



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Trastorno de la Fluidez Verbal de Inicio en la Infancia: Análisis
de Causas, Consecuencias y Estrategias de Intervención**

Autor/a: Laura Navarro Pecci

Director/a: Eva María Díaz Mesa

Madrid

2019/2020

Resumen

El trastorno de la fluidez verbal de inicio en la infancia o disfemia, conocido comúnmente como tartamudez, forma parte de los trastornos de la comunicación y se caracteriza por la presencia de alteraciones en la articulación y el ritmo del habla, bloqueos, repeticiones y prolongaciones de sílabas y palabras. Asimismo, este fenómeno suele ir acompañado de reacciones emocionales (ansiedad, culpa, vergüenza) y conductas de evitación y escape (silencios, circunloquios), provocando en la persona un deterioro social, académico y/o laboral. El presente trabajo busca arrojar luz acerca de este trastorno y sus características, así como de sus causas y de las estrategias de intervención más adecuadas desde la perspectiva psicológica. Tras la revisión bibliográfica realizada se ha evidenciado que existen discrepancias en la comunidad científica acerca de la etiología del trastorno, aunque los hallazgos más recientes parecen indicar que se trata de una combinación de factores genéticos y ambientales. Además, se hace una revisión de las intervenciones más adecuadas, ya que tampoco hay un pronunciamiento claro sobre cuál se debe llevar a cabo, si bien es cierto que se aboga por la intervención temprana e integral, abordando las disfluencias y los problemas emocionales y sociales de manera individualizada, esto es, atendiendo a las características de cada persona.

Palabras clave: trastorno, fluidez verbal, disfemia, tartamudez, causas, intervención psicológica

Abstract

Childhood-onset fluency disorder or disphemia, commonly known as stuttering, is a speech disorder characterized by the presence of articulation and speech rhythm alterations, blocks and syllables and words extensions and repetitions. It is also associated with emotional reactions (anxiety, blame, embarrassment) and avoidance and escape behaviours (silences, circumlocutions), causing social, academic and/or labour impairment. The following paper aims to shed some light on this disorder and its characteristics, as well as analyse its causes and the most accurate intervention strategies from a psychological perspective. After the bibliographic review done, the existence of discrepancies in the scientific community about the aetiology of stuttering has been demonstrated. However, the most recent findings seem to state that it is a combination of genetic and ambient factors. Likewise, a review of the most proper intervention strategies has been done, due to the lack of agreement in the scientific community, summing up that the most appropriate therapy is an individualized and adjusted to each person's characteristics intervention, which addresses disfluencies and emotional and social issues.

Key words: disorder, speech fluency, disphemia, stuttering, causes, psychological intervention

Índice

1. Introducción	1
1.1 Justificación	1
1.2 Objetivos	2
2. Desarrollo del lenguaje normalizado	3
2.1 Planteamientos teóricos sobre la adquisición del lenguaje	3
2.2 Estructuras neuroanatómicas que intervienen en el lenguaje	5
2.3 Etapas en la adquisición del lenguaje	6
2.4 Signos de alarma en el desarrollo del lenguaje	7
3. Trastorno de la fluidez verbal de inicio en la infancia	8
3.1 Definición según el DSM-V y el CIE-10	8
3.2 Sintomatología, tipos y evolución	9
3.3 Causas y factores influyentes en su aparición	13
3.4 Consecuencias	15
4. Intervención	17
4.1 Intervención desde la perspectiva psicológica	19
5. Discusión	23
6. Conclusiones	26
6.1 Limitaciones y prospectiva	27
7. Referencias bibliográficas	28

1. Introducción

La comunicación es un aspecto inherente a los seres humanos, dado que así lo expresa el primer axioma de la comunicación: “es imposible no comunicar”. Toda conducta que interactúe con el medio está mandando un mensaje al mismo, es decir, está comunicando. Los silencios, las palabras, las actividades o su no realización tienen un valor de mensaje que influye sobre el resto de las personas. Éstas, al mismo tiempo, responden a dichas conductas, por lo que también comunican. Por lo tanto, los seres humanos estamos en constante comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

Los procesos del lenguaje y el habla forman parte del complejo funcionamiento de la comunicación. El lenguaje, es el instrumento de comunicación exclusivo del ser humano que, además de utilizarse para intercambiar información y representar conocimientos, pensamientos e ideas; nos permite relacionarnos con otras personas e interactuar con el medio. Para hacer posible su adquisición es necesaria la intervención de procesos cognitivos como la percepción, la atención, la memoria y el pensamiento (García y González, 2018). No deben confundirse lenguaje y lengua, la cual hace referencia al conjunto de símbolos orales y escritos que comparte una misma comunidad lingüística y hacen posible la comunicación entre ellos (Jiménez, 2010). El habla, por su parte, se define como la capacidad de producir lenguaje oral, es decir, es la producción de sonidos de manera expresiva, en la cual están involucrados para su consecución la articulación, la voz, la fluidez y la calidad de resonancia. Además, para que el habla sea eficaz también juegan un papel importante los órganos bucofonatorios y los circuitos cerebrales (González y García, 2019).

1.1 Justificación

El trastorno de la fluidez verbal de inicio en la infancia, también conocido como tartamudeo o disfemia, forma parte de los trastornos de la comunicación, los cuales hacen referencia a las alteraciones del lenguaje, el habla y la comunicación, que no son debidas a un déficit sensorial, a disfunciones médicas o neurológicas, a una discapacidad mental o a un retraso global del desarrollo (García y González, 2018).

Este trastorno, de inicio entre los 2 y los 4 años, se caracteriza por la alteración de la coarticulación y el ritmo del habla, generalmente, al comenzar una frase, lo cual genera repeticiones y prolongaciones sonoras o silenciosas de sílabas y otros sonidos verbales, las cuales se producen de manera involuntaria. El individuo tiene consciencia de lo que desea expresar y de cómo se dice, pero no es capaz de hacerlo con fluencia, dando lugar a una mayor tensión muscular y conductas de esfuerzo.

La prevalencia de este trastorno se encuentra entre el 0,75% y el 1%, pero, cabe mencionar, que todos los niños en edad preescolar cuentan con una falta de fluidez del habla, la cual es considerada normal. Sin embargo, se calcula que un 33% de ellos tartamudean. La mayor parte de esos niños que tartamudean, el 99%, superará el trastorno a lo largo de su infancia e, incluso, durante su adolescencia, pero un 1% de ellos desarrollará disfemia de manera crónica, lo cual le generará otros síntomas como, por ejemplo, la logofobia, es decir, las conductas de evitación o las emociones y actitudes negativas en lo que respecta a la comunicación, que afectarán a su desarrollo social, académico y/o laboral (Sangorrín, 2005).

Existen numerosas teorías acerca de las causas del tartamudeo, desde aquellas que se basan en perspectivas genéticas, las cuales defienden la existencia de factores que predisponen a este trastorno; hasta otras de índole neuropsicolingüístico, pasando por enfoques más simples que abogan por las anomalías musculares (Sangorrín, 2005).

Además de la considerable cantidad de teorías etiológicas, también cabe destacar el creciente y variado número de recursos y procesos terapéuticos para tratar este trastorno. Sin embargo, el trastorno sigue resistiendo a las soluciones terapéuticas actuales, las cuales no hacen desaparecer el trastorno, sino que solamente mejoran su evolución (Bernal, 2009).

Es por todo lo mencionado con anterioridad que este trabajo busca arrojar luz acerca de las posibles explicaciones y estrategias de intervención más adecuadas en lo relativo al trastorno de la fluidez verbal de inicio en la infancia (tartamudeo).

1.2 Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es conocer las intervenciones en disfemia desde una perspectiva psicológica. Como objetivos específicos se han establecido:

1. Definir el trastorno de la fluidez verbal de inicio en la infancia.

2. Estudiar las causas y factores que influyen en su aparición y mantenimiento.
3. Analizar las consecuencias del trastorno.
4. Examinar las diferentes estrategias de intervención.

