

Educación, Grado Infantil y Primaria

M^a Carmen Lamata Molina

Grado Educación Infantil/Grado Educación Primaria
Alteraciones de la voz y la articulación



ALTERACIONES DE LA VOZ Y LA ARTICULACIÓN

LA DISFEMIA. CONCEPTO, ORIGEN Y EVOLUCIÓN

| | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Índice | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1. ¿Cómo estudiar el tema? | ¡Error! Marcador no definido. |
| 2. Esquema del tema | 4 |
| 3. Desarrollo de contenidos: | 5 |
| 3.1. Disfemia. Concepto de tartamudez | 5 |
| 3.2. Clínica y características | 9 |
| 3.3. Origen. Causas etiológicas | 14 |
| 3.4. Evolución del problema | 19 |
| 4. Referencias bibliográficas | 26 |
| 5. Bibliografía | 27 |

| | |
|--|--------------------------------------|
| Índice de Tablas | ¡Error! Marcador no definido. |
| Tabla 1. Síntomas característicos de la disfemia. Gallardo, J. y Gallego, J. (1993). | 13 |
| Tabla 2. Lamata, C. 2017. Revisión de teorías sobre la disfemia. | 15-16 |

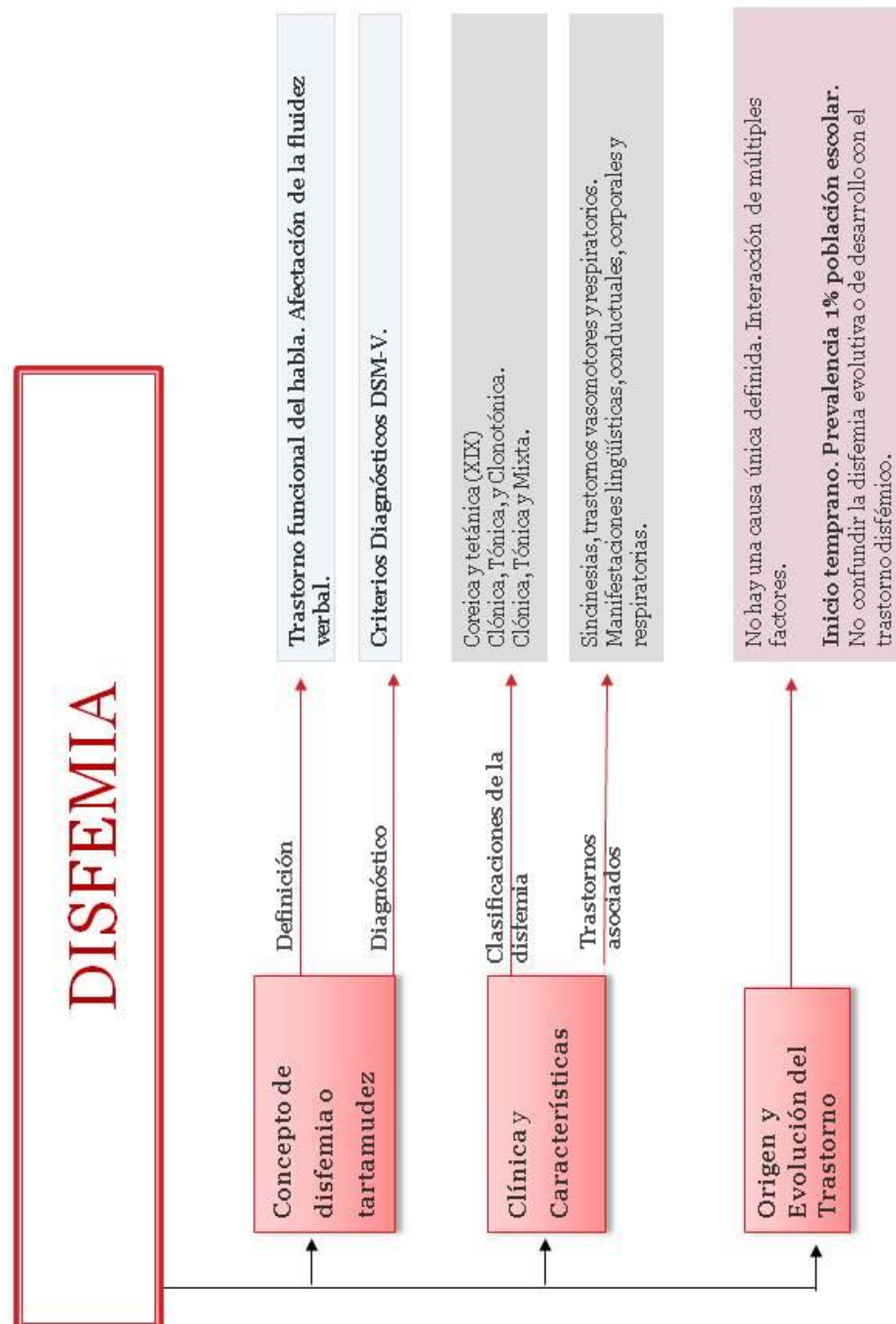
1.¿Cómo estudiar este tema?

