

PERDER LA VOZ TRAS UN CÁNCER DE LARINGE

María de los Ángeles Marín Abellán

(Asociación de laringectomizados Región de Murcia "San Blas")

mgmarinabellan@gmail.com

RESUMEN

La voz es como una huella dactilar: no existen dos iguales. Ésta posee un carácter diferenciador, íntimamente personal, que le confiere a cada hablante su propia identidad. Por eso, perder la voz significa quedarse sin una parte esencial de uno mismo, sin ese medio directo de expresión y comunicación con los demás.

La pérdida de la voz laríngea se produce, irremediablemente, cuando un cáncer de laringe daña por completo las cuerdas vocales y es necesario realizar una laringectomía total para extirparlas. Esto conlleva la búsqueda de otros medios para poder hablar.

Las prótesis fonatorias, como las fístulas traqueoesofágicas o las electrolarínges (prótesis externas), son algunos de esos medios¹. No obstante, este artículo se centrará en el método que suele utilizar la mayoría de los que han sufrido una laringectomía total: la técnica de la voz esofágica. Ésta consiste en producir un tipo de voz que se crea en el esófago y que resulta más grave y con una intensidad menor que la voz laríngea, pero que es igualmente eficaz en el habla, en la comunicación.

Así, en el presente artículo se expondrá de forma sencilla cómo se habla con la voz laríngea, qué ocurre cuando hay un cáncer de laringe y una

¹ En el cuarto y el quinto capítulo de *Hablar sin laringe. Rehabilitación de la voz en laringectomizados*, de L. Conrad y G. Heuillet-Martin (Barcelona: Ediciones Lebrón, 2003) se explica detalladamente el funcionamiento de estos métodos. Son mecanismos que también suponen una buena opción para hablar con claridad, sobre todo si ha habido problemas para utilizar la voz esofágica. En cualquier caso, sólo la persona que ha sufrido una laringectomía total y su otorrino pueden decidir qué medio se ajusta más a sus objetivos comunicativos.

posterior laringectomía, y cuáles son las claves para hablar con la voz esofágica.

Para ello, me basaré en mi experiencia como filóloga en la *Asociación de laringectomizados Región de Murcia "San Blas"*, donde tuve el privilegio de aprender a dar clase de la voz esofágica y ser profesora de la misma durante cuatro años.

Palabras clave: voz laríngea; laringectomía; pérdida; voz esofágica; comunicación.

ABSTRACT:

Voice is like a fingerprint: no two are alike. It has a distinctive character, intimately personal, which gives each speaking its own identity. So, lose your voice means no essential part of oneself, without the direct means of expression and communication with others.

The laryngeal voice loss inevitably occurs when a cancer of the larynx completely damaged vocal cords and is required total laryngectomy to remove them. This involves finding other means to speak.

Phonatory prosthesis or artificial larynx are some of these media. However, this article will focus on the method used most often those who have undergone total laryngectomy: the technique esophageal voice. This is to produce a voice type that is created in the esophagus and more seriously and with a lower intensity than the laryngeal voice, but it is equally effective in speech communication.

So, in this article we will present a simple way how to talk with laryngeal voice, what happens when there is a cancer of the larynx and subsequent laryngectomy, and what are the keys to talk to esophageal voice. To do this, I will draw on my experience as a philologist in *Asociación de laringectomizados Región de Murcia "San Blas"*, where I had the privilege of learning to teach esophageal voice teacher and be the same for four years.

Keywords: Laryngeal voice; Laryngectomy; Loss; Voice esophageal; Communication.

LA VOZ ANTES Y DESPUÉS DE UNA LARINGECTOMÍA

1. *La voz laríngea*

Todas las personas que tienen la suerte de poder expresarse mediante el lenguaje y no han sufrido ningún tipo de enfermedad que haya dañado su aparato respiratorio y fonatorio, utilizan la voz laríngea. Se denomina de esta manera a la voz que se produce en el interior de la laringe, concretamente en las cuerdas vocales.

El proceso del habla comienza cuando el hablante tiene la intención de comunicarse. Para ello, pone en marcha dos mecanismos que se producen en su aparato respiratorio y fonatorio: la inspiración y la espiración de aire, lo que le permite hablar y respirar al mismo tiempo.