2. Desarrollo del lenguaje normalizado

El lenguaje es un código que permite la representación de la realidad y del mundo interno a través de unos símbolos y reglas compartidos por la sociedad, además de hacer posible la relación con el medio y con otras personas. Por otra parte, facilita el paso del pensamiento a la acción mediante la organización y la planificación. Son varias las dimensiones que lo conforman. La primera, la estructural, define los niveles que forman parte del lenguaje y que interaccionan entre sí: la forma, es decir, la fonología, la morfología y la sintaxis; el contenido, el cual hace referencia a la semántica; y el uso, esto es, la pragmática. El empleo del lenguaje para la comunicación y la interrelación con otros forman parte de la dimensión funcional, mediante la cual el lenguaje adopta diferentes formas en función de la intencionalidad comunicativa (informar, dar órdenes, expresar emociones, pedir información, etc.). Por último, se encuentra la dimensión comportamental, es decir el lenguaje como conducta de comunicación donde hablantes y oyentes se intercambian mensajes utilizando el mismo código (Jiménez, 2010).

2.1 Planteamientos teóricos sobre la adquisición del lenguaje

Existen diversas teorías y modelos explicativos que buscan arrojar luz sobre el proceso de adquisición de lenguaje, aunque parece que ninguna termina de convencer a la comunidad científica, por lo que se puede deducir que el lenguaje surge como combinación de los diversos factores que se tienen en cuenta en cada teoría.

Desde el determinismo, Whorf plantea que el lenguaje es una herramienta que determina nuestro pensamiento. Este autor diferencia entre determinismo lingüístico débil, por el cual el lenguaje influye en la forma de conceptualizar y procesar la realidad a nivel semántico; y el fuerte, por el cual el lenguaje determina el pensamiento de forma completa, llegando a ser lo mismo (Barragán y Lozanos, 2011).

Skinner, desde la corriente conductista, explica que el lenguaje es una conducta humana más y, por tanto, se explica a través de las leyes del condicionamiento (clásico y operante), es decir, el niño aprende el lenguaje mediante refuerzos, castigos, modelado y moldeamiento (Jiménez, 2010).

Otro modelo teórico existente es el innatismo, cuyo máximo representante es Chomsky, quien afirma que los seres humanos nacemos con unas competencias innatas que permiten desarrollar el lenguaje. Nacemos dotados de un dispositivo de adquisición del lenguaje, LAD por sus siglas en inglés, que aporta al niño el conocimiento de los principios universales del lenguaje, los cuales son comunes a todas las lenguas, y permite conocer cómo se aplican dichos principios a las especificidades de la lengua materna (Berko, 2010).

Según Piaget, siguiendo la teoría cognitiva, para que el lenguaje pueda desarrollarse el niño debe superar primero unas etapas del desarrollo cognitivo, por lo que el niño aprende a hablar en función del nivel cognitivo que haya alcanzado y lo va adquiriendo paulatinamente como parte del progreso cognitivo. Además, diferencia dos fases en la adquisición del lenguaje: el egocentrismo, por el cual el niño utiliza el lenguaje para hablar de sí mismo y para sí mismo; y el lenguaje social, etapa donde el niño comienza a utilizar el lenguaje para relacionarse socialmente (Jiménez, 2010).

Por otro lado, se encuentran las teorías interaccionistas. Dentro de ellas, los autores más relevantes son Vigotsky y Bruner, quienes sostienen que el lenguaje se adquiere como resultado de la interacción de la genética, el desarrollo y la experiencia. Vigotsky utiliza un enfoque social para explicar el lenguaje, por el cual éste nace como instrumento para hacer posible la comunicación y las interacciones sociales (función social) y para manejar y elaborar pensamientos de cara a la acción (función interna). Para adquirir el lenguaje el niño intenta aproximarse al modelo adulto de lenguaje internalizando las reglas del funcionamiento de la lengua mediante la imitación. Al contrario que Piaget, Vigotsky plantea que el lenguaje es la base del pensamiento, puesto que favorece la maduración cognitiva al convertirse el pensamiento durante el desarrollo en verbal y el habla en racional, reguladora y planificadora de la acción. Por tanto, el lenguaje actúa como facilitador de la elaboración y la planificación del pensamiento. El enfoque neurolingüista, del que hace uso Bruner, busca conciliar la teoría de Piaget y Vigotsky, indicando que para la adquisición del lenguaje son necesarias

ciertas bases cognitivas, pero, a su vez, el lenguaje modifica el desarrollo del pensamiento. Sostiene que el desarrollo del lenguaje comienza con la interacción del niño con su entorno al nacer, por lo que un ambiente sistemático, estructurado y rutinario favorecerá su adquisición, al comprender lo que le ocurre a él y a su alrededor (Navarro, 2003).

2.2 Estructuras neuroanatómicas que intervienen en el lenguaje

La evolución de las técnicas de neuroimagen ha permitido a la investigación científica determinar diferentes áreas cerebrales específicas que intervienen en el lenguaje. Aunque el hemisferio derecho también esté relacionado con ciertos aspectos del procesamiento del lenguaje, como la identificación del tono emocional del habla, las áreas fundamentales encargadas del lenguaje se encuentran lateralizadas en el hemisferio izquierdo en la mayor parte de las personas. Existen tres regiones principales en este hemisferio: el área de Broca, el área de Wernicke y el fascículo arqueado. El área de Broca está localizada en la zona frontal izquierda del cerebro e interviene en la planificación del habla para que ésta se produzca. El área de Wernicke, situada próxima al córtex auditivo, es responsable de la comprensión del lenguaje captado a través de los órganos sensoriales. Por su parte, el fascículo arqueado, está implicado en la conexión entre ambas áreas. Una lesión en cualquiera de estas áreas principales provocará una afasia, es decir, un trastorno en la comunicación que variará en base a la zona afectada, generando dificultades en la producción, en el entendimiento o en la repetición de las palabras, respectivamente (Berko, 2010).

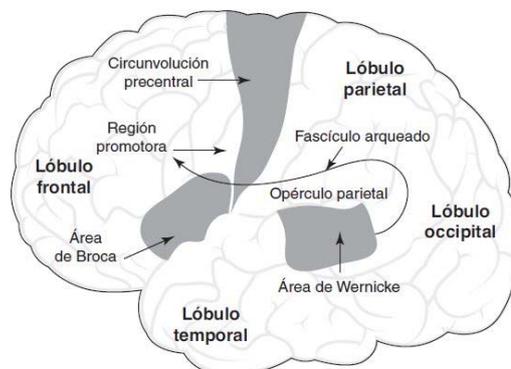


Figura 1. Áreas del lenguaje en el hemisferio izquierdo (Berko, 2010).

Además, la evolución produjo cambios en el tracto vocal (laringe, faringe, lengua y cuerdas vocales) que ha capacitado a las personas para coordinar la respiración, la deglución y la elaboración de sonidos, entre otros. Una reducción del tamaño de la lengua, una faringe alargada y una laringe baja es la combinación que hace posible la producción del lenguaje. La glotis (abertura superior de la laringe) de los seres humanos se encuentra en el extremo de la lengua y es más corta, permitiendo la coordinación de la deglución, la respiración y la producción de sonidos, mencionada con anterioridad. Gracias a la evolución, es posible la actual capacidad física para hablar con rapidez y claridad (Berko, 2010).

2.3 Etapas en la adquisición del lenguaje

Se entiende que un niño tiene un lenguaje normalizado cuando integra los niveles que constituyen el lenguaje (fonología, morfología, sintaxis, semántica y pragmática), es decir, cuando utiliza correctamente las palabras entendiendo su significado, posee un léxico rico y variado, articula de forma precisa, usa las estructuras gramaticales apropiadamente, tiene un ritmo y una velocidad de habla adecuados y hace un buen uso de la entonación (Fernández, Arce y Moreno, 2014).

Para que el lenguaje se desarrolle adecuadamente son necesarios los siguientes aspectos (Navarro, 2003):

- Un sistema nervioso en vía de maduración, a la vez que un proceso de desarrollo del sistema motor, en concreto, del aparato fonador.
- Cambios progresivos en el ámbito cognoscitivo, como el desarrollo de la simbolización y el pensamiento.
- Un desarrollo socioemocional, el cual surge de las interacciones con el ambiente y los otros.

