

Disfemias

A. Fernández-Zúñiga

INTRODUCCIÓN

Las faltas de fluidez son habituales en los inicios del desarrollo del lenguaje cuando los niños están aprendiendo a hablar. Sin embargo, cuando estas disfluencias son recuentes y poco usuales, puede ser una señal de alarma de un tartamudeo incipiente.

La tartamudez se manifiesta por una forma de hablar interrumpida con alteraciones de la fluidez que afectan a la continuidad, al ritmo y a la velocidad del habla. Estas dificultades se presentan con una frecuencia inusual y consisten en repeticiones de sonidos, palabras o frases, prolongación de sonidos, bloqueos o pausas inadecuadas en el discurso. En ocasiones pueden aparecer signos de esfuerzo o movimientos asociados al habla, en alguna parte del cuerpo (Van Riper, 1982; APA, 2002; Guitar, 2006).

Estas alteraciones no son voluntarias, ni conductas aprendidas; no obstante, después de que la persona está experimentando dificultad de fluidez pueden aparecer conductas aprendidas para no tartamudear, tales como hacer fuerza o evitar hablar.

De la misma forma, es característico que el paciente no presente el problema en todas las ocasiones y que estos cambios en la fluidez varíen en frecuencia e intensidad según diferentes situaciones y factores individuales (p. ej., hablar en momentos de estrés comunicativo, dirigirse a un grupo, hablar bajo presión de tiempo o responder a preguntas directas).

Asimismo, es habitual que el tartamudeo desaparezca de forma clara en determinadas

circunstancias que rodean al sujeto mientras está hablando, en función de diferentes variables, como la actitud del interlocutor, el tema de conversación o la emoción que sienta. Así, un tartamudo puede hablar fluido generalmente estando solo y no mostrar dificultad cuando se dirige a niños pequeños o a animales de compañía, o también cuando se expresa con una cierta entonación o canta.

Inicio y evolución

El inicio del problema se encuentra, en la mayoría de los casos, entre los 2 y los 5 años y en el 90% antes de los 6 años (Andrews, 1984; Yairi y Ambrose, 1992; Yairi, 2005). En estos primeros años, la dificultad puede variar y suele ser fluctuante, evolucionando en períodos fluidos y «picos» de mayor alteración del habla. Sin embargo, a medida que pasa el tiempo, estos períodos fluidos se van acortando y el tartamudeo se va haciendo más estable.

Asimismo, en la infancia temprana, el problema tiene una clara tendencia a remitir espontáneamente (hasta una cuarta parte) entre el año y medio y los 2 años posteriores a su inicio, y sin intervención profesional. Cabe resaltar que en muchos casos persiste el tartamudeo ya que la recuperación espontánea no suele producirse después de los 5 años de edad o cuando el niño lleva tartamudeando un año o más de tiempo. Por otra parte, no se cuenta con indicadores fiables de qué niños se recuperarán. En función de estos datos, la investigación y la evolución del trastorno indican la importancia de intervenir lo más tempranamente posible para prevenir el

problema, sin esperar a que remita (Yairi y Ambrose, 1992; Ambrose et al., 1997).

Las alteraciones que el niño muestra en las primeras etapas generan en los padres una gran preocupación y habitualmente tienden a ayudarlo con indicaciones de cómo hablar. Por efecto de estas llamadas de atención y actitudes negativas del ambiente, el tartamudeo tiende a aumentar y a aparecer una tensión asociada a situaciones de comunicación.

Cuando se alcanza la edad escolar, existe un riesgo mayor de que el problema se afiance. En torno a la edad de 7 años, el desarrollo de la capacidad cognitiva permite al niño tomar conciencia de sus dificultades para hablar fluidamente. El niño empieza a percibir su tartamudeo y tiende a reaccionar hacia la dificultad, de la misma forma que lo suelen hacer las personas de su entorno. Estas consecuencias inciden en el desarrollo de conductas y sentimientos negativos hacia su forma de expresarse, lo cual es habitual que lo relacione con determinadas situaciones de comunicación. Estas circunstancias complican el problema y contribuyen a su generalización a diferentes ámbitos de la vida del niño (Van Riper, 1982; Bloodstein, 1995; Guitar, 2006).