En el presente tema se realiza una descripción de **la disfemia o tartamudez**. En primer lugar se define el **concepto** y se aportan los **criterios diagnósticos**. Se explica en qué consiste este trastorno de la fluidez del habla, así como diversas clasificaciones. Seguidamente se recogen las ideas clave sobre el **origen y evolución** del trastorno.

Para facilitar el estudio, fíjate antes de comenzar en el esquema del tema. Después lee detenidamente cada uno de los apartados que se desarrollan. Fíjate en las ideas destacadas en negrita y los cuadros donde se enfatizan las ideas principales. Después realiza las preguntas del test y la actividad propuesta.

A final del tema encontrarás las referencias bibliográficas de los autores que se han mencionado así como la bibliografía básica por si quieres ampliar o saber más sobre el tema.

2. Esquema del tema



3. Desarrollo del tema

3. 1. Disfemia. Concepto de tartamudez

La disfemia es una patología del habla caracterizada por la alteración de la fluidez verbal.

La disfemia o tartamudeo es **un trastorno del habla** que afecta la comunicación de la persona que lo padece. La **fluidez del discurso se ve afectada**. Surgen interrupciones en el habla que presentan una frecuencia inusual así como se producen repeticiones de sonidos, palabras o frases; prolongaciones y bloqueos de la emisión.

Las **alteraciones no son voluntarias** ni están producidas por una lesión orgánica que las justifique. Es un trastorno funcional que cursa sin anomalías en los órganos de fonación. Perjudica la expresión verbal y el ritmo de la palabra. La persona ha de realizar un esfuerzo añadido a la hora de comunicarse lo que frecuentemente desemboca en síntomas psicológicos, generando tensión a la hora de comunicarse y en ocasiones incluso en conductas de evitación social.

Para comprender este trastorno es necesario a su vez tener clara la **noción de qué es la fluidez**. La fluidez es una de las dimensiones del habla y, como tal, se aprende, se desarrolla y se automatiza (Serra, M.1982). Dicha función permite realizar las transiciones entre los sonidos de la emisión, de manera coordinada témporo-espacialmente de tal forma que los movimientos del habla resultan ágiles, suaves y fácilmente comprensibles.

Este aspecto del habla comprende a su vez **tres variables: continuidad, velocidad y facilidad**. La continuidad se refiere al habla que fluye sin interrupciones o titubeos. La velocidad se refiere a la cantidad de palabras producidas en el tiempo y la facilidad se refiere al el esfuerzo que implica producir el habla. En este sentido un hablante que no presente trastorno alguno del habla, tendrá un discurso oral caracterizado por la continuidad, una velocidad adecuada y realizará muy poco esfuerzo muscular o físico para producir o acompañar el habla. Frente a ello, el niño o la persona con disfemia, suele presentar interrupciones o bloqueos frecuentes, variaciones marcadas de la velocidad y realiza un

esfuerzo alto tanto para la producción física de la palabra como a nivel mental para la organización mental del mismo. (Starkweather, 1997).

De ahí que, como afirma Serra, M. (1982) la interrupción de la fluidez afecta lógicamente a todas las demás dimensiones del habla y la comunicación y es vivida como un problema, tanto para el emisor como para el receptor, con todas las consecuencias que esto comporta. Otro ejemplo de trastorno del habla caracterizado por trastorno de la fluidez es la taquifemia donde el habla se caracteriza por ser mucho más rápida de lo adecuado y presentar errores o distorsiones debido a lo impropio de la velocidad. El habla se va acelerando de manera progresiva y aumentan los errores llegando a la inteligibilidad. Además en la persona con taquifemia estos errores suelen manifestarse también en su lenguaje escrito.

Johnson (1959) explica que la disfemia en cambio es un problema de la conducta del habla caracterizado por la presencia de tres factores básicos:

- 1) la **falta de fluidez** en el habla, dándose repeticiones de partes de palabras, palabras enteras, prolongaciones de sonidos, interjecciones de sonidos o palabras y pausas excesivamente largas.
- 2) La **reacción de los oyentes** frente a las repeticiones del parlante, valorándolas como indeseables, anómalas o inaceptables.
- 3) La **respuesta del parlante frente a la reacción del oyente**, frente a su problema y la propia idea de persona disfémica.

Existe una **gran variabilidad individual** en las manifestaciones del trastorno disfémico. Las alteraciones en la fluidez suelen producirse con mayor o menor frecuencia e intensidad en función de situaciones, personas con las que se establece el contacto o temas a tratar.