Según la clasificación propuesta por Bloom, Lahey, Hood, Lifter y Fiess (1980), existen varias etapas por las que pasa el niño durante la adquisición del lenguaje. La primera, la etapa prelingüística, hace referencia al periodo comprendido entre el nacimiento y el primer año de edad. La comunicación característica de esta etapa se realiza a través de gestos, señas y ruidos no reconocibles como palabras por los adultos. En la etapa de una palabra, hasta los dos años, las emisiones realizadas por el niño van

transformándose en palabras o aproximaciones a ellas. Los adultos son capaces encontrar relación entre la palabra y el contexto en el que el niño la produce. Aproximadamente al año y medio comienza el lenguaje telegráfico, por el cual el niño comienza a emitir dos o más palabras, aunque no es capaz de formar oraciones, por lo que no siempre son comprensibles. A este lenguaje se le denomina jerga y está formado por sustantivos y verbos, pero los conectivos aún no están presentes. Después, en torno a los dos años y medio, el niño pasa a la etapa de frases y oraciones simples, la cual se prolonga hasta los tres años y medio. Durante esta fase las emisiones, aunque son breves y dependen del contexto, son reconocidas por los adultos como frases, ya que introducen las funciones de sujeto y predicado. Por último, de los tres o cuatro años en adelante, la comunicación verbal va adquiriendo un carácter más fluido y las oraciones son más largas y no dependen del contexto. Fonológicamente, también van adquiriendo los diferentes sonidos y diptongos.

2.4 Signos de alarma en el desarrollo del lenguaje

Una vez definidas las etapas del desarrollo del lenguaje, existen algunos signos a los que se debe atender, puesto que pueden constituir un problema en el lenguaje. Durante la primera fase del desarrollo, es decir, hasta los dos años aproximadamente, se considerará un indicador de preocupación: un niño que no exhibe interés por la comunicación y la información verbal proveniente del entorno, un niño que no parece comprender el significado del nombre o un niño que no posee capacidad de imitación. Aproximadamente entre los dos y tres años, se desarrollará el habla, revistiendo mayor importancia la cantidad que la calidad, dado que aún hay dificultades articulatorias. Se deberá atender si el niño presenta la capacidad de comprensión de instrucciones y si observa a los iguales, es decir, si comienza a desarrollarse socialmente. Una vez cumplidos los tres años, el niño debe ganar calidad articulatoria y emitir enunciados más largos, además de comprender instrucciones no contextualizadas. Un déficit en estas áreas podría significar un problema en el desarrollo del lenguaje. Por último, desde los cuatro años en adelante, se deberá atender a deterioros en la comprensión, expresión y uso del lenguaje (Fernández et al., 2014).

De los diferentes indicadores de preocupación existentes, no todos revisten la misma gravedad, aunque es recomendable que se realice una valoración logopédica

ante la presencia de cualquiera de ellos. Aquellos asociados a la estructura, el uso o la comprensión son más preocupantes que los que afectan a la pronunciación. En el caso de la disfemia, las señales de alarma que deben tenerse en cuenta son las relacionadas con esta última dimensión del lenguaje como, por ejemplo, un niño que muestra repeticiones silábicas y manifiesta nerviosismo, sudoración y/o conductas evitativas (Pérez y Salmerón, 2006).

3. Trastorno de la fluidez verbal de inicio en la infancia

3.1 Definición según el DSM-V y el CIE-10

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – V) (2014), el trastorno de la fluidez verbal de inicio en la infancia se caracteriza por

“Alteraciones en la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades del lenguaje y la aparición frecuente y notable de uno o más de los siguientes factores: repetición de sílabas y sonidos, prolongación de sonido de consonantes y vocales, palabras fragmentadas, bloqueo audible o silencioso, circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas), palabras producidas con un exceso de tensión física y repetición de palabras completas monosilábicas”.

Además, se acompaña de ansiedad al hablar, disfunciones en la comunicación eficaz y deterioro en los ámbitos social, laboral o académico de la persona.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud define la tartamudez en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) (1993) como “el trastorno del habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de los sonidos, sílabas o palabras, o por frecuentes dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla”.

Como se puede apreciar, en el DSM – V se tiene en cuenta y es un requisito el ver cómo afecta el trastorno a la persona y el malestar que le provoca en las diferentes esferas de su vida. Mientras tanto, en el CIE – 10 solamente se hace alusión a los síntomas de la disfemia.

3.2 Sintomatología, tipos y evolución

Los principales síntomas del trastorno de la fluidez verbal, como se indica en el DSM – V, son las repeticiones, prolongaciones y fragmentaciones de sonidos y palabras, los bloqueos, los circunloquios, y la tensión. Éstos pueden revestir diferente intensidad. Para valorar el nivel de gravedad de los mismos se puede hacer uso de la escala Wingate, la cual va del uno al cinco, siendo uno “tartamudez muy ligera” y cinco “muy grave”, como se expone a continuación en la tabla 1 (Cervera e Ygual, 2002).

EVALUACIÓN GLOBAL	EVALUACIÓN DESCRIPTIVA		
	FRECUENCIA (por palabras habladas)	ESFUERZO	RASGOS SECUNDARIOS
1. Muy ligera	1/100 1%	Ninguna tensión aparente.	Ninguno.
2. Ligera	1/50 2%	Tensión perceptible, pero con “bloqueos” superados con facilidad.	Mínimos (ojos abiertos, parpadeos, movimiento de la musculatura facial).
3. Moderada	1/15 3%	Clara identificación de tensión o esfuerzo durante dos segundos (aprox.) de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial.
4. Grave	1/7 15%	Clara identificación de tensión o esfuerzo durante dos a cuatro segundos de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial.
5. Muy grave	1/4 25%	Esfuerzos considerables (durante cinco a más segundos de duración) e intentos repetitivos y conscientes.	Actividad muscular enérgica. Facial u otra cualquiera.

Tabla 1. Escala Wingate para la evaluación de la gravedad de la tartamudez (Cervera e Ygual, 2002).

Por otra parte, los síntomas pueden verse agravados cuando la persona se encuentra bajo los efectos del estrés o la presión. La persona tartamudea más frecuentemente en un discurso narrativo que en una conversación normal (Jones, 2015). Además, se ha encontrado evidencia de que el tartamudeo no suele producirse cuando la persona está leyendo oralmente, cantando o hablando a objetos inanimados o animales (Molina, 2008).

Dentro de los trastornos de la fluidez verbal existen diferentes tipos. Por una parte, se encuentra la tartamudez adquirida o neurogénica, la cual aparece en personas con habla fluida como consecuencia de una lesión o enfermedad cerebral. Por otro lado, la tartamudez puede ser psicógena, es decir, puede surgir a partir de un episodio estresante o impactante psicológicamente para la persona. Por último, está la tartamudez evolutiva, la cual se inicia en la infancia y puede, o no, cronificarse y dar paso a la disfemia (Sangorrín, 2005).

En cuanto al tartamudeo, éste puede ser tónico, donde las dificultades se manifiestan en forma de intensos bloqueos al comienzo del discurso generando espasmos musculares; clónico, por el cual se producen emisiones repetidas de uno o varios fonemas o monosílabos al iniciar la comunicación, consecuencia de pequeños espasmos; o mixto, incluyendo los dos anteriores. El más común entre la población afectada es este último (Alonso, 2017).

Aproximadamente entre los 2 y los 4 años suelen aparecer disfluencias en un tercio de los niños, coincidiendo con la aparición del lenguaje conectado, dada la falta de capacidad para coordinar todos los elementos intervinientes en la organización de la expresión. Asimismo, los niños deben perfeccionar sus habilidades motoras y madurar social y emocionalmente para emplear el lenguaje de forma adecuada en sus interacciones sociales (Fernández-Zúñiga y Gamba, 2011). Dichas disfluencias son consideradas como parte normal del desarrollo del niño, puesto que el nivel de exigencia lingüística va aumentando y deben ir modificando sus habilidades para cumplir con las demandas del entorno, y es denominada tartamudez evolutiva o fisiológica (Roca, 2017). En la gran mayoría de los niños que pasan por ese periodo de tartamudez evolutiva, entre el 75% y el 85%, antes de los 14 meses las disfluencias remitirán espontáneamente. En el resto de ese tercio, es decir, entre el 25% y el 15%, las disfluencias se mantendrán más allá de los 14 meses, aunque podrán remitir en algún

momento de la adolescencia o adultez. Por lo tanto, solamente en un pequeño porcentaje de ese grupo de niños mayores de cinco años con disfluencias se cronificará el tartamudeo dando paso a la disfemia, siendo la prevalencia de este trastorno aproximadamente de un 1% en la población adulta, como bien se explica en la tabla 2 (Cervera e Ygual, 2002).

66% de la población	Nunca tartamudean.	
33% de la población	Presentan síntomas de tartamudeo entre los 2,5 y los 5 años durante, al menos, un corto periodo.	
	75 – 85% remite espontáneamente antes de los 14 meses (en ocasiones dura escasas semanas)	15 – 25% de la población
	15 – 25% remite durante la infancia o adolescencia	5 – 10% de la población
	<1% desarrolla Tartamudez crónica	<1% de la población

Tabla 2. Prevalencia de la tartamudez (Cervera e Ygual, 2002).