Mediante el mecanismo de inspiración, el aire, ayudado por la contracción del diafragma, se introduce en la cavidad nasal u oral, baja por la faringe hasta llegar a la laringe, donde se encuentran la epiglotis, encargada de controlar la entrada de aire en la tráquea, y las cuerdas vocales, que en ese momento están separadas y dejan pasar ese aire que se dirige a la tráquea, para que desemboque después en los bronquios y los pulmones. Una vez allí, se pone en marcha el mecanismo de espiración, a través del cual el aire, ayudado por la relajación del diafragma, hace el mismo recorrido de forma inversa, saliendo de los pulmones y ascendiendo hacia la tráquea y la laringe, donde las cuerdas vocales se juntan al ser recorridas por el aire, produciendo una vibración, lo que da lugar al sonido. Finalmente, el sonido llega al punto de partida: las cavidades oral y nasal, que serán las cavidades de resonancia para que se articule con sus características distintivas, según la intención del hablante.

Las cuerdas vocales suponen el centro de producción de la voz laríngea. Sin embargo, cuando las cuerdas vocales han sido dañadas por algún tipo de problema: nódulos, pólipos, úlceras,... la voz se distorsiona. Así, un fuerte catarro que afecte especialmente a la garganta, puede desencadenar una disfonía (pérdida parcial de la voz) que, a su vez, se puede complicar y desembocar en una afonía: pérdida total de la voz. Por eso, es vital prevenir los problemas de laringe.

2. Cáncer de laringe y laringectomía

El mayor problema que puede afectar a la laringe es el cáncer. Lo suelen padecer más hombres que mujeres, aunque en los últimos años ha aumentado en éstas, y la franja de edad de los afectados oscila, aproximadamente, entre los cincuenta y los ochenta años.

Siguiendo a J.C Casado Morente y M.C. Trapero Domínguez (2011), el cáncer laríngeo resulta ser el tumor de cabeza y cuello más frecuente en Europa, aunque sólo represente del uno al dos por ciento de todos los cánceres del organismo. No hay una etiología clara sobre las causas de este tipo de cáncer, pero sí se sabe que está muy relacionado con hábitos perjudiciales como el alcohol y el tabaco. De hecho, este último parece ser un desencadenante decisivo, pues están aumentando los casos de cáncer laríngeo en personas más jóvenes, de treinta o cuarenta años, al reducirse cada vez más la edad de inicio en el consumo de tabaco. Del mismo modo, existen otros aspectos influyentes como: el factor genético, laringitis crónicas, déficit nutricional de vitaminas A y C, y la exposición a algunos contaminantes industriales como benzopirenos y asbesto.

Por otro lado, las señales de alarma que indican que hay algún problema en la laringe son: una disfonía o una afonía que no se curan, voz ronca, sensación de dolor al tragar y aparición de bultos en el cuello.

El cáncer laríngeo se puede presentar de varias maneras, causando mayor o menor daño en la laringe, las cuerdas vocales y los tejidos circundantes. Fundamentalmente, se distinguen dos tipos de operaciones para extirparlo: laringectomía total y laringectomía parcial.

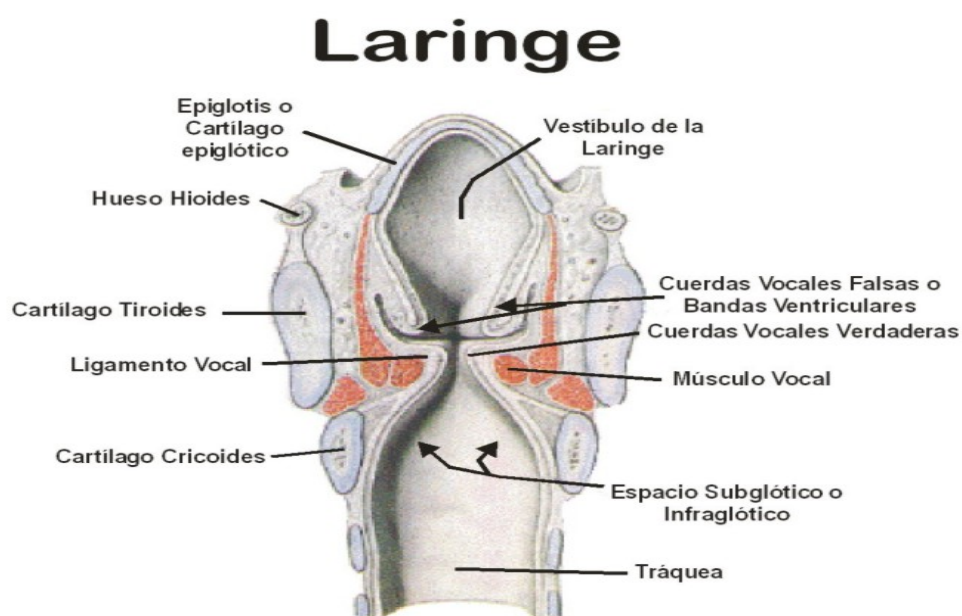
La laringectomía parcial engloba a una serie de técnicas quirúrgicas diseñadas para eliminar sólo aquellas zonas afectadas por el tumor. Una de ellas es la cordectomía, que consiste en la extirpación solamente de una de las dos cuerdas vocales, la que está dañada por el cáncer. Así, el hablante puede seguir comunicándose con su voz laríngea, aunque ésta tendrá ahora una intensidad menor, como si se tratara de una disfonía.