El Manual Diagnóstico DSM-V define el **Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (Tartamudeo) en base a los siguientes criterios diagnósticos:**

A. Alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje, persisten con el tiempo y se caracterizan por la aparición frecuente y notable de uno (o más) de los siguientes factores:

1. Repetición de sonidos y sílabas

2. Prolongación de sonido de consonantes y de vocales.
3. Palabras fragmentadas (p. ej., pausas en medio de una palabra).
4. Bloqueo audible o silencioso (pausas en el habla, llenas o vacías).
5. Circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas).
6. Palabras producidas con un exceso de tensión física.

26 Trastornos del desarrollo neurológico

7. Repetición de palabras completas monosilábicas (p. ej., “YoYo-Yo-Yo lo veo”).

B. La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, la participación social, el rendimiento académico o laboral de forma individual o en cualquier combinación.

C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo. (Nota: Los casos de inicio más tardío se diagnostican como trastorno de la fluidez de inicio en el adulto.)

D. La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensitivo del habla, disfluencia asociada a un daño neurológico (p. ej., ictus, tumor, traumatismo) o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Por su parte en la **CIE-10** Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. O.M.S. (1992),) se define la disfemia 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.**

Yaruss y Quesal (2004) adaptan la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud (ICF) de la OMS, (2001) con el fin de poder concienciar de que el trastorno de disfemia o tartamudez va mucho más allá de las manifestaciones características del habla. Defienden el carácter integral de la tartamudez y en su modelo ICF describen la disfemia o tartamudez en términos de:

- Impedimento en funciones o estructuras del cuerpo: conducta disfluyente observable.

- Factores contextuales: reacciones personales (cognitivas, emocionales y conductuales) y ambientales (hogar, social, laboral) hacia la tartamudez.
- Limitaciones o restricciones en la habilidad para participar en actividades diarias (calidad de vida).

Para la comprensión de la disfemia también es importante tener claro el diagnóstico diferencial con otro trastorno relacionado pero diferente: **el farfullero**.

El farfullero **es un trastorno del habla y del lenguaje que se caracteriza por afectar al ritmo del habla**. Coincide con la disfemia en la alteración del ritmo pero en el farfullero no se da la existencia de bloqueos, las alteraciones no generan malestar en el sujeto y se observa mayor homogeneidad en el perfil de personalidad de las personas que lo presentan.

Como características clínicas del trastorno del habla por farfullero se pueden enumerar las siguientes (Launay, Cl. 1986):

- El habla de las personas que sufren de este trastorno está caracterizada por una gran velocidad, tono monótono y ausencia de vocales. Es un habla precipitada, desordenada y entrecortada. En muchos casos llega a ser incomprensible. El defecto más aparente es la **taquilalia**.
- El sujeto no es consciente de que en su caso la duración silábica resulta mucho más breve que en el estado normal.
- En los registros oscilográficos se perciben estas alteraciones. La amplitud de los fonemas vocálicos está disminuía, a veces hasta desaparecen. Da la sensación de que la amplitud de los fonemas consonánticos aumenta.
- Deforma las palabras largas.
- En frases breves se puede comprender, cuando éstas resultan complejas es casi imposible.
- La persona puede tener algo de control si se lo propone. La rapidez del discurso no es igual en todos los momentos.
- **El habla es monótona, no tiene musicalidad**
- La personalidad es un aspecto asociado al trastorno. Son comunes los rasgos de **impulsividad, sociabilidad desbordante y extroversión**.

3. 2. Clínica y características de la disfemia

Dinville, C. Gaches, L. realizan un estudio de la **sintomatología de la disfemia** y afirman que la clínica del trastorno es conocida desde la antigüedad. En la revisión que realizan recogen como:

En el s.XIX Corres y Colombat distinguen dos tipos de disfemia:

- **Tartamudez coreica:** repetición convulsiva de una sílaba.
- **Tartamudez tetánica:** imposibilidad de empezar una frase o emitir una sola sílaba pese al esfuerzo muscular.

Luego la escuela de Viena, en Froeschels, describe el aspecto clínico de la disfemia verdadera (o tartamudez de evolución) indicando los tres estados por los que pasa la evolución del trastorno:

- **Tartamudez clónica:** repetición de sílabas. El ritmo queda normal.
- **Tartamudez tónica:** bloqueos al empezar la frase. El sujeto no emite ningún sonido, luego se pone a hablar con ritmo muy rápido (en este tipo se encuentra principalmente las sincinesias y los trastornos respiratorios).
- **Tartamudez clonotónica:** la fluidez del habla se enlentece y luego se acelera, con repetición espasmódica de sílabas, a veces acompañada de sincinesias.

En 1937 Pichon, E. y Borel-Maisonny, S. en un libro sobre la disfemia realizan una crítica a la evolución mencionada. Los autores consideran que no se puede establecer una distinción tan rígida de los tipos de disfemia y matizan que los problemas de locución que se originan pueden variar en función del día, el momento del día, así como incluso las sincinesias pueden añadirse a la palifemia (repetición al inicio de frases) pura.

Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986) y Gallardo, J. y Gallego, J. (1993) se inclinan por considerar tres tipos diferentes formas de tartamudez:

- **Tartamudez clónica (stuttering):** se caracteriza por repetición entrecortada y convulsiva de una sílaba o grupo de sílabas al emitir una frase.
- **Tartamudez tónica (stammering):** se caracteriza por los bloqueos o interrupción total del habla al inicio o durante la frase. Tiende a producirse posteriormente una salida repentina de la emisión.
- **Disfemia mixta o forma combinada tónico-clónica.** Es la forma más común de manifestación del trastorno. Los síntomas descritos en cada uno de los tipos pueden ser más o menos predominantes (Clónico-Tónica/ Tónico-Clónica).

Perelló, 1990. habla de la "**Ley del Clo-To**" para explicar como en los casos de disfemia la tartamudez suele iniciarse con una fase clónica e ir evolucionando hacia un predominio tónico si no se da un tratamiento adecuado.

Todas las distinciones descritas son esquemáticas. Realmente **existe una gran variabilidad entre personas que padecen disfemia e incluso una variedad intraindividual** del tipo, intensidad y frecuencia de alteraciones. Cada persona presenta un tipo de tartamudeo, con una mayor o menor cantidad de alteraciones, tiempo de mantenimiento del trastorno y variaciones en función del contexto o el tema de conversación. En la mayoría de los casos, incluso en los más severos, se observan fases de remisión, así como mayores alteraciones características de la disfemia tónica, cuando la persona es sometida a mayor tensión. Así como las alteraciones se acentúan si la persona tiene que improvisar, evocar repentinamente las palabras adecuadas para explicar, describir o construir un relato y organizar el pensamiento en ideas. Por contra, cuando la persona puede leer, tener delante un texto preparado o limitarse a repetir fórmulas hechas, la tartamudez queda atenuada (salvo en casos graves). También se encuentran ejemplos de personas o niños que, al imitar a otra persona, cantar, hablar consigo mismo o dirigirse a una mascota dejan de tartamudear. También suelen variar las manifestaciones al hablar por teléfono, enojarse o utilizar una lengua extranjera.

Junto a la sintomatología específica de la disfemia se añaden ciertos **trastornos asociados**. En los casos más leves suelen limitarse a ciertas sincinesias (movimientos involuntarios de algunas partes del cuerpo que surgen al realizar un movimiento voluntario con otra parte), que también se dan generalmente junto a las tartamudeces clónicas. Ej. La persona realiza movimientos de la cabeza o la cara, brazos o pies, junto con los espasmos tónicos del habla. En casos más severos, cuando la disfemia está fuertemente constituida, las **sincinesias** pueden estar muy generalizadas, y la persona sufre una gran cantidad de movimientos inútiles y parásitos al tratar de expresarse. Ej. Movimientos anormales de lengua, de los maxilares, de las cejas, de los párpados, de los globos oculares, muecas diversas, e incluso sufrir simultáneamente movimientos del tronco, brazos y piernas. La persona quiere hablar, pero se pone rígida, se contrae la laringe y la voz sale más apretada y en ocasiones aguda.

También encontramos que la persona con disfemia padece **trastornos vasomotores** (sudoración excesiva, enrojecimiento, palidez) y **dificultades respiratorias** (un tiempo de

paro respiratorio antes de responder a una pregunta por el esfuerzo de atención, bloqueos respiratorios por impulsiones de tensión durante la espiración, inspiraciones forzadas que interrumpen la fluidez normal).

Como características de la tartamudez infantil Fernández-Zúñiga, A. y Gamba, S.⁹ señalan las disfluencias atípicas del tartamudeo destacando entre otras:

- El niño repite más de 3 o 4 veces un sonido, sílaba o palabra. Ej. "p-p-p-p-papá", "pa-pa-pa-papá", "pues... pues... pues...pues quiero eso". "teeeeengo haaambre".
- El niño realiza esfuerzos evidentes para evocar una palabra.
- Existe cierta evitación o temor a la comunicación oral.
- Existen movimientos asociados en rostro o cuerpo o signos de tensión a la hora de comunicarse.

Cristal, 1983 clasifica las características o síntomas que acompañan a las alteraciones de la fluidez verbal se realiza en base a siete categorías (Cristal, 1983)¹⁰:

1. Una cantidad anormal de repetición de segmentos, sílabas, palabras o frases.
2. Obstrucciones del flujo del aire por incapacidad de la persona de darse cuenta de la tensión que produce prepararse para articular un sonido.
3. Prolongaciones anormales de segmentos de sonidos. Ej, En f-f-f-f-fiel, donde la f-se produce como un único sonido alargado y no con las breves pausas que van intercaladas.
4. Introducción en los momentos de dificultad de sonidos o palabras con fuerza únicamente emocional (Ej. oh, ah).
5. Acentuación extraña en palabras y entonación y tempo anormales en las oraciones. Habla entrecortada y respiración irregular.
6. Palabras sin terminar.