De esta forma, la fluidez puede atravesar por ciclos irregulares de mejora y empeoramiento y llegar a la adolescencia o la edad adulta.

En los adultos, la tartamudez está cronificada y es usual la anticipación y el temor a no poder expresarse, eludir situaciones de comunicación, patrones de tensión y esfuerzo al hablar y altos niveles de ansiedad. La asociación de estas conductas dificulta aún más la expresión del adulto, que con la influencia de factores ambientales y psicosociales van conformando un trastorno complejo, que comprende problemas motores del habla, aspectos cognitivos, emocionales y sociales, ocasionando, con frecuencia, un deterioro en la vida social y emocional de la persona (Van Riper, 1982; Starkweather et al., 1990; Bloodstein, 1995; Mansson, 2000).

Prevención

Ante esta perspectiva a largo plazo del trastorno, es fundamental detectar estas alteraciones en los primeros años. Los estudios longitudinales y la clínica indican la importancia de prevenir la cronificación del problema lo más tempranamente posible. La detección de las dificultades de fluidez, en los primeros momentos de su aparición, facilita una recuperación más rápida del habla fluida,

que si se dejan pasar los años. Los estudios indican que la superación del trastorno en la primera infancia (3 a 6 años) es alta y puede alcanzar un 82%, si el profesional proporciona orientaciones a los padres antes de que el niño tenga 5 años de edad. Las pautas se refieren a qué actitud mantener ante el problema y los recursos para manejarlo en casa. Por el contrario, si la evaluación se retrasa (después de los 5 años de edad), las posibilidades de desaparición del problema disminuyen a un 37%. De igual forma, cuando se evalúa al niño poco tiempo después de haber empezado a tartamudear (de 1 a 4 meses del inicio del problema), favorece la evolución. Sin embargo, la recuperación es más difícil cuando se tarda en evaluar al niño (un año y medio después de empezar a tartamudear), (Starkweather et al., 1990; Yairi y Ambrose, 1992; Bloodstein, 1995; Fernández-Zúñiga, 2005; Yairi y Ambrose, 2005).

Señales de alarma

Por tanto, para la detección de estas faltas de fluidez se describen algunos de los errores que pueden ser atípicos e indicar un tartamudeo incipiente (cuadro 19-1), y se tendrá en cuenta si se presentan con frecuencia en más de un 10%, en el lenguaje espontáneo del niño, de 100 palabras.

Cuando se observen este tipo de alteraciones es necesario acudir a un profesional, especialista en problemas del habla y el lenguaje.

Pronóstico

Los datos de las investigaciones y la clínica coinciden en que el tartamudeo tiene un mejor pronóstico si se evalúa y se interviene de forma temprana, mientras que la permanencia de las dificultades de fluidez (un año después de su comienzo) es un factor negativo para desarrollar un trastorno más severo y crónico (Starkweather et al., 1990; Ambrose et al., 1997; Fernández-Zúñiga, 2005).

Incidencia

La incidencia de la tartamudez se estima en un 5% de la población infantil preescolar, y la prevalencia, en un 1% en los escolares y menor en los adultos, lo cual indica que a lo largo de la vida de la persona el tartamudeo tiende a remitir y no es frecuente la aparición de casos nuevos después de la infancia (12 años).