Por otro lado, la laringectomía total consiste en la extirpación completa de la laringe, desde la base de la lengua hasta llegar a la tráquea. Esto supone la eliminación completa del músculo laríngeo, donde se encuentran la epiglotis o glotis, el hueso hioides, los cartílagos tiroides y cricoides, y las cuerdas vocales. Éstas últimas suponen la caja de resonancia para la producción de la voz, por eso, tras su extirpación, el hablante ya no podrá producir su voz laríngea, teniendo que buscar otros medios para comunicarse, como son la técnica de la voz esofágica, o las prótesis fonatorias.

Además, según señalan R.J. Prater y R.W. Swift (1992) hay casos en los que el cáncer ha llegado hasta los *ganglios linfáticos cervicales*, teniendo que efectuarse una *disección radical* del cuello en el lado izquierdo o derecho, o, incluso, en los dos. Esta técnica causa una posterior rigidez en el cuello, puesto que se han perdido diferentes músculos y nervios encargados de su movilidad.

Figura 1. Interior de la laringe. Corte frontal

Fuente: Acosta, 2012



Consecuencias tras una laringectomía total

Además de la pérdida de la voz laríngea, los afectados por una laringectomía total tienen que afrontar una serie de cambios anatómicos irreversibles, que causan un impacto físico y psicológico importante.

Lo primero que ocurre tras una laringectomía total es un cambio en el aparato respiratorio y fonatorio. Si antes de la operación, el afectado respiraba al mismo tiempo que comía o hablaba, ahora la respiración se hace por un lado, y el habla, y la deglución por otro. De esta manera, la mayor parte del aire ya no entra por las cavidades oral y nasal, sino por un traqueostoma. Se trata de un orificio hecho en la parte baja del cuello, que se convierte en la entrada del aire para que éste baje desde la tráquea a los pulmones y la persona pueda respirar. La consecuencia directa de tener un estoma es que el aire ya no es filtrado por la nariz y la boca, y, por tanto, ya no se regula su temperatura ni se eliminan las posibles bacterias. Además, para mantener la abertura del estoma es necesario llevar una cánula de silicona o de plata, que sirve también para que la mucosidad no se adhiera a la pared de este orificio y sea más fácil su higiene.

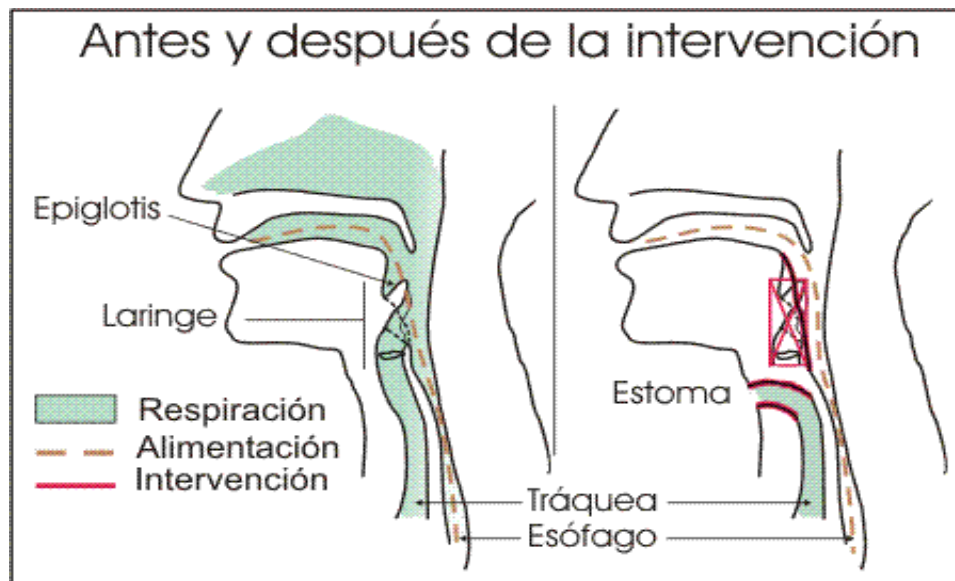
Por otro lado, para asegurar un mayor éxito en la extinción total del tumor, algunos afectados por el cáncer laríngeo reciben sesiones de quimioterapia antes o después de la operación. Del mismo modo, lo más común suelen ser las sesiones de radioterapia en la zona del cuello tras la operación. Éstas provocan la destrucción de los tejidos cancerígenos, pero también de otros tejidos sanos, dejando toda la zona del cuello enrojecida, hinchada e insensible durante un largo período de tiempo.

