

disfonía – dysphonia

Authored by
memjavad

January 2, 2026

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *disfonía – dysphonia*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=8039>

Disfonía

Primary Disciplinary Field(s): Otorrinolaringología, Fonoaudiología (Patología del Lenguaje y la Voz)

1. Definición Central

La disfonía, comúnmente conocida como ronquera, constituye una alteración en la calidad, el tono, el volumen o el esfuerzo requerido para producir la voz, lo cual compromete la comunicación verbal del individuo. Esta condición es sintomática de una disfunción subyacente en el mecanismo fonador, principalmente en la laringe y las cuerdas vocales, que son responsables de la vibración necesaria para generar el sonido. Es crucial diferenciar la disfonía de la afonía, siendo esta última la pérdida total de la voz. Mientras la disfonía implica una voz audible pero anómala, la afonía representa una ausencia completa de fonación, aunque ambas comparten etiologías similares. La disfonía no es una enfermedad en sí misma, sino un signo clínico que requiere una evaluación exhaustiva para determinar la causa específica de la alteración vocal.

Desde una perspectiva clínica, la disfonía se caracteriza por una desviación de los parámetros vocales considerados normales para la edad, el sexo y el contexto cultural del hablante. La voz normal es el resultado de la interacción eficiente entre el sistema respiratorio (fuente de energía), la laringe (fuente de sonido) y los tractos resonanciales y articulatorios (filtros y moduladores). Cuando esta coordinación se ve comprometida, ya sea por causas orgánicas (estructurales o neurológicas) o funcionales (mal uso o abuso vocal), el resultado es la disfonía. La percepción de la calidad vocal alterada es subjetiva, pero herramientas de evaluación objetivas, como el análisis acústico y la videolaringoscopia, permiten cuantificar y visualizar la severidad de la perturbación.

El impacto de la disfonía trasciende lo meramente físico; dado que la voz es una herramienta esencial para la identidad y la interacción social, su alteración puede generar consecuencias significativas en la esfera profesional, social y psicológica del paciente. Profesiones que dependen intensamente de la voz, como docentes, cantantes, teleoperadores y oradores, son particularmente vulnerables a desarrollar disfonías crónicas, lo que subraya la importancia de la prevención y el manejo temprano de los síntomas. La disfonía es una de las afecciones más comunes que motivan la consulta al especialista en [Otorrinolaringología](#) y al [Logopeda o Fonoaudiólogo](#).

2. Etimología y Desarrollo Histórico

El término **disfonía** proviene del griego antiguo, fusionando el prefijo *dys-*, que denota dificultad, anomalía o deficiencia, y la raíz *phon?* (φων?), que significa sonido o voz. Literalmente, el término se traduce como "dificultad para sonar" o "alteración de la voz". Este origen etimológico refleja con precisión la naturaleza del trastorno, que implica una producción vocal laboriosa o

defectuosa, pero no una ausencia total. A lo largo de la historia de la medicina, las alteraciones de la voz han sido reconocidas como síntomas de patologías laríngeas, aunque su estudio sistemático y la distinción precisa de sus tipos son relativamente recientes.

Los primeros entendimientos sobre la voz y sus trastornos se remontan a la antigüedad clásica. Hipócrates ya describía la ronquera como un síntoma asociado a inflamaciones y enfermedades respiratorias. Sin embargo, el conocimiento anatómico detallado de la laringe era limitado hasta el Renacimiento. El desarrollo crucial para el estudio moderno de la disfonía ocurrió en el siglo XIX, con la invención del [laringoscopio](#) por Manuel García en 1854. Este instrumento permitió por primera vez la visualización directa de las cuerdas vocales en acción, transformando el diagnóstico de los trastornos vocales de una evaluación puramente perceptiva a una objetiva y visual.

El siglo XX marcó la consolidación de la Foniatría y la Logopedia (Fonoaudiología) como disciplinas especializadas en el estudio y tratamiento de la voz. Figuras como Emil Fröschels y Paul Moses contribuyeron significativamente a la clasificación de las disfonías y al desarrollo de técnicas de **terapia vocal**. Actualmente, el campo ha avanzado gracias a la integración de tecnologías sofisticadas como la [videostroboscopia](#) y el análisis acústico digital, que permiten una comprensión detallada de la fisiopatología de las vibraciones cordales, llevando a clasificaciones más precisas basadas en la etiología (orgánica, funcional, psicógena).

3. Características Clave y Sintomatología

La sintomatología de la disfonía es variada y depende directamente de la causa subyacente y el grado de afectación de la función vibratoria de las cuerdas vocales. El síntoma cardinal, universalmente reportado, es la **ronquera** (aspereza o carraspera), que se describe como una voz áspera, rasposa o entrecortada. Sin embargo, la disfonía puede manifestarse a través de múltiples dimensiones perceptuales que los clínicos evalúan rigurosamente.

Las principales características perceptuales incluyen:

Tono Alterado: El paciente puede experimentar un tono inusualmente alto (agudo) o bajo (grave), o una inestabilidad tonal (quebres vocales). Esto ocurre cuando la masa o tensión de las cuerdas vocales se altera, modificando su frecuencia de vibración fundamental.