Asimismo, la prevalencia respecto al sexo también es significativa; el problema se presenta con mayor frecuencia en niños que en niñas, con

CUADRO 19-1 Señales de alarma en los trastornos de la fluidez

- Repeticiones de sonidos: «a...a...a...a...aquí».
- Repeticiones de sílabas: «pe...pe...pe...lota».
- Más de dos repeticiones de palabras cortas: «pero...pero...pero...pero dímelo».
- Alargamiento de un sonido: «eeeeeeese coche».
- Bloqueos o interrupción del flujo de aire.
- Palabras partidas: «mira el pira...ta», «telé...fono».
- Esfuerzo y tensión al hablar.
- Movimientos asociados al habla en la cara o el cuerpo.
- La velocidad rápida del habla. Cambio de volumen o de tono.
- Preocupación del paciente o de los padres por la forma de hablar.
- Temor o ansiedad asociada al habla por parte del paciente o de los padres.
- Evitación del habla.

una relación de 3 a 1. (Andrews, 1984; Yairi y Ambrose, 1992; Mansson, 2000).

El trastorno se ha observado en distintos niveles intelectuales, en todas las lenguas, culturas y niveles sociales, mientras que no se han encontrado diferencias significativas con respecto al tipo de personalidad (Bloodstein, 1995; Guitar, 2006).

Etiología

El origen de la tartamudez es una pregunta que padres y profesionales se hacen ante las características y fluctuaciones del problema. Históricamente se han propuesto distintas explicaciones, y aunque hoy en día la amplia investigación no ha llegado a proporcionar una evidencia de las causas del tartamudeo, sí ha permitido conocer diferentes variables relacionadas con el origen y el mantenimiento del problema, lo cual ha facilitado su tratamiento. Por otra parte, en los estudios existe un amplio acuerdo en que la dificultad no procede de la imitación de los padres o de otras personas que tartamudean, ni que los padres sean los causantes del trastorno, como tampoco es un síntoma de un problema emocional o psicológico, o relacionado con una dificultad intelectual (Bloodstein, 1995; Yairi y Ambrose, 1992; Guitar, 2006).

Actualmente, investigaciones con neuroimagen funcional han evidenciado disfunciones neurológicas en relación con la tartamudez. Estos estudios aportan gran cantidad de datos sobre diferencias en la actividad cerebral entre las personas que tartamudean y los hablantes fluidos. Una de las alteraciones se refiere a la activación del hemisferio derecho en zonas homólogas del lenguaje y el habla del hemisferio izquierdo que

usan los hablantes no tartamudos. Igualmente, se ha encontrado que los sujetos que tartamudean tienden a tener tiempos de reacción más lentos en tareas sensoriomotoras, especialmente cuando los estímulos son lingüísticamente complejos. Realizando tareas secuenciales motoras y auditivas motoras también son más lentos y menos precisos.

Igualmente, en las personas con tartamudez se han encontrado alteraciones neuromusculares de los movimientos del habla, desfases temporales y dificultades en la planificación y ejecución motora (Ingham, 2003).

Los diferentes hallazgos apuntan a alteraciones multifocales del funcionamiento cerebral que implican regiones corticales, clásicamente asociadas al lenguaje y a áreas motoras. Las anomalías aparecen con el cerebro en reposo y se relacionan con déficits en el funcionamiento del lenguaje y del control motor del habla (De Nil, 2004; Neumann et al., 2005).

Recientemente, otra teoría con base fisiológica plantea la relación de la tartamudez en adultos con altos niveles de dopamina, lo cual puede producir alteraciones a nivel motor y conductual (Maguire et al., 2000).

Es difícil determinar en qué medida estas alteraciones neuroanatómicas cerebrales observadas en adultos que tartamudean son el resultado del inicio del problema o una consecuencia del mismo tartamudeo mantenido en el tiempo. Además, se desconocen las características de estas disfunciones neurológicas y si están presentes en todos los casos que desarrollan un tartamudeo persistente a lo largo de la vida; o, por el contrario, esta alteración inicial puede incidir en el

desarrollo de la tartamudez de forma gradual, cuando interactúan diferentes factores, como alteraciones en el desarrollo normal del habla y el lenguaje, el ambiente familiar del niño o su temperamento.