Tras una laringectomía total, su correspondiente traqueotomía, y, sobre todo, si el afectado ha recibido quimioterapia o radioterapia, se suele perder parte del olfato, lo que afecta también el sentido del gusto, al menos, durante un tiempo prolongado, dependiendo de las características de cada laringectomía. Esto se debe a que apenas circula el aire por la cavidad nasal, por eso sólo se perciben algunos olores intensos. Como consecuencia, el gusto también se ve afectado y, muchas personas sólo perciben los sabores más fuertes o éstos se ven alterados.

Además, a estos cambios anatómicos y fisiológicos tan radicales, se suma el vacío y la indignación que sienten los afectados, pues las secuelas sufridas son visibles ante los demás, suponiendo un obstáculo añadido en su recuperación.

Figura 2. Cambios anatómicos sufridos tras una laringectomía total.

Fuente: Miró Llull, 2007.



3. La voz esofágica. Características y ejercicios de aprendizaje

¿Cómo se produce la voz esofágica?

Cuando el hablante se queda sin laringe, tiene que buscar otros medios para poder comunicarse con los demás.

Siguiendo a L. Conrad y G. Heuillet-Martin (2003), la técnica más usada por los laringectomizados es la de la voz esofágica o erigmofonía, que se crea en la boca del esófago. Allí, se encuentra la neoglotis o seudoglotis, un músculo pequeño que puede vibrar y producir sonido si el aire lo recorre, como ocurría con las cuerdas vocales.

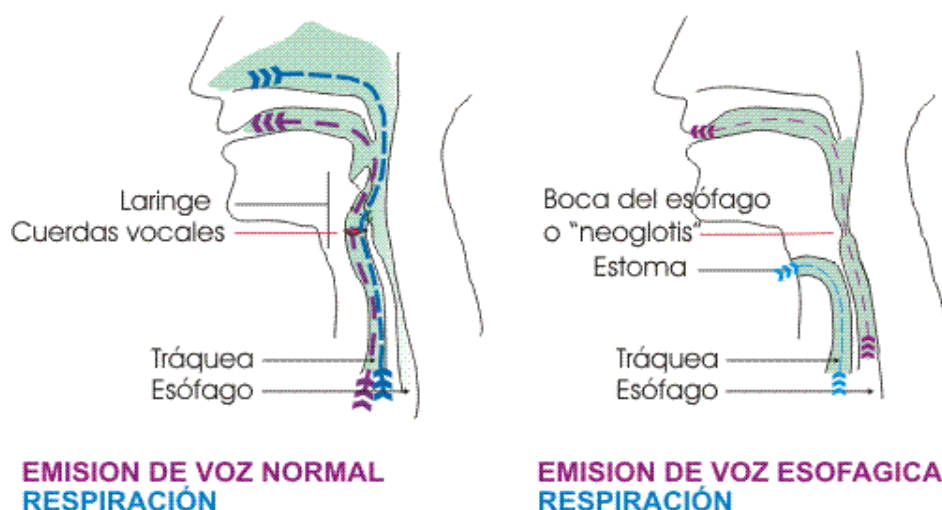
El proceso para crear la voz esofágica comienza cuando el hablante introduce aire en su boca para conducirlo hasta el esófago. Una vez allí, lo impulsa hacia arriba para que el aire vibre en la neoglotis y se produzca el sonido esofágico, también llamado: eructo. Recibe este nombre porque, auditivamente, se asemeja al eructo involuntario que se produce en el estómago tras ingerir alimentos o tomar bebidas gaseosas. Sin embargo, lo único que tienen en común ambos sonidos es que poseen una frecuencia grave. De esta forma, ese sonido esofágico, terminará de modelarse en la cavidad oral y nasal, donde se articulará siguiendo el mismo proceso que en la voz laríngea.