Volumen Anormal: La voz puede ser demasiado débil (hipofónica), requiriendo un gran esfuerzo para ser proyectada, o en raras ocasiones, excesivamente fuerte. La hipofonía es común en trastornos neurológicos como la enfermedad de Parkinson.

Calidad Vocal: Más allá de la ronquera, la calidad puede ser **soplada** (debido a un cierre glótico incompleto, permitiendo el escape de aire), **tensa o estrangulada** (asociada a una hiperfunción muscular excesiva) o húmeda (sugiriendo la presencia de secreciones).

Esfuerzo y Fatiga Vocal: Muchos pacientes disfónicos reportan dolor o molestia en la garganta o

el cuello, y la sensación de que hablar requiere un esfuerzo desproporcionado. La fatiga vocal es un indicio clave de disfonía funcional o por abuso vocal.

Otros síntomas acompañantes pueden incluir la necesidad frecuente de carraspear o toser, una sensación de cuerpo extraño en la garganta (globo faríngeo) y, en casos de parálisis o lesiones laríngeas graves, problemas respiratorios (estridor) o dificultades para tragar (disfagia). La persistencia de cualquiera de estos síntomas por más de dos semanas, especialmente en ausencia de una infección respiratoria aguda, justifica una referencia inmediata a un otorrinolaringólogo para descartar patologías más serias, como lesiones premalignas o malignas.

4. Clasificación y Tipos de Disfonía

La clasificación de la disfonía es fundamental para guiar el diagnóstico y la estrategia terapéutica. Tradicionalmente, las disfonías se dividen en dos grandes categorías: orgánicas y funcionales, aunque una tercera categoría, la psicógena, también es reconocida.

Disfonías Orgánicas:

Estas disfonías son el resultado de alteraciones estructurales o neurológicas identificables en la laringe. Las alteraciones estructurales incluyen lesiones benignas (nódulos vocales, pólipos, quistes, granulomas) o malignas (carcinomas laríngeos). Los **nódulos vocales**, a menudo llamados "nódulos del cantante", son engrosamientos bilaterales en el tercio anterior de las cuerdas vocales, causados por trauma vocal crónico. Las disfonías orgánicas neurológicas son aquellas causadas por daños en el sistema nervioso central o periférico (nervio laríngeo recurrente), resultando en parálisis o paresias de las cuerdas vocales, o trastornos del movimiento como la [disfonía espasmódica](#) (una distonía focal).

Disfonías Funcionales:

Ocurren en ausencia de una patología orgánica visible en la laringe. Se deben principalmente a un uso incorrecto de los mecanismos fonatorios. La forma más común es la **Disfonía por Tensión Muscular (DTM)**, donde hay una hiperactividad o tensión excesiva de los músculos laríngeos y perilaríngeos durante la fonación. Esta tensión puede ser de tipo hiperfuncional (demasiado esfuerzo) o hipofuncional (demasiado poco esfuerzo, resultando en una voz soplada o débil). Las disfonías funcionales, si se mantienen en el tiempo, pueden secundariamente llevar a la formación de lesiones orgánicas, como nódulos.

Disfonías Psicógenas:

Estas disfonías están vinculadas a factores emocionales o psicológicos, sin evidencia de causa orgánica o mal uso vocal crónico. A menudo se presentan como afonía o disfonía severa de inicio súbito, coincidiendo con un evento estresante o traumático. La laringe es estructuralmente normal,

pero el paciente es incapaz de fonar de manera adecuada debido a mecanismos de conversión o somatización. El tratamiento de estas disfonías requiere un enfoque multidisciplinario, combinando la terapia vocal con la intervención psicológica o psiquiátrica.

5. Etiología y Causas Subyacentes

La etiología de la disfonía es multifactorial y puede involucrar una combinación de factores ambientales, conductuales y médicos. La causa más prevalente en la población general es la [laringitis aguda](#), generalmente de origen viral o bacteriano, que provoca inflamación e hinchazón de las cuerdas vocales, resultando en ronquera temporal.

Sin embargo, la disfonía crónica (persistente por más de tres meses) se asocia a causas más complejas. El **abuso y mal uso vocal** son responsables de la mayoría de las disfonías funcionales y de muchas lesiones orgánicas benignas. El abuso incluye gritar, hablar en voz muy alta, toser o carraspear excesivamente. El mal uso implica hablar con un tono inapropiado (demasiado bajo o alto) o con patrones respiratorios incorrectos. El reflujo laringofaríngeo (RLF), donde el ácido estomacal irrita la parte posterior de la laringe, es otra causa común de inflamación crónica y disfonía, a menudo manifestándose como carraspera matutina y sensación de cuerpo extraño.

Las causas sistémicas y neurológicas también desempeñan un papel significativo. Enfermedades endocrinas como el hipotiroidismo pueden causar edema en las cuerdas vocales. Las enfermedades neurológicas como el [Parkinson](#), esclerosis múltiple, o accidentes cerebrovasculares (ACV) pueden afectar el control motor de la laringe, llevando a disfonías hipocinéticas o atáxicas. Además, el tabaquismo es un factor de riesgo primario para el desarrollo de disfonías debido a la irritación crónica y es la causa principal del **cáncer de laringe**, una patología que siempre debe ser descartada en disfonías persistentes en adultos fumadores.