No obstante, el desarrollo cerebral en los niños está estrechamente relacionado con la estimulación que reciben del ambiente, de forma que una conducta alterada puede ocasionar cambios neurológicos que se mantienen posteriormente, y, a su vez, la plasticidad del cerebro del niño permite que determinados cambios en la conducta puedan modificar características neurológicas. Algunos estudios reflejan la normalización de las funciones cerebrales del habla y el lenguaje, después de la realización de la terapia del tartamudeo (Neumann et al., 2005). Estos datos apuntan a la importancia de intervenir en la primera infancia.

Del mismo modo, el tartamudeo se ha relacionado con factores genéticos dada la alta incidencia familiar. En las familias de tartamudos, el trastorno es tres veces más común que en las de los no tartamudos, y se presenta también en un alto porcentaje en gemelos (90%). Aunque los estudios descartan el problema como hereditario, existe un amplio acuerdo en atribuir una predisposición a adquirir la tartamudez y a que se pueda transmitir genéticamente, aunque es posible que deba interactuar con factores ambientales para que se desarrolle el trastorno (Bloodstein, 1995; Felsenfeld, 1997; Curlee y Siegel, 1997; Neumann et al., 2003; Guitar, 2006).

Por otro lado, también se ha atribuido el tartamudeo al resultado de experiencias de aprendizaje temprano, por procesos de condicionamiento clásico (a sonidos y palabras) y operante, en los intentos de solucionar o evitar el tartamudeo en las situaciones de comunicación. Estos aspectos ambientales aprendidos también deben interactuar con los factores biológicos.

Asimismo, se ha estudiado ampliamente la relación del trastorno con variables lingüísticas, en especial por el momento de amplio desarrollo del lenguaje en que el niño empieza a tartamudear y las dificultades que aparecen en la fluidez cuando aumenta la demanda de recursos lingüísticos (Starkweather et al., 1990; Bernstein Ratner, 1997).

Además, la evidencia indica que, como grupo, los niños y los adultos disfluente muestran un temperamento más sensible o emocionable, lo cual puede hacer que les afecten más factores

ambientales de estrés y responder con mayor tensión muscular, influyendo así en el desarrollo del trastorno (Guitar, 2006).

En resumen, diferentes datos con base científica indican que la tartamudez es un trastorno complejo y multifactorial, en el que pueden coexistir distintos subgrupos del problema, con diferentes etiologías. Es probable la implicación de factores genéticos, orgánicos y ambientales, como la cognición, la emoción, el lenguaje y las habilidades motoras del niño.

EVALUACIÓN

El objetivo de la evaluación es hacer un estudio individualizado del problema y fijar objetivos de intervención. La selección de las variables que hay que evaluar depende del modelo teórico que se tenga sobre la adquisición, el desarrollo y los factores implicados en la tartamudez. Esta perspectiva proporciona una guía para la evaluación, así como las diferentes áreas que se abordan posteriormente en el tratamiento (Starkweather et al., 1990; Rustin et al., 1996; Fernández-Zúñiga, 2005; Curlee y Siegel, 1997).

La evaluación comienza delimitando las características del tartamudeo y de los aspectos asociados, las conductas desarrolladas en relación con los problemas de comunicación, emocionales y cognitivos como el temor, la anticipación negativa o la evitación de la expresión. De este modo, se explora tanto la capacidad del paciente en el control de los procesos orales y motores como el grado de tensión muscular que aparece al hablar.

Además, se descartan dificultades lingüísticas en los diferentes componentes (léxico, organización sintáctica y aspectos pragmáticos, memoria verbal, etc.). Especialmente, esta área es significativa en los niños preescolares, ya que con frecuencia aparece relacionado con retraso del lenguaje, problemas fonológicos, dificultades de evocación o habilidades limitadas de estructuración del discurso.