Por otro lado, se debe aclarar que la voz esofágica es mucho más grave, pero menos fuerte que la voz laríngea. Además, tiene una potencia limitada, algo que no permite al hablante gritar. Por eso, se hace necesario aprender un método que favorezca la intensidad y la modulación de la voz.

Figura 3. Respiración y habla antes y después de una laringectomía total

Fuente: Miró Llull (2007)

La voz antes y después de la intervención



Aprender a hablar con la voz esofágica. El método "vocálico"

La mayoría de los afectados por una laringectomía total acuden a una asociación de laringectomizados para que les informen de qué ha ocurrido y qué posibilidades tienen de volver a hablar. Afortunadamente, en las asociaciones hay monitores operados que hablan perfectamente con la voz esofágica, impartiendo las clases de rehabilitación de la voz, algo que supone el primer aliciente para comenzar un camino que estará lleno de altibajos. De igual forma, también se suele contar con la ayuda de psicólogos y logopedas, que guían a los operados en todo el proceso de recuperación física y psicológica.

Según la experiencia que he tenido dando clase de la voz esofágica, considero que el método que se puede denominar "vocálico" es bastante eficaz para conseguir un buen aprendizaje². Esta técnica consiste en aprender a pronunciar con la voz esofágica las cinco vocales del español, pues se trata de fonemas fáciles de emitir al principio de este proceso y, al pronunciarlos bien, se tendrá más facilidad para comenzar a decir palabras, desde monosílabos hasta heptasílabos, y, más tarde, oraciones simples y subordinadas. El primer paso consiste en utilizar el primer sonido que se produce en el esófago, para que, una vez ha llegado a la cavidad oral, se articule como el fonema /a/. Para ello se siguen las siguientes instrucciones:

- Introducir aire en la boca, cerrar ésta y empujar ese aire con la lengua hasta que llegue al esófago.
- Impulsar el aire que ha llegado al esófago hacia arriba, para que vibre en la neoglotis y, al llegar a la cavidad oral, se articule como el fonema /a/. Para eso, sólo se necesita colocar los labios igual que cuando se pronuncia la /a/ con la voz laríngea.

² Este método lo emplean los monitores que dan clase en la Asociación de laringectomizados Región de Murcia "San Blas". Con esta técnica se consigue que el hablante adquiera fuerza y claridad en la voz, para que, al alcanzar el nivel más alto de aprendizaje, tenga fluidez en el habla y sepa transmitir cualquier tipo de deseo o sentimiento, eligiendo la entonación adecuada para cada situación.

- Repetir este proceso varias veces, descansando entre una y otra, pues, al principio, es muy costoso y hay que mantener la calma. Es difícil producir el sonido en los primeros intentos, pero no hay que dejar de intentarlo hasta que se consiga.
- Cuando ya se ha conseguido pronunciar la /a/, se recomienda emitirla varias veces, de forma relajada, sin forzar la voz y dejando unos segundos de tiempo entre una emisión y otra. Además, es recomendable beber agua durante todo el tiempo en que se está hablando, pues la boca se reseca mucho, también como consecuencia de la operación, sobre todo si ha habido sesiones de radioterapia.

Después, se realiza el mismo proceso con las demás vocales: /e/, /i/, /o/, /u/, haciendo una pausa entre una y otra. Hay que especificar que las vocales que más cuesta pronunciar son la /i/ y la /u/, al ser las más cerradas. Aproximadamente, las pausas entre una vocal y otra serán de tres o cuatro segundos, tiempo suficiente para volver a tomar aire y pronunciarlas de forma suave, sin forzar la creación del sonido, pues parte del aire que asciende desde el esófago hasta la cavidad oral puede salirse por el estoma, convirtiéndose en un ruido de fondo que hace perder intensidad a la voz, o incluso, que ésta no se produzca.

