

Título: “ **EL PACIENTE PEQUEÑO CON DISFONIA** “

Autores: **Núria Bonet i Agustí**. Logopeda, Pedagoga y Profesora de música
(Universidad Autónoma de Barcelona- UAB)

María Silvia Feliu. Doctora en Fonoaudiología
(Hospital Bernardino Rivadavia)

Aldo R. Yanco. Doctor en Otorrinolaringología
(Hospital Bernardino Rivadavia)

INTRODUCCION

Los gritos, los chillidos muy frecuentes, interactúan con la inestabilidad de los órganos fonatorios en las primeras etapas de la vida y conducen, con cierta facilidad, a una disfonía. Para los niños, la voz es una forma de expresión no solo comunicativa y expresiva, sino también de expresión de las emociones.

La disfonía, más allá de su origen, es el resultado y/o se acompaña de un abuso y de un mal uso vocal con repercusiones socio-personales que nuevamente incrementan y conforman el problema vocal. La disfonía es la alteración de uno o más parámetros de la voz que generalmente lleva al individuo a forzar la voz. Éstos pueden ser:

- timbre: es la cualidad del sonido que permite diferenciar qué o quién lo produce, aunque la nota sea la misma (el timbre de cada instrumento musical como por ejemplo el oboe, la voz humana, la trompeta, o el violín es distinto y depende de la caja de resonancia, de su constitución anatómica o material construido).

- tono: en términos de física se le denomina frecuencia. El tono puede ser agudo o grave. Las variedades de tono son las responsables de la entonación.

- intensidad: en términos de física se le llama amplitud y depende de la presión del aire al golpear el contorno de la glotis. La intensidad puede ser desde muy suave a muy fuerte. Va muy unida al estado emocional del individuo.

- duración: el tiempo que dura un sonido.

Cuánto más tiempo se mantengan alterados algunos de los parámetros mencionados, mayor será la disfonía.

Las disfonías pueden clasificarse en:

- agudas: porque se dan en un momento determinado, suelen ser de corta duración cómo podrían ser los resfrios, la gripe, la faringitis.

- crónicas: de más duración (un mes o más) y pueden ser de origen orgánico (lesiones congénitas o morfológicas) o funcional (trastornos del mecanismo vocal en una laringe sana).

En ambos casos existe un desequilibrio neumofónico, o vibrador o de los resonadores.

APARICIÓN DE DISFONÍA

Todos los niños tienen un proceso de desarrollo, y con el paso de los años van cambiando hasta llegar a adultos. La voz también sufre modificaciones relacionadas con éste cambio, a las que todos estamos acostumbrados. Pero, ¿qué puede causar la aparición de disfonía en los niños?

- la estructura básica de los elementos de la voz: en el aparato fonador se pueden encontrar problemas hereditarios de tipo vocal, o malformaciones laríngeas que provocan disfonía.

- la fisiología de las estructuras vocales: (Ver Tabla 1: Fisiología de la voz infantil)

- la personalidad del niño/a: gran cantidad de niños que son vitales, dinámicos, inquietos, y movedizos, intentan imponerse a los demás con la voz. Son los que diríamos niños extrovertidos. Sin embargo, aunque en menor número, también pueden presentar disfonía los más introvertidos, tímidos, reservados, que se expresan con emisiones cortas, poco moduladas, con poca apertura vocal, y que para poder enfrentarse a los demás, lo hacen con un volumen de voz exagerado.

- el uso de la voz: el niño disfónico no sabe cómo debe usar la voz, y cada vez se aleja más del modo en que debería hacerlo correctamente. Las razones por las que los niños desembocan en un comportamiento de esfuerzo vocal varían; pero, el mecanismo de instauración casi siempre es el mismo, por hipercinesia de la fonación con distintas variantes: laringitis alérgicas, cada vez más frecuentes; lesión congénita de la cuerda vocal que se presenta en raras ocasiones; infecciones repetidas de las vías aéreas superiores, que se presentan muy frecuentemente; canalización de la vitalidad; expresión de sufrimiento psicológico; represión en la familia o en la escuela; se acompaña algunas veces de alteraciones en el aprendizaje; y de alteraciones motrices o neurológicas.