Por lo tanto, se deben establecer unos criterios en base a los cuales poder diferenciar entre la disfemia y la tartamudez fisiológica, esto es, para realizar el diagnóstico diferencial (Roca, 2017). En algunos casos resulta fácil apreciar que la disfemia está establecida o en vías de desarrollo, dado que aparecen indicadores claros en el niño como las reacciones emocionales ante las disfluencias, los comportamientos evitativos y de escape o la conciencia del problema. Sin embargo, en otros casos es más difícil pronunciarse acerca de la existencia del trastorno y es por ello que Rodríguez (2000) establece unos criterios que facilitan la identificación:

- Frecuencia: los niños con disfemia presentan una frecuencia de errores mayor que aquellos con disfluencias evolutivas, siendo el porcentaje de sílabas tartamudeadas por cada 100 del 17% y 7%, respectivamente. El criterio diferenciador se establece en la presencia mayor al 10% de palabras tartamudeadas.

- Tipos de disfluencias: las disfluencias más características de la disfemia, denominadas disfluencias-tipo-tartamudez (DTT), son las repeticiones de sílabas y palabras monosilábicas, las prolongaciones y rupturas de fonación y las pausas tensas. Mientras tanto, los niños con tartamudez evolutiva presentan repeticiones de palabras multisilábicas, repetición de frases, interjecciones y revisiones, manifestando un porcentaje de DDT menor al 3%, frente al 72% de DDT de los niños con disfemia. Se considera problemático más de un 25% de prolongaciones y más de un 3% de sílabas con DDT.
- Número de unidades repetidas: se estima que se está ante un niño con disfemia si más del 25% de las repeticiones tienen dos o más unidades, por ejemplo, “ca-ca-casa”.
- Duración de las repeticiones: el espacio entre repeticiones es menor en los niños con tartamudez fisiológica, por lo que las repeticiones rápidas constituyen un claro indicador de tartamudez.
- Movimientos asociados: ambos grupos presentan movimientos de cara o músculos y ruidos relacionados con el habla, aunque las personas con un trastorno de la fluidez verbal en mucha mayor medida. Además, hay dos movimientos característicos que indican disfemia: los movimientos oculares hacia los lados y el parpadeo.
- Agrupaciones de disfluencias: las disfluencias pueden aparecer agrupadas en torno a una sílaba o palabra, dándose este fenómeno en un 34% de las disfluencias características de la tartamudez evolutiva, frente a un 67% en la disfemia. Se contempla que un niño padece disfemia si más del 33% de las disfluencias están agrupadas en grupos de más de tres.

Una vez se ha establecido que se trata de una tartamudez no evolutiva, debe observarse si las disfluencias se han cronificado, es decir, si se ha establecido el trastorno o se encuentra en vías de hacerlo. Para ello se considera que la disfemia se ha cronificado en el momento en el niño es consciente de su problema y responde ante el mismo a través de reacciones emocionales, como la culpa, la incapacidad o la vergüenza, o las conductas de evitación y escape, por las cuales intentará ocultar sus dificultades (Rodríguez, 2000).

Además, establecer un diagnóstico diferencial resulta de vital importancia también en lo referente a la intervención, ya que permite tomar decisiones sobre el momento adecuado para la intervención o el inicio de un tratamiento específico. De esta manera, si no hay sospechas de que el niño pueda padecer un trastorno de la fluidez verbal y que las disfluencias, por tanto, sean solamente una fase de su desarrollo, se puede esperar a la recuperación espontánea. En cambio, si hay riesgo de que las disfluencias se cronifiquen y se evolucione hacia la disfemia la intervención temprana sería la opción más adecuada (Roca, 2017).

3.3 Causas y factores influyentes en su aparición

La etiología del trastorno de la fluidez verbal de inicio en la infancia se desconoce con exactitud, aunque los diferentes estudios parecen indicar que surge como consecuencia de una interacción de factores fisiológicos, ambientales y genéticos, como el lenguaje, la emoción, la cognición y las capacidades motoras (Fernández-Zúñiga y Gamba, 2011).

La genética y la neurofisiología parecen formar parte de la etiología de la disfemia. En un 60% de los pacientes la principal causa de la tartamudez es una predisposición genética, aunque se desconoce si son cromosomas, genes, o factores de género los responsables de su aparición. En el 10% de los casos de tartamudez con antecedentes familiares se ha encontrado una mutación en los genes GNPTAB, GNPTG y NAGPA, la cual afecta a las enzimas de las células. En cuanto a aspectos neurofisiológicos, se ha evidenciado un menor volumen de sustancia gris en el hemisferio cerebral izquierdo en personas con disfemia, además de una menor estabilidad de la sustancia blanca, encontrándose mayores conexiones de sustancia blanca en el hemisferio derecho que en el izquierdo (Jones, 2015). Respecto a la heredabilidad del trastorno, se ha comprobado que la probabilidad de que los hijos de un hombre con disfemia la hereden es del 9% si son mujeres y del 22% si son varones, mientras que para una mujer con tartamudez el riesgo es mayor. Además, se ha evidenciado que en gemelos monocigóticos el riesgo de transmisión generacional puede alcanzar el 75%. A pesar de los hallazgos relacionados con la heredabilidad, existen personas sin antecedentes familiares, en las que una combinación de dificultades en el control motor del habla, el procesamiento sensorial, la planificación y ejecución del

lenguaje y/o vulnerabilidad emocional pueden ser la causa de su aparición (Sangorrín, 2005).

Comparado con el cerebro de personas fluentes, parece que las áreas del hemisferio izquierdo de las personas disfémicas se desarrollan de manera diferente, en concreto, las zonas sensoriales, motoras y de planificación. El cerebro de las personas con tartamudez se desarrolla con mayor sustancia blanca en el hemisferio derecho, asumiendo las funciones del lenguaje y el habla y conectando áreas sensoriales y motoras que normalmente lleva a cabo el hemisferio izquierdo. Además, se ha observado que, en ciertas zonas en el hemisferio izquierdo encargadas de enviar representaciones fonológicas al área de Broca para la producción del lenguaje y conectar las áreas sensoriales, motoras y planificadoras necesarias para el habla, hay un menor volumen de sustancia blanca.

En esta línea, también se ha evidenciado una menor activación de las áreas asociadas con el procesamiento del lenguaje y el control motor del habla en el hemisferio izquierdo, además de una sobreactivación de los ganglios basales, los cuales se encargan de iniciar el movimiento, por la cual quedan inhibidos; un mayor tamaño del plano temporal derecho, el cual está asociado a un menor nivel de procesamiento auditivo; una menor activación de zonas relacionadas con la información sensoriomotora, las cuales intervienen en la planificación de los movimientos necesarios para hablar; y un deterioro en la información que fluye entre las áreas de Broca y Wernicke (Jones, 2015).

Por otra parte, se encuentran los factores ambientales, los cuales por sí solos no causan la disfemia, pero, combinados con la predisposición genética, pueden desencadenarla. Un ejemplo de ello es un estilo de crianza pobre por parte de los padres u otros cuidadores habituales, cuyo estilo comunicacional puede influir negativamente si se utiliza un lenguaje muy complejo para el niño, generándole un estrés que aumente su probabilidad de desarrollar disfemia. Además, una vez establecida la tartamudez, el desarrollo de las habilidades para superarla o adaptarse a ella será más difícil en personas con problemas de regulación emocional (Jones, 2015).

Otro de los factores que pueden influir en la aparición de la tartamudez es el género, dado que se encuentra una mayor frecuencia de este trastorno en hombres que

en mujeres, siendo la relación 5:1, es decir, por cada mujer afectada hay cinco varones que padecen disfemia (Ammer, 2018).

Los factores psicológicos no parecen estar asociados etiológicamente con la disfemia, pero sí son relevantes a la hora de aumentar el problema y mantenerlo, dado que los sentimientos de angustia, tensión y miedo son los responsables de activar las conductas de evitación y escape, las cuales es sabido que favorecen la persistencia de las disfluencias (Serra, 1982).