Se valoran igualmente posibles problemas asociados al tartamudeo, patología neurológica o psicológica, problemas de ansiedad o escasa habilidad social. En el caso de existir otros trastornos, se debe remitir al paciente a otro profesional para recibir el tratamiento adecuado (Curlee y Siegel, 1997; Bloodstein, 1995).

En los niños pequeños, conocer el nivel de desarrollo general es una información relevante, así como el nivel cognitivo en los mayores y los adultos. También es necesario valorar las

actitudes de los padres ante el problema de su hijo y las reacciones que muestren ante sus dificultades. Aunque la conducta de los padres no es la causa de la falta de fluidez del niño, sí es un factor básico en el mantenimiento del problema (Guitar, 2006).

En todos los casos es imprescindible conocer el medio en que se desenvuelve el niño o el adulto, el grado de distorsión que le supone el tartamudeo y valorar las diferencias que puedan existir en diferentes situaciones de comunicación.

Una vez finalizado el proceso de evaluación, se concluye con un diagnóstico, valorando la gravedad, el pronóstico del trastorno y, finalmente, especificando los objetivos de la intervención. También se realiza un diagnóstico diferencial distinguiendo el tartamudeo de otras alteraciones de la fluidez verbal, como el retraso del lenguaje, el farfullero o el tartamudeo asociado a factores neurológicos (Ambrose y Yairi, 1997; Fernández-Zúñiga, 2005).

A lo largo de la terapia se realizan regularmente diferentes reevaluaciones para valorar los avances y revisar los objetivos.

Plan de evaluación

Se establece un plan de evaluación y con diferentes procedimientos. Comienza la elaboración de la historia clínica con una entrevista con el paciente, adulto, adolescente o niño (escolar) y, además, con los padres de los niños.

ENTREVISTA

En la entrevista se obtienen los datos más importantes, como:

- Descripción del problema actual. Inicio y evolución del mismo.
- Descripción del tipo de errores (repeticiones, bloqueos, prolongaciones).
- Situaciones que aumentan o disminuyen la dificultad (jerarquía de situaciones).
- Conductas y actitudes del paciente hacia el tartamudeo.
- Grado de preocupación o ajuste y afectación de la comunicación.
- Atribución de sus dificultades.
- Alteración emocional, autoestima.
- Motivación hacia el tratamiento.
- Recursos para evitar el tartamudeo e intentos de solución. Reacciones y conductas del paciente y de los padres hacia el problema.
- Conductas de evitación. Habilidades sociales.

- Enfermedades o trastornos (neurológicos, psicológicos, de ajuste psicosocial o del lenguaje).
- Antecedentes familiares (especialmente de tartamudez o de lenguaje).
- Información (académica, social y laboral).
- Tratamientos anteriores, tipos y resultados obtenidos.

En los niños, además, se obtienen datos con respecto a:

- Desarrollo general y lingüístico y otras habilidades.
- Antecedentes de embarazo y parto.
- Grado de conciencia del problema. Repercusiones en la vida diaria.
- Nivel de ansiedad de los padres.
- Dinámica y relaciones familiares, organización diaria. Pautas educativas, especialmente en preescolares; conducta del niño en la casa.
- En general, detectar situaciones de tensión o conflicto; problemas de conducta.
- Historial escolar.

CUESTIONARIOS Y REGISTRO DE CONDUCTAS

Igualmente, se utilizan instrumentos como cuestionarios, autoinformes y registros. Éstos permiten evaluar distintos aspectos de la fluidez y la comunicación, poderlos cuantificar, revisar y observar avances en la terapia.

Los registros reflejan las anotaciones del mismo paciente sobre su desempeño verbal y los padres registran observaciones sobre la fluidez o la conducta del niño. También son útiles para obtener información de los padres y profesores fuera de la terapia (Fernández-Zúñiga, 2005; Fernández-Zúñiga y Caja, 2008).

Igualmente son efectivos los cuestionarios o escalas que valoran otros aspectos asociados al problema (ansiedad, pensamientos, autoestima, asertividad), en especial en los adultos (Fernández-Zúñiga y Caja, 2008; Orgiles et al., 2009).