7. Evitación de ciertos sonidos que pueden plantear problemas concretos a la hora de articularlos.

Los diversos autores coinciden en afirmar que ninguna de estas características da de forma absoluta ni está presente en todos los casos de disfemia.

Gallardo, J. y Gallego, J. (1993). estructuran las características en base a tres bloques principales de síntomas característicos:

| | |
|-------------------------------------|--|
| Manifestaciones Lingüísticas | Bloqueo espasmódico. Repeticiones de sonidos, sílabas o palabras. Uso de muletillas verbales. Perífrasis y lenguaje redundante. Alteraciones sintácticas. Frases incompletas. Abuso de sinónimos. Discurso sin coherencia. Desorganización entre pensamiento y lenguaje. ... |
| Manifestaciones Conductuales | Mutismo e inhibición temporales. Retraimiento y Logofobia. Reacciones de angustia y ansiedad a la hora de comunicarse. Conductas de evitación en situaciones en las que debe comunicarse. Reacciones anormales e inmadurez afectiva. En ocasiones se da aceptación de la tartamudez sin que apenas influya en |

| | |
|---|--|
| | su personalidad. ... |
| Manifestaciones Corporales y Respiratorias | Sincinesias corporales (movimientos de tronco, cabeza, manos, pies. Espasmos. Rigidez facial. Hipertensión muscular. Alteración fonorrespiratoria funcional. Respuestas psicogalvánicas (sudoración excesiva, enrojecimiento, palidez en el rostro). ... |

Tabla 1. Síntomas característicos de la disfemia. Gallardo, J. y Gallego, J. (1993).

3.3. Origen. Causas etiológicas

La **disfemia no tiene ninguna causa única definida**. Sólo puede explicarse desde una **patogenia multifactorial y la interrelación** entre los diversos factores en cada caso concreto.

La disfemia o tartamudez **es un trastorno funcional** del habla y del lenguaje. No está asociado a afectación o lesión de los órganos de fonación y tampoco se ha encontrado una lesión del sistema nervioso responsable del trastorno. De hecho, es común que si la persona está tranquila, habla despacio, canta o silabea, no se produzcan dichas interrupciones y alteraciones de la fluidez. En determinadas ocasiones estas dificultades pueden remitir por sí solas, o desaparecer y volver a producirse un tiempo después.

En torno a los años 40_a se realizaron en EEUU numerosas investigaciones electroencefalográficas para determinar la causa de la disfemia (Travis y Knoto, Frassone, Douglas). A partir de la hipótesis de Orton, que retoma a su vez Travis se apunta a una anomalía de dominancia cerebral cortical como factor etiológico. Se consideraba que la disfemia se debe a la persistencia de los eneagramas motores de los dos hemisferios a la vez. Pero se compararon los ritmos del lado derecho e izquierdo en pacientes disfémicos y el hecho es que no se obtuvo ninguna diferencia significativa. El conjunto de trabajos no aportaron ninguna aclaración al conocimiento de la disfemia en su esencia (Scarborough, 1943, Karlin y Berman). De hecho en 1964 Morin, S. constata que las anomalías eléctricas recogidas en personas disfémicas no son características, ni alcanzan un índice de gravedad significativo. En su estudio incluso los trazados más perturbados corresponden, a los éxitos más rápidos, mientras que los trazados normales se corresponden con casos más rebeldes al tratamiento¹¹.

En la actualidad, la etiología de las disfemia, sigue siendo objeto de estudio e investigación. Se han sucedido diversas hipótesis patogénicas buscando la causa del trastorno, teorías neurológicas, basadas en trastornos de la lateralización, en trastornos del ritmo o disfunción motriz, basadas en el control auditivo y la palabra, en la asociación con el déficit de adquisición del lenguaje...algunas aportan claves de interés relacionadas con aspectos parciales pero ninguna de ellas ha logrado explicar de manera suficiente el trastorno en su globalidad.