Loriente (2013), en su crítica el modelo biomédico, propone entender el tartamudeo como una problemática derivada de la estigmatización social. Así, explica que la población con tartamudez ha sido discriminada no solo por la sociedad carente de disfluencias, sino por las ciencias de la salud, ya que se ha conceptualizado la tartamudez como un trastorno, ante el cual no se ha sabido dar una explicación etiológica ni un tratamiento concluyentes. Desde esta perspectiva, se sostiene que la tartamudez es fruto del etiquetamiento y la discriminación, los cuales provocan que las personas con disfluencias se identifiquen entre ellas, diferenciándose a su vez del resto de la población, y experimenten sentimientos y pensamientos negativos. Como se ha mencionado con anterioridad, estos sentimientos desencadenan mecanismos de evitación y escape que mantienen las disfluencias y/o las potencian. Mediante esta posición, lo que se pretende es comprender la tartamudez como una muestra de la diversidad humana y desestigmatizarla.

3.4 Consecuencias

La disfemia puede transformarse en un trastorno muy incapacitante, puesto que puede provocar, dependiendo del grado, limitaciones sociales, académicas y profesionales produciéndose un efecto negativo en la calidad de vida de la persona que padece este trastorno (Fernández-Martín, Calet y González, 2016). En los casos más graves en los que los recursos terapéuticos no han resultado efectivos, la disfemia se puede valorar con un grado de discapacidad para la comunicación, dando lugar a una minusvalía entre el 25% y el 35% (Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía, 2007).

Es muy frecuente que las personas que padecen este trastorno experimenten una sensación de pérdida de control, ya que no dominan algo tan esencial como el habla.

Además, es común encontrar sentimientos y pensamientos negativos que obstaculizan el crecimiento personal, social y laboral de estas personas (Lorient, 2013; Álvarez, 2017).

Los síntomas pueden ser tan graves que pueden llevar a la persona a evitar ciertas situaciones sociales e, incluso, hablar en general (Jones, 2015). Al principio el niño no suele ser consciente de sus disfluencias, por lo que no le otorga mayor importancia. A raíz del progreso del trastorno las alteraciones se hacen más notorias y cada vez se dan con más frecuencia, por lo que el niño se hace consciente de sus dificultades. Ante ellas, comenzará a activar mecanismos de evitación, como evitar hablar en ciertas situaciones o con determinadas personas, pudiendo provocarle sentimientos de culpa, vergüenza y el consiguiente aislamiento social (Bernal, 2009).

La naturaleza crónica de la disfemia, la percepción de falta de control y las actitudes negativas de los oyentes sugieren que la tartamudez puede conformar un estigma en la sociedad, como se ha mencionado en el punto anterior. Los individuos estigmatizados poseen atributos o características devaluadas por el resto de la sociedad, y son consecuencia de que la propia persona o el contexto social en el que se desenvuelve consideren dicha característica como negativa. En el caso de la tartamudez, las personas pueden verse discriminadas durante las interacciones sociales que implican la comunicación por el hecho de no poseer un habla fluida. A menudo, la comunidad fluida se refiere a las personas con tartamudez utilizando el término peyorativo “tartaja” (Lorient, 2013). Este término surge como consecuencia de la existencia de prejuicios y estereotipos acerca de la disfemia, como que las personas que tartamudean son menos inteligentes, que si quisieran podrían curarse, o que son personas inseguras, tímidas e introvertidas. Éstos están instaurados en la sociedad debido a la falta de conocimiento sobre la naturaleza de este trastorno y pasan a formar parte de la identidad de la persona que tartamudea. El hecho de estar estigmatizado puede generar interacciones sociales y autopercepciones negativas en niños y adultos, además de otras consecuencias como depresión, aislamiento, baja autoestima y fracaso escolar o laboral. Cuanto más notorio y disruptivo sea el problema que presenta el individuo, sumado a la percepción de ser una persona diferente o inadecuada, mayores serán los esfuerzos por ocultarlo. Es frecuente observar a las personas disfémicas intentando ocultar su tartamudeo, en ocasiones sin éxito, sobre todo en situaciones donde deben

demostrarse las habilidades de comunicación, ya que al aumentar las exigencias comunicativas aumenta el estrés y, a su vez, el tartamudeo. Se han encontrado diferencias entre niños y adolescentes en lo referente a las consecuencias del tartamudeo. Los niños parecen minimizar la importancia de sus habilidades comunicativas, presentando mayor autoestima, dado que no otorgan tanto valor a las opiniones de los demás y no son tan conscientes de la diferencia entre su fluidez verbal y la de sus compañeros. En cambio, se observa una mayor preocupación respecto a la tartamudez a medida que van convirtiéndose en adolescentes y adultos, acentuándose también los intentos por ocultarla, ya que temen ser rechazados o estigmatizados por ello (Blood, Blood, Tellis y Gabel, 2003).

Por otra parte, la disfemia no afecta solamente a la persona que la padece, sino también a su entorno más cercano como es la familia. Ante un diagnóstico de este tipo va a tener que reorganizarse estructural, social y emocionalmente, ya que la familia como conjunto también experimenta sentimientos de dolor, sufrimiento, nerviosismo o frustración ante esta nueva situación. Asimismo, tiene un impacto económico en la familia, puesto que los servicios especializados de tratamiento suelen ser costosos. Existen servicios públicos a los que se puede acceder, pero la cobertura es escasa y en ciertas comunidades no existe. Otro elemento que afecta a la economía familiar es la mayor dificultad de las personas con tartamudez para conseguir un trabajo. Esto, a su vez, se relaciona con la discriminación laboral que sufren, por la cual no suelen formar parte de los procesos de selección ni lograr promociones o ascensos (Álvarez, 2017).

4. Intervención

Dentro de la comunidad científica existen discrepancias acerca del momento más adecuado para la intervención de la disfemia. Por un lado, existen estudios que indican que cuanto más temprana sea la intervención por parte de un profesional, mayor probabilidad existe de evitar que las disfluencias se cronifiquen y se establezca el trastorno (Fernández-Zúñiga y Gamba, 2011). Además, los datos empíricos han demostrado la eficacia de los tratamientos de intervención temprana. Un tercer

argumento a favor es que los tratamientos no poseen efectos iatrogénicos, por lo que las disfluencias no van a empeorar y parece mejor intervenir que arriesgarse a una menor eficacia debido a la espera (Rodríguez, 2000). Se trata de analizar los factores de riesgo específicos de cada caso y actuar sobre ellos desde el momento en el que aparecen las dificultades de la fluidez verbal sin esperar a una posible remisión espontánea. La principal intervención consiste en orientar a los padres aportándoles unas pautas de comunicación para favorecer el desarrollo de un habla fluida en el niño (Fernández-Zúñiga y Gamba, 2011). Además, también debe asesorarse a los docentes y personas del ámbito escolar, con el fin de prevenir la discriminación y el sufrimiento de los niños que tartamudean. Asimismo, es importante que los docentes posean los conocimientos básicos para identificar el trastorno y saber cómo actuar ante el mismo para que no se generen limitaciones académicas en el niño (Paredes, 2017).

En contraposición, otra parte de la comunidad científica aboga por esperar a la hora de iniciar una intervención o tratamiento (Roca, 2017). Uno de los argumentos a favor de la espera es que la remisión espontánea se da entre el 75% y 85% de los casos de tartamudez temprana, por lo que no habría razón para intervenir en la mayoría de los casos. De la misma manera, algunos autores afirman que la eficacia de los tratamientos no disminuye por la espera de unos meses, por lo que no resultaría negativo esperar un tiempo, con el fin de observar la evolución de los síntomas y hacer un diagnóstico diferencial. Cabe mencionar que este periodo de espera no debe ser mayor a los 12 o 14 meses desde la aparición de los síntomas, puesto que se ha evidenciado que pasado ese tiempo las tasas de recuperación disminuyen considerablemente. Por último, valoran que la intervención temprana puede tener efectos iatrogénicos, dado que puede provocar una mayor atención por parte del niño a sus disfluencias haciéndose consciente de ellas y cronicándolas (Rodríguez, 2000).

Los diferentes métodos terapéuticos que existen pueden dividirse en directos, indirectos o mixtos.