6. Diagnóstico y Evaluación

El proceso diagnóstico de la disfonía es sistemático y multidisciplinario, involucrando al otorrinolaringólogo y al fonoaudiólogo. El objetivo es identificar la causa subyacente, evaluar la severidad de la alteración y determinar el pronóstico.

La evaluación comienza con una historia clínica detallada, enfocándose en el inicio, duración y fluctuación de la disfonía, el uso profesional de la voz, hábitos de vida (tabaco, cafeína, hidratación), y la presencia de síntomas asociados como dolor o reflujo. Seguidamente, se realiza la evaluación perceptiva de la voz por parte del logopeda, utilizando escalas estandarizadas como la escala GRBAS (Grado, Ronquera, Soplo, Astenia, Tensión), que permite cuantificar la severidad de los parámetros vocales.

La exploración física es crucial. El otorrinolaringólogo realiza una [laringoscopia](#) (mediante fibra óptica rígida o flexible) para visualizar las cuerdas vocales. Si bien la laringoscopia estándar muestra la estructura de la laringe, la **videostroboscopia** es esencial para evaluar la función. Este procedimiento utiliza una luz estroboscópica para simular un movimiento lento de la vibración de las cuerdas vocales, permitiendo al clínico observar la onda mucosa, la simetría y la periodicidad de la vibración, revelando detalles que no son visibles a simple vista y ayudando a diferenciar entre lesiones orgánicas y funcionales.

Finalmente, el análisis acústico computarizado complementa la evaluación objetiva. Mide parámetros como la frecuencia fundamental (pitch), la intensidad, y las perturbaciones vocales (jitter y shimmer), que son indicadores de la irregularidad de la vibración cordal. La combinación de la evaluación perceptiva, visual (estroboscopia) y acústica proporciona un perfil completo de la disfunción vocal, esencial para la planificación terapéutica individualizada.

7. Estrategias de Tratamiento y Manejo

El manejo de la disfonía depende enteramente de su etiología. El tratamiento puede ser médico, quirúrgico o conductual (terapia vocal), siendo esta última la piedra angular para la mayoría de las disfonías funcionales y muchas orgánicas.

La **Terapia Vocal**, dirigida por un fonoaudiólogo especializado, es el tratamiento de elección para disfonías causadas por mal uso, nódulos vocales, y disfonías por tensión muscular. El objetivo es modificar los comportamientos vocales incorrectos, reeducar la respiración, optimizar la resonancia y reducir la tensión laríngea excesiva. Esto incluye ejercicios de higiene vocal, técnicas de relajación, y entrenamiento para la proyección vocal eficiente.

El manejo médico se aplica a disfonías causadas por inflamación, reflujo o trastornos neurológicos. Los inhibidores de la bomba de protones se utilizan para tratar el reflujo laringofaríngeo. En el caso de la disfonía espasmódica, el tratamiento estándar son las inyecciones de [toxina botulínica](#) directamente en los músculos laríngeos, lo que reduce la hipercontracción muscular y mejora temporalmente la calidad de la voz.

La intervención quirúrgica (microcirugía laríngea) se reserva para lesiones orgánicas que no responden a la terapia vocal o que requieren extirpación inmediata, como pólipos grandes, quistes o lesiones malignas. En el caso de la parálisis de cuerda vocal, la cirugía puede incluir procedimientos como la tiroplastia o la inyección de material de relleno para medializar la cuerda vocal paralizada y mejorar el cierre glótico. Es fundamental que la cirugía sea seguida por un periodo de reposo vocal y posterior terapia vocal para asegurar la curación adecuada y prevenir la recidiva.

8. Significado e Impacto

La disfonía tiene un impacto significativo que va más allá de la mera dificultad para hablar. La voz es un vector primario de la personalidad y la emoción; una alteración vocal puede llevar a la frustración, el aislamiento social y la baja autoestima. En el ámbito laboral, especialmente para los profesionales de la voz, la disfonía crónica puede resultar en absentismo, disminución de la productividad e incluso la pérdida de empleo.

El impacto económico de la disfonía es considerable, abarcando los costos directos de la atención médica (consultas, cirugías, terapia) y los costos indirectos relacionados con la incapacidad laboral. Esto ha impulsado un mayor enfoque en la **higiene vocal** y los programas de prevención en entornos laborales de alto riesgo, como escuelas y centros de atención telefónica.

La investigación actual se centra en mejorar las técnicas de rehabilitación y en el desarrollo de biomarcadores que permitan una detección más temprana de las disfonías malignas. La comprensión de la disfonía como un trastorno complejo que afecta la calidad de vida física, social y emocional del paciente subraya la necesidad de un enfoque holístico e interdisciplinario para su manejo exitoso.

Further Reading

[Disfonía - Wikipedia](#)

[American Speech-Language-Hearing Association \(ASHA\) - Voice Disorders](#)

[Mayo Clinic - Laryngitis \(General causes of hoarseness\)](#)