A modo de ejemplo se presenta a continuación diferentes teorías donde se analizaron correlaciones e influencia de determinados factores en la aparición de la disfemia. Tomadas en su conjunto, estas hipótesis conducen a aceptar que:

| REVISIÓN DE LAS TEORÍAS SOBRE LA DISFEMIA | |
|--|--|
| Orton 1928, Travis, 1931 Seeman 1965. | Teorías neurológicas. Establecen semejanzas entre la disfemia y la jaqueca, o la disfemia y la epilepsia. Consideran que el sustrato de la disfemia es una modificación dinámica del sistema paidoestriado provocado por emociones o estados afectivos violentos. |
| Burt 1936, Kovarsky, 1950. Sikorski, Bolk y Stier (1891), Bryngelson y Ruthford, 1940. Ajuriaguerra, Diatkine y cols. 1987. Teissère. | Trastornos de lateralización, zurdería contrariada y niños con mala lateralización. Consideran que hay mayor proporción de disfémicos en el grupo de lateralización mixta y mayores cifras de zurdos. |
| Dupré, Kopp, Launay, C y Vanhove. 1911. | Trastornos del ritmo y disfunción motriz. Asocian la disfemia a debilidad motriz. Pero estudios posteriores reflejaban resultados que no apoyaban esta hipótesis (Stamback, M). |
| Riley y Riley, 1999. | Aspectos fisiológicos. Escasa coordinación órganos fonoarticulatorios. Asincronía que afecta a la planificación y coordinación del habla. |
| Berry y Eisenson, 1963. Morley, 1957. | Déficit en la adquisición del lenguaje. Encuentran un porcentaje muy elevado entre los niños disfémicos que empezaron a hablar de forma tardía. |
| Froeschels, 1946. Pichon y Borel-Maisonny 1979. | Déficit en la evocación de la palabra. Falta de intermediación lingüística y "disfasia asociativa". El disfémico tiene una dificultad específica para evocar la palabra, no logra encontrar la palabra que le conviene a la hora de expresarse y organizar las frases. Esto genera ansiedad desembocando en un estado neurótico de gravedad creciente centrado en el habla. |
| Lee, Azzi, Cherry y Morland, Tomatis, A. 1940. | Control auditivo y la palabra. Asocian la alteración en el habla con la audición diferida de la propia voz. Este aspecto ha sido considerado posteriormente un farfuleo o arritmia de palabra pero no una disfemia. |

| | |
|--|---|
| <p>Bárbara, 1943</p> <p>Perdoncini e Ivon, 1968.</p> | <p>Estado neurótico. La disfemia es considerada una debilidad de la conciencia social, una respuesta social patológica. Los principales factores son el miedo y ansiedad ligados a experiencias negativas en la esfera del lenguaje.</p> |
| <p>Bloodstein, 1995;</p> <p>Guitar, 2006.</p> | <p>Factores de personalidad. Influencia del temperamento sensible e inhibido en los problemas de fluidez. Estrés y tensión muscular que se deriva de la poca adaptación del niño a personas nuevas y evoluciona hacia retraimiento, evitación.</p> |
| <p>Stein, L.1957.</p> | <p>Teorías psicogenéticas. Regresión del lenguaje a una forma arcaica cercana al lalao de los primeros años.</p> |
| <p>Johnson (1945-1955),</p> <p>Wyatt, Fernau-Horn. 1986.</p> | <p>Psicogénesis fundada en las modalidades relacionales de los primeros estadios. Importancia de la relación con los padres. Influencia de las primeras experiencias inhibitorias y desarrollo posterior de un comportamiento neurótico.</p> |
| <p>Bloodstein, 1995;</p> <p>Salgado, 2005;</p> <p>Guitar, 2006.</p> | <p>Factores ambientales. La presión comunicativa del contexto, la actitud del interlocutor, el tema de conversación o la emoción que siente la persona al comunicarse</p> |
| <p>Seeman, 1950.</p> <p>Gutzmann, Tremnor, Mulden y Nadoleczny. Ajuriaguerra, Diatkine y cols. Nelson y Walter (1945). Felsenfeld et al. 2000.</p> | <p>Destaca el papel de la herencia y la necesaria predisposición genética para que se manifieste el trastorno. Encuentran una importante transmisión hereditaria que en función de los autores oscila entre el 28-40%. También se realizan estudios con gemelos univitelinos y momocigotos donde en casi la totalidad de los casos ambos gemelos son disfémicos.</p> |

(Tabla 2. Lamata, C. 2017. Revisión de teorías sobre la disfemia. En base a Dinville y Gaches, 1986; Gallardo, J. y Gallego, J.1993, Florit, Cl. 2013).

Coll- Florit, M (2013) presenta a su vez una recopilación de datos de diferentes estudios científicos que analizan el origen de la tartamudez. La autora los clasifica en función de si la causa etiológica la relacionan con factores genéticos, psicosociales o lingüísticos. Se presenta a continuación una síntesis de su trabajo:

Factores genéticos:

- En base a la investigación científica se observa que la tartamudez es tres veces más común en familias de tartamudos que en las de no tartamudos.
- La tartamudez se presenta de cinco a diez veces más en hombres que en mujeres.
- En un 90% de parejas de gemelos monocigóticos frente a un 25% en los dicigóticos se presenta tartamudez o disfemia.

Felsenfeld et al., (2000) también refleja que la incidencia de tartamudear entre parientes de tartamudos es de un 14%. Si son mujeres las que tartamudean, los familiares tienen mayor riesgo que si son hombres tartamudos.