Los métodos directos se centran en el acto del habla y su propósito es mejorar la fluidez verbal. Para ello se utilizan técnicas de reducción de la velocidad del habla y prolongación de las palabras, el ritmo y dispositivos que influyen en la fluidez. La utilización del dispositivo SpeechEasy, el cual funciona mediante la retroalimentación auditiva retardada, ha demostrado su eficacia mejorando la fluidez verbal

notoriamente. Este dispositivo permite a la persona ajustar tres parámetros del mismo: volumen, retroalimentación auditiva retardada y retroalimentación de frecuencia alterada. La suma de los dos conceptos anteriores produce la simulación de la señal coral. Además de mejorar la fluidez verbal, aumenta la sensación de control y, por ende, la autoestima (Humenuik y Tarkowski, 2016). Otros dispositivos basados en la retroalimentación auditiva retardada también resultan satisfactorios para el control del ritmo, la articulación y la duración de las frases, dado que utilizan el enmascaramiento auditivo, por el cual la persona escucha su propia voz con un retardo de tiempo casi imperceptible que le lleva a alargar la pronunciación de los fonemas y a disminuir la velocidad del habla. De esta manera, se produce una reducción de las disfluencias. El uso de un metrónomo también forma parte de las técnicas directas y reduce significativamente las disfluencias, al marcar el ritmo del habla que se debe seguir. Si bien es cierto que puede dar la impresión de ser un habla artificial (Hernández y Gil, 2013).

Por su parte, los métodos indirectos buscan mejorar la fluidez verbal teniendo en cuenta a la persona y su organismo. Forman parte de estos métodos la acupuntura láser, la fisioterapia, la hipnoterapia y el biofeedback, entre otros. Todos ellos han demostrado reducir significativamente la fluidez verbal, además de otros aspectos como la ansiedad social asociada a la disfemia (Humenuik y Tarkowski, 2016).

Por último, se encuentran los métodos mixtos, los cuales combinan los métodos directos e indirectos en forma de programas terapéuticos. Este tipo de terapias ha demostrado ser más efectiva que aquellas que solamente se focalizan en las disfluencias verbales, dado que las emociones y actitudes de la persona que tartamudea también forman parte de la disfemia y, por tanto, deben tenerse en cuenta en la intervención. Entre los más conocidos se encuentran el programa Lidcombe, el programa Camperdown, el programa de Aceptación y Compromiso y el método de Azrin y Nunn (Humenuik y Tarkowski, 2016).

4.1 Intervención desde la perspectiva psicológica

El programa Lidcombe es un procedimiento conductual que se aplica en niños que comienzan a presentar alteraciones en la fluidez verbal, por lo que se aboga por la intervención temprana. La base de este tratamiento es que los padres son los que

administran el programa al niño durante su vida diaria, quienes son enseñados por un profesional del lenguaje durante sesiones semanales. En estas sesiones, el profesional explica el procedimiento a los padres, observa cómo lo hacen y les enseña a medir el grado de tartamudez y los resultados. Este último aspecto es de vital importancia, ya que permite registrar los cambios que se van produciendo, ajustar algunos aspectos si no hay signos de mejora y comprobar el efecto a largo plazo. El programa Lidcombe está estructurado en dos etapas. La primera, se basa fundamentalmente en la administración de refuerzos positivos por parte de los padres diariamente cuando el niño habla de forma fluida. En esta fase las visitas al profesional se establecen semanalmente. El niño se mantiene en esta fase hasta que las disfluencias desaparecen o son de carácter mínimo. La segunda etapa, consiste continuar con la misma dinámica, pero más espaciadamente, es decir, los padres disminuyen la frecuencia de sus intervenciones y las visitas a la clínica son cada más tiempo. Este método ha demostrado su eficacia en niños en edad preescolar disminuyendo el grado de tartamudez al mínimo, e incluso, remitiéndola. Asimismo, ha demostrado mantener dichos efectos a largo plazo (Packman, Webber, Harrison y Onslow, 2008).

El programa Camperdown, al igual que el Lidcombe, es un tratamiento conductual, aunque está recomendado para adolescentes y adultos mayores de 12 años con disfemia moderada o severa. Se lleva a cabo mediante un entrenamiento consistente en disminuir la velocidad y exagerar la forma de hablar, cuya finalidad es reducir el tartamudeo de la persona durante la vida diaria. El programa no incluye estrategias para reducir la ansiedad social asociada a la disfemia, aunque durante la tercera etapa pueden incorporarse dichas técnicas si fuera necesario. Para valorar la fluidez y la ansiedad de la persona dentro y fuera de la clínica se usan escalas simples que facilitan la autoevaluación y el autocontrol, además del establecimiento de metas a corto y largo plazo. El programa está dividido en cuatro etapas, donde el individuo aprende a controlar su tartamudeo mediante técnicas de fluidez individualizadas. Primero, es enseñado en consulta a usar dichas técnicas y a evaluar su grado de disfluencia. En la segunda etapa, la persona aprende a reducir su tartamudeo y a que su discurso suene más natural, a través del desarrollo de estrategias que va poniendo en marcha mientras habla con el terapeuta. La tercera etapa consiste en desarrollar las técnicas utilizadas para controlar el tartamudeo durante el día a día, es decir, se lleva a

cabo un proceso de generalización. Por último, la persona desarrolla habilidades para mantener un nivel leve de tartamudez a largo plazo y reducirlo si hubiera un aumento. Una ventaja que ofrece este programa es la posibilidad de realizarlo telemáticamente a través de un teléfono o webcam. Aproximadamente, el tiempo de tratamiento se sitúa en torno a 10 – 20 horas para completar las primeras 3 etapas, aunque en el caso de los adolescentes puede ser mayor. Respecto a su eficacia, se han observado mejoras del tartamudeo tras la aplicación del programa, tanto percibidas por la propia persona como objetivamente. Sin embargo, las mejoras disminuyen a largo plazo (O’Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman y Cream, 2018).

El programa de Aceptación y Compromiso trata de mostrar al paciente, mediante sus propias experiencias, que no importan las dificultades para hablar, debe aceptarlas y comprometerse con lo que quiere expresar, es decir, darle valor al contenido del mensaje y no a la forma. La persona debe aprender a afrontar las situaciones que le producen malestar hasta que éste se reduzca, lo cual se realiza mediante técnicas de exposición o desensibilización. Ello implica aceptar la ansiedad, la cual una vez es aceptada y dejada a un lado se transforma en algo tolerable e, incluso, desaparece. A través de esta terapia se busca que el individuo comprenda que son los esfuerzos por no tartamudear y las conductas evitativas las que le causan sufrimiento y que, si se expone a las situaciones temidas sin rehuirlas, se habituará al sufrimiento y dejará de sentirlo. Una vez la persona haya perdido el miedo a sus disfluencias y bloqueos se puede comenzar a trabajar aspectos modificativos que faciliten la fluidez en situaciones reales (Beilby, Byrnes y Yaruss, 2012).

Otro tratamiento existente para tratar el trastorno de la fluidez verbal de inicio en la infancia es el método de Azrin y Nunn. Es un procedimiento de carácter conductual utilizado para tratar hábitos nerviosos. Los hábitos nerviosos se mantienen por la asociación de los mismos a otros comportamientos de la persona, convirtiéndose en una conducta cotidiana y funcional. Este método pretende, por una parte, incrementar la percepción de autoeficacia de la persona frente a sus disfluencias y, por otra, que sea consciente de las conductas y situaciones asociadas a ellas. El procedimiento es el siguiente: primero, se debe trabajar la motivación al cambio, haciéndole comprender a la persona los aspectos negativos que resultan del hábito nervioso, en este caso, la tartamudez; después la persona identificará las conductas y situaciones en torno al

hábito; una vez identificadas, deberá aprender una conducta incompatible con las disfluencias, la cual realizará cada vez que sienta la tentación de realizar el hábito, evitando que se inicie, cuando esté en situaciones que lo favorezcan o realizando conductas que lo precedan; además, realizará un entrenamiento en relajación y deberá buscar apoyo social en su entorno para facilitar el cambio; por último deberá llevar un registro diario de la frecuencia del tartamudeo, con el fin de observar el progreso. Este método ha demostrado reducir la tartamudez considerablemente, aunque se desconoce el efecto a largo plazo (Moreno y García-Baamonde, 2002).

Desde otra perspectiva, la musicoterapia ha resultado ser beneficiosa para la disfemia, dado que, al compartir características estructurales y neurológicas con el habla, ayuda a reforzar aquellas áreas en el hemisferio izquierdo que presentan una menor activación e implica ritmo, coordinación motora y secuencias. Asimismo, la música posee beneficios emocionales, puesto que facilita la expresión de los sentimientos. Además, este tipo de terapia resulta más entretenida, sobre todo para los niños pequeños, lo que contribuye a la adherencia al tratamiento. Principalmente se utilizan dos técnicas en musicoterapia: el habla rítmica y el canto terapéutico. La primera, utiliza el control de la velocidad y el ritmo auditivo para dirigir las habilidades motoras asociadas con la producción del habla. El canto terapéutico, por su parte, consiste en realizar diferentes actividades que facilitan el habla y el lenguaje, mediante la iniciación, el desarrollo y la articulación de las palabras y el control de la respiración. Como técnica complementaria, se suelen realizar ejercicios respiratorios y orales, con el fin de mejorar la vocalización y el control y la fuerza del sistema respiratorio (Jones, 2015).

