla íntimamente ligada a las características citadas y se ha planteado que esta emisión estaría incluso ligada a la personalidad de cada individuo lo cual explica la dificultad de modificar externamente esta características en períodos intercríticos. Se han observado alteraciones del tono y el porcentaje de energía vocal que se emite en bandas de frecuencia útiles para la comunicación en pacientes maníaco depresivos en función de su estado clínico (19).

Es evidente que aún resta bastante información por investigar y descubrir en este campo y que mucha de la información aquí reseñada deriva de observaciones de muestras pequeñas o constructos teóricos como modelos para la investigación.

El esfuerzo del presente trabajo se centra en intentar organizar la información disponible buscando contextualizar la labor de investigación y asistencia que una unidad de diagnóstico y patología vocal puede realizar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Platón. Diálogos Vol. 1, Biblioteca Clásica Gredos N°37, Madrid 1992.
2. Hipócrates. Aforismos 4ª Ed. Premia Editores, México 1981.
3. Lolas F.; La perspectiva psicósomática en Medicina. 1ª Ed. Editorial Universitaria, Santiago, 1984.
4. Luban-Plozza B; Pöldinger W; El enfermo psicósomático y su médico práctico. Segunda edición Ed. Roche, Basilea 1986.
5. Vallejo J.; Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Segunda Edición Salvat, Barcelona 1989 6.
6. Rahe R.; Psychological and Physiological assessment on american hostages freed from captivity in Iran. Psychosom Med. 1990, 52:1-6.
7. Rahe R; Life Change, stress responsivity and captivity research. Psychom Med. 1990, 52:373-24.
8. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV, Washington 1994.
9. Kellner R. Somatization. Theories and Research. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1990, Vol. 178, 3:150-11.
10. Shader R.; Manuel of Psychiatric Therapeutics, 2ª. Ed. Little, Brown and Company Ed. U.S.A. 1994.
11. Stinnett J.; The Functional Somatic Symptom. Psychiatric Clinic of North America. March 1987, Vol. 10, 1:19-15.
12. Brunetto B; Mahaluf J; Oyarzún R; Miranda M; Painepán J; Una perspectiva psicológico-funcional en la Descripción de las disfonías. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 1991, Vol. 2 N°4:158-5.
13. Brunetto B; Oyarzún R; Mahaluf J; Mella L.; Somatización y Conversión en pacientes disfónicos. Revista Otorrinolaringología 1989, 50:35-10.
14. Oyarzún R; Brunetto B; Mella L; Avila S; Experiencia Clínica de un equipo Otorrinolaringo-fonoaudiológico. Rev. Otorrinolaringología. 1983 43:58-7.
15. Koppmann A; Ornstein C; Avilez G; Trastorno Facticio con signos y síntomas físicos: Descripción de un caso de dermatitis artefacta y su evolución en 5 años. Folia Psiquiátrica. 1996 Vol. 2, 1:23-6.
16. Camisassi A; Bellomo M; Levo M; Le disfonie psicogene: osservazioni cliniche e psicodinamiche. Med. Psicocom. 1983, 35:87-9.
17. Carvajal C; Sanfuentes M; Eva P; Jara C; Lolas F; Disfonia Funcional. Relación con personalidad y criterios de la CIE-10. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat, 1992, 38 (1): 47-5.
18. Gerritsma E.; An Investigation into Some Personality characteristics of Patients with Psychogenic Aphonia and Disphonia. Folia Phoniatr. 1991, 43:13-8.
19. García M; Saiz J; Talavera J; Cambios en la voz de una paciente bipolar en función de su estado clínico. Psiquiatría Biológica. Enero-Febrero 1996, Vol. 3, 1:32-3.