Emitir con claridad las cinco vocales, de forma seguida, dejando tres o cuatro segundos entre una y otra, supone el primer paso para aprender a dosificar el aire en cada "golpe" de voz. Los monitores de la voz esofágica denominan así al número de veces que el hablante necesita para pronunciar una sílaba o palabra. De esta manera, una vocal se pronunciará mediante un golpe de voz: [a], y el conjunto de dos vocales se puede pronunciar con dos golpes de voz: [a], [e], o mediante uno solo: [áe]. También depende de la facilidad de cada hablante para producir el sonido esofágico, y de su esfuerzo diario para volver a hablar.

El segundo paso en el método vocálico es la formación de parejas de vocales, facilitando su entonación al hacer hincapié en la primera de las dos vocales: [áe], [ái], [áo], [áu]; [éa], [éi], [éo], [éu]; [óa], [óe],[ói], [óu]; [úa], [úe], [úi],[úo]. Las pausas ente una pareja de vocales y otra pueden ser un poco más largas, pues cada hablante necesitará un tiempo determinado para hacer este ejercicio.

El tercer paso será hacer hincapié en la segunda vocal del par, alargándola al máximo: [aeee], [aiii], [aooo], [auuu]; [eaaa], [eiii], [eooo], [euuu]; [oaaa], [oeee], [oiii], [ouuu]; [uaaa], [ueee], [uiii],[uooo]. Tal ejercicio supondrá ampliar la capacidad para dosificar el aire y hablar de forma encadenada, evitando el ritmo silábico.

Cuando ya se domina totalmente este método vocálico, se pasa a emitir palabras de diferente extensión, pues el hablante, al haber aprendido a dosificar el aire, ya puede pasar a un nivel más avanzado. Así, continúa su proceso de aprendizaje siguiendo estos pasos:

- Pronuncia monosílabos y bisílabos como: sol, luz, tú, yo, agua, mío, hola, adiós, mujer, hombre, hijo,... Éste supone un buen ejercicio para comprobar la diferencia entre pronunciar una palabra de una vez, o fraccionarla en varias sílabas. De esta manera, el hablante producirá una voz con una entonación que se acerca bastante a la de su voz laríngea anterior, evitando hablar de forma silábica.
- Después, practica la emisión de palabras de tres y cuatro sílabas como: amigo, familia, futuro, teléfono, periódico, superación, simpatía,... para potenciar la capacidad de retención de aire en el esófago, pues cuanto mayor sea ésta más sílabas se podrán pronunciar.
- El proceso continúa con la pronunciación de palabras que tienen entre cinco y siete sílabas, para terminar de perfeccionar la dosificación de aire a lo largo de la palabra, evitando que las primeras sílabas se entiendan muy bien y las últimas no.

Para esto hay un pequeño "truco": comenzar a pronunciar la palabra de forma suave, relajada, e ir subiendo la intensidad de la voz poco a poco, hasta llegar a la última sílaba. Un ejemplo de estas palabras sería: colaboración, posibilidad, hostelería, encarecimiento, laringectomía, descubrimiento, progresivamente,...

- Después, se trabaja en la pronunciación de oraciones simples y subordinadas, donde el hablante nota que los anteriores ejercicios le han servido para dosificar el aire y controlar la intensidad de la voz desde el principio hasta el final de cada palabra, evitando que se pierda aire por el estoma y la voz suene estridente. Además, es en esta fase donde se empieza a practicar la entonación para darle énfasis a aquellas oraciones exclamativas, interrogativas, desiderativas, con un tono irónico, de enfado, etc. Un ejemplo de estas oraciones sería: "Tú eres Pepe, ¿verdad?"; "Llamo porque quiero hacer un encargo para este viernes, si es posible"; "No, si a mí no me molesta en absoluto que me avisen a última hora", "¡No me digas que no te han contado la noticia!", "Es lo más bonito que he visto en mi vida", "Si pudiera volver hacia atrás, cambiaría muchas cosas",...

Por otro lado, es necesario destacar que se alcanza el nivel más alto dentro de la producción de la voz esofágica, cuando se adquiere suficiente soltura y fluidez para participar en todo tipo de reuniones, debates, monólogos y conversaciones telefónicas. La ventaja de estas últimas es que desaparece la limitación de la intensidad de la voz, pues se incrementa a través del auricular.

De igual forma, leer textos en voz alta supone también una prueba de que el hablante con voz esofágica domina perfectamente su lenguaje y su capacidad para expresarse, pues tiene que utilizar todo lo que previamente ha aprendido sobre su tipo de voz para conseguir una intensidad, un ritmo y una entonación adecuados, para poder transmitir lo que está leyendo.