ESPECIFICIDAD DE LA DISFONÍA INFANTIL

¿Qué notamos en la voz de estos niños? Las características acústicas pueden ser muchas y son difíciles de definir pero por norma general se escucha una voz grave, áspera, soplada, algo nasalizada, ruda o cascada, con gallos, poca modulación o finales de frase áfonos y graves; también, hipotonía en el habla, gran tensión en la fonación o hipertónica, pereza articulatoria o habla rápida, es decir, taquilalia.

Existen otras características que acompañan a la disfonía infantil cómo podría ser el mecanismo respiratorio invertido, fonación en la inspiración, crispaciones musculares, desorganización en la mecánica de la laringe, con frecuencia dentro de la familia hay otros portadores de patología vocal (por mimetismo o por herencia). Hay una íntima relación entre las patologías funcionales de la voz y los trastornos emocionales en la niñez.

Normalmente los niños no son conscientes de su problema vocal si no es muy acusado o marcado. No se acuerdan de las circunstancias de su aparición. Los padres tampoco le dan suficiente importancia hasta que se ha hecho crónica o muy frecuente. Y a veces, también sufrieron o sufren problemas vocales y les parece normal la disfonía que padecen sus hijos. Encuentran natural que al volver de excursión, los niños vuelvan disfónicos u afónicos y el comentario más común es que ya se les pasará, y que a ellos también les ocurría. Si van a una escuela de música se quejan porque no pueden cantar las notas más agudas, pero a veces, los maestros tampoco son un modelo, y dan un mal patrón vocal a los niños, que ellos imitan con gran habilidad.

Los pediatras a menudo le dan poca importancia por anteponer procesos infecciosos de la laringe, cuadros de amigdalitis, problemas de las vías respiratorias inferiores, que pueden actuar como factores desencadenantes de un trastorno de la voz. Si el niño chilla, abusa de la voz en competiciones deportivas, canta con sobreesfuerzo y tiene catarros frecuentes o faringitis agudas periódicas, habrá una mayor predisposición a que se instaure un problema vocal.

¿QUIEN DETECTA LA DISFONIA?

Los médicos pediatras deberían consignar cuando se observa disfonía u afonía. Si cada vez que el niño visita al pediatra, éste nota que su disfonía persiste

por más de tres veces seguidas, se realiza una interconsulta con el foniatra, médico otorrinolaringólogo y con el fonoaudiólogo.

Los maestros apuntan, después de qué tipo de actividad aparece afonía en sus alumnos; y si ésto ocurre más de tres veces en un trimestre, sería conveniente sugerir que visite al otorrinolaringólogo o foniatra y al fonoaudiólogo.

Cuando los padres observan que al volver de una fiesta infantil, de un campamento o de un fin de semana movido, aparece disfonía en el niño, o si cuando llora o se enfada se queda casi sin voz y si se repite a menudo, deben comentar los distintos episodios al pediatra e ir al otorrinolaringólogo –foniatra, quien derivará al logopeda o fonoaudiólogo.

El mismo niño, muchas veces manifiesta su cansancio vocal y su incomodidad al ir perdiendo su voz y sus posibilidades de comunicación con sus amigos.

El especialista de la voz realizará una exploración exhaustiva de como el paciente usa la voz, como habla, lee y canta. Si se determina que existe un mal uso de la voz o que aparece alguna lesión en cuerdas vocales se lleva a cabo un período de rehabilitación vocal y que puede ir acompañado o no de algún tratamiento farmacológico. La observación del niño: su estática corporal, la respiración y su coordinación fonorespiratoria, intensidad de la voz al hablar, su ataque vocal si es preciso, soplado o duro, también pueden sugerir el motivo de su disfonía.

PLANIFICACIÓN DE LA REHABILITACION

Antes de iniciar la reeducación hay que tener presente la edad del niño que viene a consulta. Si son pequeños, entre 4 a 6 años, lo mejor es realizar los ejercicios ante los padres, para que sean ellos los que en su casa los realicen de la forma más espontánea posible. Si los niños son algo mayores, hay que pedir una colaboración muy estrecha entre padres e hijos para realizar el tratamiento en forma eficaz.