Desde la perspectiva de los factores genéticos se observa una **alta incidencia familiar** y mayor proporción de **varones**.

No obstante; **no podemos hablar tanto de una patología propiamente hereditaria como de la existencia de una predisposición genética** a desarrollar el trastorno. (Van Riper, 1982; Kidd, 1984; Bloodstein, 1995; Curlee y Siegel, 1997; Felsenfeld et al., 2000).

Factores psicosociales:

Los estudios que investigan un origen psicosocial parten de la hipótesis de que la actitud negativa de los padres o del interlocutor en la comunicación es un factor determinante en el mantenimiento y afianzamiento del tartamudeo (Curlee y Siegel, 1997; Fernández-Zúñiga, 2005; Guitar, 2006).

Estos estudios consideran que:

- Hay un aprendizaje del habla disfluyente. Se produce una asociación de estímulos ambientales (personas, lugares, gestos de desaprobación, etc.) con estímulos físicos (tensión local, presión en el pecho, etc.). Esta relación genera la respuesta de bloqueo. Las situaciones, personas o palabras son las circunstancias que provocan tensión en el niño y de la tensión se deriva como consecuencia las alteraciones del habla características del tartamudeo.
- Onslow y Packman, (1999) encuentran en el origen del tartamudeo el mismo proceso de asociación de estímulos del condicionamiento clásico. La tensión que el niño experimenta en una situación determinada se suele extender a otros contextos diferentes y poco a poco el tartamudeo se va haciendo más estable y generalizado en multitud de situaciones.

- El alto nivel de exigencia de los padres constituye un como factor de estrés para el niño y puede elevar el riesgo de manifestar disfemia. Esto ocurre cuando la exigencia es alta tanto hacia el habla como hacia su conducta.
- Igualmente, situaciones conflictivas o de estrés que pueda vivir el niño pueden ser variables negativas que pueden afectarle y desencadenar una dificultad de fluidez o afianzar un tartamudeo ya iniciado.

Con todo, no se puede señalar que los padres causen en los hijos una tartamudez, ni que la tartamudez sea un síntoma de trastorno emocional o psicológico.

Factores Lingüísticos:

Existen múltiples estudios donde se analiza la relación entre la tartamudez y el retraso del lenguaje.

Fernández-Zúñiga, 1994; Rodríguez Morejón, 2003; Salgado, 2005; han encontrado que es frecuente que los niños con problemas de disfemia tengan también dificultades en el procesamiento del lenguaje. El porcentaje de estos casos es alto y muy superior al de la población general (del 10% al 36%).

Tanto en la investigación y en la práctica clínica se constata que la **gravedad del tartamudeo aumenta en tareas de lenguaje distinto grado de dificultad y en función de la cantidad de recursos lingüísticos requeridos**. Ej.: generalmente, el niño presenta menos alteraciones en la fluidez para denominar que para producir emisiones de dos, tres o varias palabras. También se constata que la intervención tipo monólogo supone menor esfuerzo que una conversación con otro interlocutor donde hay factores no controlables para la organización del discurso. (Wingate, 1988; Bloodstein, 1995; Bernstein Ratner, 1997).

De la revisión del conjunto de estudios se observa que los niños o personas con disfemia, como grupo, difieren de la norma en determinados aspectos fisiológicos, cognitivos, motores y lingüísticos. Aunque, al tratarse de una alteración compleja, existe amplia variedad interindividual y resulta posible establecer diferentes subgrupos del trastorno con distintas etiologías (Yairi y Ambrose, 2005).

3. 4. Evolución del problema

La disfemia o tartamudez suele **aparecer en la primera infancia** a lo largo del proceso de adquisición del lenguaje, entre los dos y los cuatro años. La prevalencia en la edad escolar es alta.

En general el 50% de los niños que manifiestan este trastorno lo hacen entre los 3 y los 4 años, posteriormente la tasa disminuye a un 25% a los 5 y 6 años (Andrews y Harris, 1964; Inghram, 1984.). Ya en 1957, Morley concluye que más de la mitad de los disfémicos comienzan a tartamudear precozmente. En su estudio estadístico con una muestra de 400 disfémicos, el 50% empezaron a manifestar las alteraciones propias antes de los cinco años y el 90% antes de los ocho años. Andrews y Harris también arrojan un porcentaje similar. El 52% de niños disfémicos manifiestan los síntomas antes de los seis años de edad. La mayoría de los estudios llega a conclusiones parecidas.

El tartamudeo comienza hacia los tres años de edad normalmente coincidiendo con el período en que el niño empieza a multiplicar las frases y a comunicarse con otros adultos y personas diferentes a sus padres.