Este proceso de aprendizaje es largo y difícil, en unos casos, y más corto y relativamente sencillo, en otros. Por eso, nunca se puede ofrecer una cifra sobre cuánto tiempo se tarda en volver a hablar, ni qué dificultad tiene. Todo dependerá de cada persona y de las consecuencias de la intervención. No obstante, cada vez hay más personas que consiguen hablar con la voz esofágica en unos pocos meses, y eso se debe, no sólo a su rápida recuperación hospitalaria, sino a su esfuerzo y entusiasmo durante el aprendizaje.

4. Voz esofágica y problemática social. Un apunte personal

Si cualquier tipo de cáncer trae consigo unos cambios físicos y psicológicos radicales, en el caso de un tumor laríngeo, la situación se agrava, pues las secuelas físicas son visibles y permanentes. Por eso, tener un agujero en la parte baja del cuello (traqueostoma o estoma), no hablar o utilizar la voz esofágica, que es grave, profunda y masculina, son secuelas que llegan a marcar a los afectados. Sin ir más lejos, el propio término "laringectomizado" supone una clasificación médica, social, laboral, familiar, que señala a unas personas, separándolas del resto.

Una persona operada de laringectomía total lo suele tener aún más difícil que otras personas que han padecido cualquier otro cáncer, pues, estas últimas suelen seguir con su vida normal tras su recuperación; los afectados por una laringectomía total no.

La situación se complica aún más, si cabe, en el caso de las mujeres, al ser tremendamente difícil acostumbrarse a hablar con la voz esofágica, que es grave, masculina, cuando la anterior voz laríngea era fina, dulce, femenina. Así, no se sienten en absoluto identificadas con este tipo de voz y llega a ser frustrante escucharse a ellas mismas en los primeros días de aprendizaje de la voz esofágica. Los hombres tampoco se identifican con este tipo de voz, no por el tono grave, sino por su baja intensidad, algo que también afecta a las mujeres. Parece un hecho poco preocupante una vez que ambos colectivos recuperan el habla, pero puede limitar su círculo social, su desenvolvimiento ante los demás, e incluso puede llevar a algunas personas a un progresivo aislamiento.

El aspecto laboral también supone un cambio radical para todos aquellos que se ven obligados a dejar su profesión y prejubilarse. Esto se debe a que el trabajo que desempeñan requiere hablar de forma fluida muchas horas al día, o implica un esfuerzo físico importante, que no se puede realizar por las secuelas de la operación: cambios en el sistema respiratorio, rigidez del cuello, dificultad para levantar los brazos o cargar abundante peso, etc. Esta situación cambia el rumbo de sus vidas, obligándoles a vivir de forma limitada.

No obstante, he tenido la suerte de ver cómo algunas personas han aprendido la voz esofágica, con una gran dedicación, perseverancia y esfuerzo diarios y, después, se han reincorporado a su trabajo, incluso tratándose de profesiones donde la voz es el eje fundamental.

En un sentido comunicativo, la diferencia principal entre un hablante con voz laríngea y otro con voz esofágica, es que éste último siempre respeta los turnos de habla en una conversación, no invade el discurso de otro hablante y escucha atentamente lo que le dice. El motivo para que se produzca esta manera perfecta de conversar es que el hablante con voz esofágica tiene una intensidad de voz limitada, habla un poco más despacio, y no puede elevar la voz demasiado, ni gritar. Por eso, se suele sentir "desmarcado" del resto de hablantes al no poder seguir el ritmo de habla o elevar la intensidad de la voz. En estos casos, la responsabilidad la tienen los hablantes con voz laríngea, que, moderando un poco su tono de voz y manteniendo la calma pueden hacer que los hablantes con voz esofágica se sientan integrados y no condenados a la estigmatización social.

El ámbito educativo es un campo abierto a la información y su divulgación, por lo que el conocimiento de este problema se plantea como una solución para evitar la indiferencia, el miedo, el rechazo,... que causa el desconocimiento acerca del cáncer de laringe y unas consecuencias gravísimas a nivel físico, psicológico, social y laboral.

Con respecto al campo de la filología y su estudio, si nos interesa que la situación que viven todas estas personas cambie, debemos ser los primeros en hacer algo. Al igual que nos hacemos eco de otras noticias o investigaciones relevantes en el campo de la filología, por qué vamos a obviar un tema que nos influye como personas que utilizan el lenguaje y, además, lo estudian como disciplina.