Fundamentalmente hay que concienciar a los **padres** para que se sientan apoyados en el momento del esfuerzo que supone cambiar **hábitos** muy arraigados en la vida diaria: aprender a escuchar al niño, buscar un ambiente adecuado para la

comunicación, hablar y no gritar, controlar las posibles infecciones de vías aéreas superiores. Es muy fácil pedir, explicar, comentar,... pero mucho más difícil llevarlo a la práctica. Por eso, aunque la sesión se haya realizado con el niño sólo, siempre debemos dejar unos minutos al final, para comentar con los padres los progresos y dificultades que conlleva ejercitar unos hábitos nuevos. Dar nuevos consejos y soluciones prácticas del día a día y conocer las evoluciones tanto del niño como del ambiente familiar.

Hay un **tratamiento** específico para cada niño y por ello la rehabilitación es y debe ser individual; de forma interactiva y personalizada. Esporádicamente, pueden realizarse controles grupales, los cuales motivan a los niños, al saber que a muchos de sus pares les sucede lo mismo; les resulta más divertido y se esfuerzan en realizar buenas producciones vocálicas. La duración y frecuencia semanal de la reeducación vocal dependerá del grado y tipo de disfonía. El niño pequeño no puede ir sólo a la consulta y por lo tanto dependemos de la disponibilidad de los padres. El compromiso por parte de ellos es fundamental para llevar con éxito una reeducación. El niño debe intentar mantener las mismas actividades extraescolares para que no se sienta apartado de todo aquello que le gusta. Si las actividades se pueden intercalar unas con otras mucho mejor. Y lo que es más importante es que sea realmente él quien quiera mejorar su voz.

El logopeda o fonoaudiólogo ayudará a que el niño mantenga su motivación: notar la variación que se produce en su voz, escuchar su voz o la de los demás, notar cómo día a día es capaz de realizar cosas que hacía tanto tiempo que no podía hacer, sentirse a gusto con su voz, sentir deseos de utilizarla, de volver a cantar las canciones que le gustan y recitar poemas y textos como si fuera él un actor de teatro. Todos estos actos, junto con ejercicios específicos, son los que posteriormente realizará en casa día a día.

Como puntos fundamentales en la rehabilitación se trabajan los siguientes elementos:

-Higiene vocal:

¿Qué podemos hacer a cambio de Gritar o hablar fuerte, para reducir la intensidad de la emisión? Algunos recursos son: gesticular, mirar hacia donde nos molesta el ruido o la persona que lo produce, callar, hablar con monosílabos o ser escuetos y

breves con la respuesta que nos solicitan, golpear o dar palmadas para avisar algo o llamar la atención, ir hasta donde está la persona a quién queremos dar el mensaje, silbar, articular los labios, enviar mensajes de texto, y desarrollar la creatividad para cada situación, en forma silenciosa.

¿Cómo hidratar? Realizando vahos, gárgaras, bebiendo de dos a tres litros de agua por día.

¿Qué se debe evitar? El humo, alimentos irritantes y el ruido.

¿Cómo descansar la voz? Dormir suficientes horas, leer, escuchar música, realizar juegos tranquilos sin gran competitividad como videojuegos o juegos de mesa, comunicarse por mail, chat o whatsapp.

No olvidar despejar las fosas nasales, sonándose bien la nariz, para ayudar a eliminar mucosidades.

-Relajación: Puede realizarse de todo el cuerpo en general o segmentaria. Principalmente se trabajan aquellas partes del cuerpo que participan activamente en la fonación como son el cuello, la mandíbula, los hombros, la cara, la lengua, los labios, las mejillas y la cabeza.

-Postura: controlar la postura del cuerpo. Mantener el tronco, el cuello y la cabeza como si estuvieran colgados de un hilo, o de una plomada. Buscar una base para sentirse bien apoyado. Mantener la postura del cuerpo estando quieto, de pie o sentado y cuando el niño está en movimiento. Conservar el centro miotático en cada posición que se adopte.

-Discriminación auditiva: Escuchar y reconocer sonidos diferentes, instrumentos, voces de otros niños, personas concretas, personajes famosos, estados de humor, ruidos del ambiente y calificarlos en intensidad, altura, duración, reconocer una voz bien conservada de otra con patología y comentar las sensaciones.