Se utilizan diferentes procedimientos para evaluar el habla, el lenguaje y la conducta del paciente. Uno de ellos es la *muestra de habla espontánea*. Por medio de la grabación de muestras se valoran las dificultades del lenguaje y el habla utilizando distintos tipos de tareas y estímulos lingüísticos y comunicativos. En el habla contextualizada, el apoyo de imágenes o secuencias (descripción) o la lectura facilitan la expresión, mientras que para

obtener una muestra representativa del habla espontánea es preciso recurrir a actividades naturales, como narrar o contar una historia y mantener una conversación. En el caso de niños pequeños es imprescindible seleccionar una situación de juego adecuada a la edad. También es conveniente observar las diferencias entre distintos interlocutores, y en el caso de los niños, además, registrar la interacción con los padres en una situación lúdica.

Estas situaciones se graban en vídeo y se transcriben (al menos 100 palabras de dos muestras, o bien de una de 300 palabras, para una mayor fiabilidad). Estos resultados se comparan para observar diferencias entre situaciones e interlocutores (p. ej., la narración del niño con el terapeuta y el juego con los padres).

El análisis se realiza en función de criterios cualitativos y cuantitativos (repetición de sonidos, sílabas o palabras, bloqueos, prolongaciones de sonidos, tensión) con una puntuación final, en porcentaje, del número de errores y del número total de palabras de la muestra (cuadro 19-2) (Fernández-Zúñiga y Caja, 2008). Asimismo, se observan otros aspectos asociados: ansiedad, evitación del habla, pensamientos y creencias con respecto al tartamudeo, etc.

Con estos datos se establece el nivel de gravedad, en función del porcentaje de disfluencias, el esfuerzo que realiza para hablar,

los movimientos asociados a la dificultad del habla (factores fisiológicos, emocionales y cognitivos) y se valora según alguna escala de gravedad (Wingate, 1976; Riley, 1994 y 1997; Onslow y Packman, 2001).

PERFIL DE INTERACCIÓN

Con los niños se utiliza una grabación en vídeo del niño con el padre o/y madre, donde se observa la relación entre ellos (Rustin et al., 1996; Fernández-Zúñiga, 2005).

ENSAYO DE PATRÓN DE HABLA

Para evaluar los efectos a corto plazo de un patrón de habla diferente, se pide al paciente el uso de diferentes técnicas (habla lenta, inicio suave, prolongación, cuchicheo, etc.) para comprobar el grado de control de la fluidez que consigue para utilizarlo en el entrenamiento posterior.

ELABORAR UNA JERARQUÍA DE SITUACIONES

De cara a la intervención y para valorar la influencia de variables ambientales y personales, se construye con el paciente (y, además, con los padres si son niños pequeños) una graduación de las dificultades que encuentra al hablar, en situaciones de comunicación (sociales, escolares, laborales), personas, temas o circunstancias en

CUADRO 19-2 Análisis de la muestra del habla en la evaluación de la disfluencia (Fernández-Zúñiga y Caja, 2008)

Tipos de errores

N.º repeticiones

- Sonidos:
- Sílabas:
- Palabras:
- Frases:

N.º total de repeticiones:

- N.º bloqueos:
- Duración:
- N.º prolongación de sonidos:
- Duración:
- N.º particiones de palabras:

Frecuencia:

N.º total de errores % / 300 =

Total Porcentaje de errores % =

Conductas asociadas

- Movimientos asociados, describir:
- Tensión, esfuerzo, ansiedad:
- Habla rápida:

Factores emocionales

- Evitar hablar:
- Frustración:
- Ansiedad:

Factores cognitivos

- Pensamientos anticipatorios, preocupación:

Porcentaje de errores en la muestra

$$\frac{\text{N.º de disfluencias}}{100 \text{ palabras (o 300 palabras)}} = \% \text{ de errores de la muestra}$$