Cabe destacar que también se ha recurrido a la farmacología para el tratamiento de este trastorno. Se han utilizado antidopaminérgicos como la ziprasidona, la olanzapina y la risperidona, pero el único aprobado para la intervención en España es el haloperidol, el cual ha demostrado reducir los episodios de disfluencias entre un 12% y 15%, aunque solamente por un tiempo determinado y ante demandas comunicativas concretas. Asimismo, ha demostrado tener efectos secundarios significativos y en varios estudios su éxito terapéutico no ha sido reproducible. Por otra parte, los antidepresivos, ansiolíticos, antiepilépticos, betabloqueantes y la toxina botulínica han sido probados como método de tratamiento para la tartamudez (Agencia de evaluación de tecnologías

sanitarias de Andalucía, 2007). Actualmente, se está investigando acerca de otro antidopaminérgico denominado ecopipam, cuyos resultados parecen prometedores, dado que la mayoría de los pacientes (con disfemia moderada o severa) en los que se ha probado ha logrado reducir su tartamudez y el medicamento ha sido tolerado correctamente y no parece tener efectos secundarios significativos (Maguire et al., 2019).

Por último, desde la corriente sociológica que pretende concebir la tartamudez como una manifestación de la diversidad humana, se propone que las personas se acepten a sí mismas con sus características y dejen a un lado las mentiras, silencios y demás estrategias para intentar ocultar sus disfluencias, es decir, en palabras de Loriente (2013), que “salgan del armario”. Se insta a participar en grupos de autoayuda con el fin de eliminar los estereotipos y prejuicios de la sociedad, eliminar el sufrimiento de las personas no fluentes, normalizar al colectivo y sensibilizar a la sociedad.

5. Discusión

Teniendo en cuenta todos los hallazgos y la bibliografía revisada en el presente trabajo, se ha comprobado que el trastorno de la fluidez verbal de inicio en la infancia es un fenómeno influido por multitud de factores y sobre el que aún se desconocen varios aspectos. Se caracteriza por afectar al curso normal del habla de las personas que lo padecen, siendo frecuentes los bloqueos y las repeticiones, además de las consiguientes reacciones emocionales como el nerviosismo, la ansiedad o la vergüenza. También acompañan a la disfemia los intentos de los individuos por ocultar sus disfluencias, esto es, las conductas de escape y/o evitación, por las cuales la persona procura asemejar su habla al de las personas fluentes o evita las situaciones que implican comunicación. Sin embargo, la realidad es que dichas conductas no suelen tener éxito y los bloqueos y las repeticiones se vuelven más notorios (Sangorrín, 2005).

Aproximadamente un tercio de la población presenta disfluencias entre los dos y los cuatro años como parte de su proceso evolutivo, las cuales remiten espontáneamente en el 75% - 85% de los casos antes de los 14 meses desde su aparición.

En el resto, una parte también muestra una remisión de las disfluencias. Sin embargo, entre el 0,75% y el 1% padece un trastorno de la fluidez verbal, puesto que las disfluencias se hacen crónicas (Cervera e Ygual, 2002).

Aunque las causas de la disfemia son todavía inciertas, existen estudios e investigaciones que evidencian que el cerebro de estas personas sufre una sobreactivación del hemisferio derecho y una falta de activación de regiones cerebrales del hemisferio izquierdo asociadas a los mecanismos intervinientes en el habla. Ello puede deberse a que el hemisferio derecho está actuando como un dispositivo compensatorio de los déficits presentes en el hemisferio izquierdo y, como resultado, se producen las disfluencias. Además, el tartamudeo también parece exhibir una base genética, dado que se han encontrado mutaciones en varios genes que afectan a la actividad enzimática de las células y posee un alto grado de heredabilidad (Jones, 2015).

Por otra parte, se han hallado factores que, si bien no son causa directa de la disfemia, favorecen su aparición y su mantenimiento. Dentro de los mismos, se encuentran los factores ambientales como la familia y el entorno directo del niño. Su mera presencia no es un indicador de que se vaya a desarrollar un trastorno de la fluidez verbal, pero si se combinan con una predisposición genética es muy probable que aparezca. Por ello, si se cuenta con antecedentes familiares, el lenguaje y el entorno comunicativo debe tenerse muy en cuenta en las interacciones con el niño. Por otra parte, una buena socialización y regulación emocional por parte de los padres es de vital importancia, puesto que el riesgo de cronificación aumenta en niños con problemas emocionales (Jones, 2015). Cabe mencionar que la tartamudez también muestra un componente sexual, por el cual existe mayor probabilidad de desarrollarla en varones que en mujeres, siendo la proporción 5:1 (Ammer, 2018).

Las principales consecuencias de la disfemia son el desarrollo de sentimientos negativos como la falta de control, la culpa, la vergüenza o la ansiedad, fruto de la estigmatización por parte de la sociedad. Ello, a su vez, provoca un deterioro global en la vida de la persona, dado que la persona intenta evitar las interacciones sociales, viéndose afectado su desempeño académico y/o laboral (Loriente, 2013). La tartamudez no solo genera estos sentimientos y efectos negativos en la persona que la padece, sino también en su entorno más próximo, es decir, en su familia, la cual también debe realizar un ajuste estructural, económico y emocional ante esta situación (Álvarez, 2017). Pero,

realmente las consecuencias no son un resultado directo de las disfluencias características de este trastorno, sino de las reacciones de la sociedad ante ellas. Las personas que tartamudean no se diferencian psicológicamente del resto de la sociedad, es decir, tienen el mismo nivel de inteligencia, habilidades y características de personalidad como podría tener cualquier otra persona. Lo único que les diferencia es la manera característica en la que hablan. Por lo tanto, si se desestigmatizara la tartamudez o, mejor dicho, si se dignificase y se liberara de prejuicios y estereotipos, las personas no se sentirían discriminadas por su falta de fluidez, dejando a un lado los sentimientos negativos y los intentos por ocultarla y, por ende, las disfluencias en muchos casos disminuirían e, incluso, desaparecerían. Quizás lo único que se debería hacer es verla como una diferencia más entre los seres humanos, como ha ocurrido con la homosexualidad, y así se lograría evitar el sufrimiento al que están sometidas estas personas (Lorient 2013; Blood et al., 2003).

En lo referente a las estrategias de intervención, como se ha ido explicando a lo largo de este documento, existe una gran variedad de técnicas para el tratamiento del trastorno de la fluidez verbal de diferente naturaleza. Mientras unas abogan por la intervención lo más temprana posible, otras defienden que resulta más beneficioso esperar por si se diera una recuperación espontánea. Tras la revisión bibliográfica pertinente, se puede deducir que lo más efectivo es la intervención, siempre y cuando los síntomas representen un problema para la persona, en cuanto se observen ciertos signos que indican riesgo de cronificación, es decir, temprana (Rodríguez, 2000).

El abanico de métodos está formado por procedimientos que van desde la intervención conductual para la reducción de las disfluencias hasta la acupuntura, pasando por programas específicamente diseñados para el tratamiento de la disfemia y sus consecuencias personales y emocionales. Cada técnica ha demostrado ser eficaz en cierto número de personas y ante tareas lingüísticas determinadas, pero no se han encontrado intervenciones para la tartamudez claramente eficaces con resultados objetivos y subjetivos a largo plazo relacionados con el habla. Tampoco han demostrado ser igual de beneficiosos para todas las personas (Humenuk y Tarkowski, 2016). Ello puede deberse a que cada persona es diferente y posee unas características específicas, por lo que no todas las intervenciones pueden ser iguales y deben considerarse todos los factores inherentes a la persona que pueden estar relacionados con el trastorno y

sus posibilidades de tratamiento, como la edad, el sexo, el grado de tartamudez, el entorno, la existencia de antecedentes familiares, las posibilidades económicas, etc. Ante todo, debe acudir a profesionales que estén formados en este campo y sepan evaluar las posibilidades de cada persona (Fernández-Zúñiga y Gamba, 2011).