-Respiración: Principalmente se trata de reducir la hipertensión respiratoria, economizar y mejorar el soplo y controlar la presión subglótica. Aumentar la capacidad respiratoria y modificar el modo respiratorio alterado.

-Coordinación fono-respiratoria: A través del movimiento corporal, y un ritmo determinado, se inspira y se expulsa el aire a partir primero de algunos fonemas y luego, con palabras, frases cortas, extensas, expresiones populares, trabalenguas, poemas, lectura de textos y habla espontánea.

-*Resonancias*: Con los fonemas más adecuados se trabajan los resonadores bucales, nasales y craneales mediante ejercicios musicales.

-*Expresión personal y comunicación*: Se busca el desarrollo de la voz como vehículo de comunicación, trabajando la proyección, la conversación y voz confidencial. Se trabajan los parámetros propios de la prosodia como es la intensidad, la velocidad, y la entonación en distintas situaciones y estados de ánimo: habla exagerada, habla normal, habla teatral, entre otras. Se realizan juegos de entonación, adivinanzas, juegos de eliminación que tienen una melodía preestablecida, recitado de poemas y refranes, imitación de personajes imaginarios y uso de cuentos infantiles.

CONCLUSIÓN

Los maestros, profesores de música, la familia y en otras ocasiones los médicos pediatras son quienes detectan la disfonía del niño. En cualquier caso, todos piden una derivación del niño hacia el profesional especialista para que sea tratado por su disfonía. La escuela debe estar informada sobre los hábitos vocales que se están trabajando y mantener el modelo. Los pediatras también deben interesarse por el diagnóstico y tipo de tratamiento propuesto por el médico especialista, tanto si es quirúrgico, farmacológico como si se trata de una rehabilitación vocal. Observar como progresa el niño y animarlo a mantener los buenos hábitos vocales. La actitud de los padres, de los maestros y del pediatra facilitan la motivación del niño e inciden directamente en el buen resultado ante el tratamiento vocal propuesto.

BIBLIOGRAFIA

- Agustoni C.H. Guía gráfica de ejercitación para niños pequeños disfónicos y respiradores bucales. Edit.Puma, Buenos Aires, 1983
- Bustos I. Trastornos de la voz en edad escolar Ediciones Aljibe 2000
- Bustos I. La voz. La técnica y la expresión. Editorial Paidotribo 2003
- Coll J. Les dysphonies fonctionelles de l'infant. Revue Laryngo., suppl., 421-423. 1987
- Cornut G. Les dysphonies croniques de l'enfant avant la mue. J.F.ORL, XX,3,491-497. 1971
- Cornut G. La voix de l'infant. Bull. Audiophonol. 10.3. 3-55. 1980
- Dalléas B. Evolution de la voix de la naissance à la puberté. Rev.Laryngo. 4,271-273. 1987
- Danoy M.C., Heuillet-Martin G; Les dysphonies de l'enfant. Revue Laryngo., 4,341-345. 1990
- Dejong-Estienne F. La belle histoire de la princesse Voix ou la voix racontée aux enfants. Academia-Erasme. 1988
- Dejong-Estienne F. Pasifor et Voimenu au pays de la Voix des Voix et ce qui en résulta. Academia-Erasme. 1988
- Dejong-Estienne F. L'enfant dysphonique et la rééducation. Rev. Laryngo., 112,4,353-356. 1991
- Echeverría Goñi S. La voz infantil. Educación y reeducación. Edit. CEPE. 1995
- Jackson-Menaldi M.C. La voz patológica. Ed. médica panamericana. 2002
- Le Huche F. A propos du nodule et du polip vocal chez l'enfant. Revue Laryngo. 4,287-295. 1987
- Martinol-Randoux G. Et cols. Comment allier les impératifs techniques de la rééducation vocale au comportement de l'enfant dysphonique. Bull. Audiophonol, 4-5, 461-472. 1992
- Nelson W.E. et cols. Tratado de Pediatría. Salvat. 1980
- Prater, R.J. y Swift, R.W. Manual de terapéutica de la voz. Ed. Salvat 1986
- Verhulst J. Evolution dy larynx de la naissance à la puberté. Revue Laryngo. 4, 269-270. 1987
- Wilson K.D. Problemas de la voz en los niños. Ed. Panamericana. 1973