De esta manera, si se informa a la sociedad sobre este problema, estará mejor preparada para ayudar y volver a incluir en el mismo grupo a todas aquellas personas que han padecido la quiebra de su voz tras una laringectomía total. El objetivo, simplemente, de respetar al que no tiene voz o habla con prótesis fonatoria o voz esofágica, reside en cada persona.

Es profundamente triste que alguien padezca un cáncer de laringe, con unas secuelas físicas y psicológicas visibles y limitadoras y, además, tenga que soportar también las miradas y los comentarios de incompreensión, pena o indiferencia, debido a la falta de información y compromiso humano.

Es cruel que, día tras días, muchas personas que han llegado a ser grandes profesionales en su sector laboral, ya sea el empresarial, el agrícola, el de la construcción, el educativo... se sientan inseguros cada vez que tienen que hablar porque no reciben señales de su interlocutor para saber que está comprendiendo el mensaje. En una sociedad aparentemente avanzada y humanizada, este hecho nos arrastra a todos a la época en la que no existía el lenguaje verbal, ya que, algo tan natural como el intercambio comunicativo, se rompe en mil pedazos porque uno de los hablantes, el que ha tenido la suerte de no padecer ningún cáncer laríngeo, se empeña en negar a alguien que podría ser él mismo más adelante.

No hay que olvidar que los únicos espacios donde los afectados por una laringectomía total encuentran la ayuda para seguir adelante son las asociaciones que hay en cada comunidad, y las asambleas que se organizan a nivel nacional para compartir ideas y experiencias. Esto es algo reconfortante, por un lado, pero, triste, por otro, ya que un hablante con voz esofágica debería sentirse seguro de sí mismo siempre, y no sólo cuando acude a una asociación o a un encuentro con más personas en su misma situación.

Así, volvemos al punto de partida: el resto de hablantes que tenemos el privilegio de utilizar la voz laríngea somos los encargados de romper la barrera que ponemos al comunicarnos con un hablante con voz esofágica, con prótesis fonatoria o que aún no puede hablar, pues necesita recuperar su identidad a través de su nueva voz y el primer paso para que lo consiga es mantener el intercambio comunicativo con todo lo que implica, sin negar su participación, ni su forma de comunicarse. Sólo así habrá una comunidad de hablantes en general, con los mismos derechos y oportunidades.

BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA, J.C. (2012) *Nariz, garganta y oídos. Córdoba, Argentina*. Recuperado de <http://orlcba.com/>

BARRIO PARRA, M. y CUENCA VILLARÍN M.H. (2011) *El cáncer de laringe en la mujer: rehabilitación vocal, física y emocional*. Sevilla: Editorial Círculo Rojo.

CASADO MORENTE, J.C y TRAPERO DOMÍNGUEZ, M.C. Cáncer de laringe en la mujer. Clínica, diagnóstico y modalidades de tratamiento. En BARRIO PARRA, M. y CUENCA VILLARÍN M.H. (2011) *El cáncer de laringe en la mujer: rehabilitación vocal, física y emocional*. Sevilla: Editorial Círculo Rojo, p.11-25.

CONRAD, L. y HEUILLET-MARTIN, G. (2003) *Hablar sin laringe. Rehabilitación de la voz en laringectomizados*. Barcelona: Ediciones Lebón.

COSERIU, E. (1989) *El hombre y su lenguaje: estudios de teoría y metodología lingüística*. Madrid: Editorial Gredos.

COSERIU, E. (1989) *Teoría del lenguaje y lingüística general: cinco estudios*. Madrid: Editorial Gredos.

LE HUCHE, F. (1982) *La voz sin laringe: manual de reeducación vocal*. Barcelona: Editorial Médica y técnica.

LLULL MIRÓ, J.M. (2007) *Crónica de los avatares de mis cánceres y sus secuelas (de laringe, de piel, de pulmón) y otros asuntos, y traducción de artículos de "Anotacions més o manco impertinents"* [Mensaje en un blog] recuperado de <http://www.bitacoramirollull.com/>

PRATER, R.J. y SWIFT, R.W. (1992) *Manual de terapéutica de la voz*. Barcelona: Ediciones Masson-Salvat Medicina.

QUILIS, A. (2002) *Tratado de fonología y fonética españolas*. Madrid: Editorial Gredos.

- <http://www.alamursanblas.es.tl/> Asociación de laringectomizados Región de Murcia "San Blas".