6. Conclusiones

Tomando en consideración todo lo comentado y expuesto, resulta evidente que la disfemia es un campo en el que queda mucho por investigar y conocer por parte de la sociedad, por lo que, hoy por hoy, no existe un pronunciamiento claro acerca de la etiología de este trastorno y la intervención adecuada, si bien es cierto que se están produciendo avances prometedores. Deberá seguir analizándose cada caso y sus características a la espera de nuevos hallazgos que permitan aclarar esta problemática. Retomando los objetivos propuestos se puede concluir que:

- Respecto al objetivo general, conocer las intervenciones en disfemia desde una perspectiva psicológica, se puede observar que se han desarrollado intervenciones muy variadas y que las más eficaces son aquellas que tratan no solo las disfluencias, sino también los problemas emocionales y sociales derivados de ellas, es decir, las intervenciones individualizadas que atienden a las necesidades específicas de cada persona.
- Respecto al objetivo específico de definir el trastorno de la fluidez verbal de inicio en la infancia, el DSM – V ofrece la definición más completa y detallada, puesto que tiene en cuenta que se trata de un fenómeno multifactorial formado por un trastorno del habla acompañado de dificultades emocionales, sociales, escolares o laborales.
- Con el fin de estudiar las causas y factores que influyen en su aparición y mantenimiento, se han establecido diversas teorías de naturaleza variada, pero los hallazgos más recientes parecen apuntar a una predisposición genética combinada con factores ambientales del entorno directo del niño, como la familia.

- Las consecuencias del trastorno, como la culpa, vergüenza, ansiedad o falta de control; pueden ser más o menos graves, en función de la personalidad de la persona, pero, sobre todo, de cómo reaccione su entorno más próximo a las disfluencias (amigos y familia), ya que cuanto más se acepten menos aparecen.
- En lo referente a examinar las diferentes estrategias de intervención, se ha evidenciado que las intervenciones psicológicas presentan un mayor grado de eficacia que las farmacológicas, la retroalimentación retardada o la hipnoterapia, entre otros.

6.1 Limitaciones y prospectiva

La principal limitación que se ha encontrado en la realización de este trabajo ha sido la falta de estudios concluyentes recientes respecto a la materia, dado que la mayoría de artículos y libros relevantes son de hace más de diez años. Además, el hecho de no poder acceder a los libros y la existencia de artículos de pago también ha limitado bastante la búsqueda bibliográfica.

El presente trabajo aporta una visión global y actual acerca del trastorno de la fluidez verbal de inicio en la infancia, su etiología y las principales estrategias de intervención que existen. De cara a un futuro, se debe seguir investigando este fenómeno desde una percepción multifactorial y multidisciplinar con el fin de encontrar nuevos hallazgos que permitan conocerlo en profundidad, esclareciendo las causas y estableciendo nuevas estrategias de intervención más eficaces.

7. Referencias Bibliográficas

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. (2007). Resultados de los tratamientos para la tartamudez. (5/2007). Recuperado de: www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA.
- Alonso, J. (2017). Trastornos de la comunicación desde el DSM – V. *Cuadernos de Neuropsicología*, 11(1), 144 – 156.
- Álvarez, G. (2017). *Las personas con tartamudez en España. Libro Blanco*. Madrid: Cinca.
- American Psychiatry Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – V)*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Ammer, N. (2018). *Tratamiento de la Disfemia con Hipnosis* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de La Laguna, Tenerife.
- Barragán, E. y Lozanos, S. (2011). Identificación Temprana de Trastornos del Lenguaje. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(2), 227 – 232.
- Beilby, J., Byrnes, M., y Yaruss, J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4), 289 – 299.
- Berko, J. (2010). El desarrollo del lenguaje. Una revisión y una vista preliminar. En *Desarrollo del Lenguaje* (1 – 37). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Bernal, M.T. (2009). El alumno con disfemia. *Innovación y Experiencias Educativas*, 5(18), 1 – 8.
- Blood, W., Blood, I., Tellis, G. y Gabel, R. (2003). A preliminary study of self-esteem, stigma and disclosure in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 143 – 159.
- Bloom, L., Lahey, M., Hood, L., Lifter, K. y Fiess, K. (1980). Complex sentences: Acquisition of syntactic connectives and the semantic relations they encode. *Journal of Child Language*, 7(2), 235 – 261.
- Cervera, J.F. y Ygual, A. (2002). Intervención educativa en los niños tartamudos: retos técnicos y compromiso ético par los especialistas en audición y lenguaje. *Edeñana, Estudios y propuestas de Educación*, 25, 9 – 35.

- Fernández, F., Arce, M. y Moreno, J. (2014). "Escuchemos el lenguaje del niño": normalidad versus signos de alerta. *Revista de Pediatría y Atención Primaria*, 23, 101 – 110.
- Fernández-Martín, M., Calet, N. y González, J. (2016). Nuevas tecnologías empleadas en la intervención de la tartamudez: una revisión. *Revista de Investigación en Logopedia*, 2, 88 – 106.
- Fernández-Zúñiga, A. y Gamba, S. (2011). Evaluación, intervención y evolución en caso de tartamudez temprana. *Boletín de AELFA*, 11(2), 39 – 44.
- García, J.M. y González, J.J. (2018). Trastornos del lenguaje y de la comunicación. *Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria*. Recuperado el 23/10/19 de: www.algoritmos.aepap.org/adjuntos/trastornos_lenguaje.pdf
- González, J.J. y García, J.M. (2019). Trastornos del lenguaje y la comunicación. En *Congreso de Actualización Pediatría 2019*. (569 - 577). Madrid: Lúa Ediciones.
- Hernández, J. y Gil, Y. (2013). Efectos de la retroalimentación auditiva retardada en los patrones de tartamudez. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(2), 243 – 251.
- Humeniuk, E., y Tarkowski, Z. (2016). Overview of research over the efficiency of therapies of stuttering. *Polish Annals of Medicine*, 24(1), 99-103.
- Jiménez, J. (2010). Adquisición y desarrollo del lenguaje. En *Psicología del Desarrollo en la etapa de educación infantil* (pp. 101 – 120). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Jones, A. (2015). *Stuttering and music therapy* (Trabajo de Fin de Master). Ball State University, Indiana.
- Loriente, C. (2013). Crítica y alternativa al modelo biomédico de la tartamudez. *Revista de Investigación en Logopedia*, 3(2), 120 – 145.
- Maguire, G., LaSalle, L., Hoffmeyer, D., Nelson, M., Lochhead, J., Davis, K., Burris, A. y Yaruss, J. (2019). Ecopipam as a pharmacologic treatment of stuttering. *Annals of Clinical Psychiatry*, 31(3), 164 – 168.
- Molina, M. (2008). Trastornos del desarrollo del Lenguaje y la Comunicación. *Revista de la Universidad Autónoma de Barcelona*, 18(2).
- Moreno, J.M. y García-Baamonde, E. (2002). Tratamiento de un caso de tartamudez a través del método de Azrin y Nunn. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 22(4), 219 – 225.

- Navarro, M. (2003). Adquisición del lenguaje. El principio de la comunicación. *CAUCE. Revista de Filología y su Didáctica*, 4, 321 – 347.
- O'Brian, S., Carey, B., Lowe, R., Onslow, M., Packman, A. y Cream, A. (2018). The Camperdown Program Stuttering Treatment Guide. *Australian Research Centre*.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE – 10). Criterios Diagnósticos de Investigación*. Madrid: Meditor.
- Packman, A., Webber, M., Harrison, E., y Onslow, M. (2008). *Manual for the Lidcombe Program of early stuttering intervention*. Lidcombe: Australian Stuttering Research Centre.
- Paredes, J.K. (2017). *Intervención Temprana en la Tartamudez Incluyendo Tareas Musicales* (Trabajo de Fin de Grado). Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona.
- Pérez, P. y Salmerón, T. (2006). Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8(32), 679 – 693.
- Roca, E. (2017). *Análisis de la Intervención Logopédica en Tartamudez Infantil* (Trabajo de Fin de Grado). Escuelas Universitarias Gimbernat, Cantabria.
- Rodríguez, A. (2000). Intervención Temprana en Tartamudez: Criterios para Tomar Decisiones. *Logopedia, Foniatría y Audiología*, 20(3), 136 – 150.
- Sangorrín, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *Revista de Neurología*, 41(1), 43 – 46.
- Serra, M. (1982). Trastornos de la fluidez del habla: disfemia y taquifemia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 2(2), 69 – 78.
- Watzlawick, P., Beavin J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Editorial Herder.