Es importante señalar que hay una **disfemia evolutiva o tartamudez de desarrollo que no implica patología del habla o del lenguaje**. Como parte del desarrollo lingüístico infantil, muchos niños empiezan a tartamudear ocasionalmente en este estadio precoz pero sólo uno de cada cuatro o cinco persistirán las alteraciones y se evolucionará hacia una disfemia. En la mayoría de los casos será un estadio de tartamudez intermitente que remitirá por sí solo en uno o dos años.

Metraux (1950) propuso para estos casos el nombre de **tartamudez de desarrollo** (development stuttering). Explica que en los niños de tres años es una tendencia habitual repetir sílabas o las palabras. Johnson estudia el lenguaje infantil en niños de entre dos y cinco años y encuentra un promedio de 49 palabras sobre 100 que son repeticiones, el 90% son repeticiones de palabras siendo menor la de sílabas o sonidos. Weiss¹⁷ propone el término tartamudeo fisiológico y otros autores hablan de tartamudeo primario o de balbucencia fisiológica (Borel-Maisonny). Pero estas alteraciones no se consideran una disfemia como tal ni implican patología del lenguaje. Para que se considere disfemia las alteraciones han de persistir y debe aparecer tensión espasmódica en la emisión verbal.

Gallardo, J. y Gallego, O. (1993) explican como a partir de los cinco años el niño puede articular todos los fonemas y se puede hablar incluso de construcción gramatical correcta. En esta fase se da ya una preparación neuromotriz para el aprendizaje de la lectoescritura. Pero en esta fase uno de cada cuatro niños que manifestaron un tartamudeo fisiológico hacia los tres años continúa con un **tartamudeo episódico** (Herbert, 1988).

Cuando a los 10 años de edad, a consecuencia de una emoción brusca, de una experiencia traumática o por causas imprecisas, el niño manifiesta alteraciones de la fluidez verbal podemos hablar de **tartamudeo propiamente dicho** o trastorno disfémico (Dinville, 1980).

En población escolar, la **prevalencia de la disfemia se cifra en 1% de la población infantil occidental** (APA, 2002, 2013). En el 30% de los casos de disfemia el principio del tartamudeo se sitúa coincidiendo con la entrada en la etapa escolar obligatoria (5-6 años), aunque esta circunstancia no puede asociarse a una etiología de la disfemia. Existe la hipótesis de que, en niños con una predisposición emocional determinada, al estar menos tiempo en el ambiente familiar y tener que relacionarse y comunicarse en un medio más organizado, más disciplinado y menos protector, se manifiesta el trastorno. Sin embargo; cada vez es más frecuente la escolarización en edades más tempranas, en torno a los tres años por lo que esta hipótesis pierde su razón de ser en cuanto que las alteraciones sean consecuencia del ingreso escolar.

Hay mayor proporción de niños que presentan esta patología frente a los casos en niñas. A medida que avanza la edad ésta situación se acentúa presentando una relación de 3 a 1, casos de niños frente a niñas. Estudios encuentran un mayor índice de recuperación espontánea en los casos de niñas. (Starkweather y cols., 1990.) Coincidiendo con ello Reid encuentra entre niños y niñas la relación 2-1 a 10-1, según la edad y Morley da aproximadamente las mismas cifras: 4 a 3 niños por niña. Sin embargo; no se ha presentado aún una interpretación satisfactoria sobre esta diferencia. Existen lagunas hipótesis: teoría genética ligada al sexo, Hipótesis de West donde las niñas tienen mayor resistencia a factores hereditarios, o teorías ambientales como la de Miles y Street (1942) según las cuales los padres y el entorno son más exigentes con los niños que con las niñas cuando el desarrollo del lenguaje es más lento. Lo que sí se constata es que esta preponderancia del sexo masculino resulta patente en otros trastornos de elaboración del lenguaje.

Coll-Florit, M. (2013) señala como factores especialmente influyentes en la manifestación del trastono:

- La presión comunicativa del contexto.
- La actitud del interlocutor.
- El tema de conversación.
- La emoción que el niño siente mientras habla.

En su estudio, la autora citada se centra en el desarrollo del trastorno en la infancia. Destaca la influencia de estos cuatro factores en la fluidez del habla del niño. Concluye que las alteraciones que se producen en el discurso no son voluntarias ni responde a conductas aprendidas. No obstante, la frustración que origina en el niño la dificultad de expresión junto con las experiencias negativas que vivencia a la hora de comunicarse, aumentan la ansiedad y generan sentimientos negativos asociados a su capacidad de expresarse. De ahí que las reacciones de los padres ante el tartamudeo, sin ser la causa del problema, tienen una gran relevancia en el mantenimiento y la evolución que vaya a seguir el trastorno en el niño.

Por otra parte, refleja como factores que indican un buen pronóstico de recuperación los siguientes:

- Haber iniciado el problema hace menos de 12 meses.
- Las niñas tienen más facilidad para recuperar el habla fluida.
- No tener antecedentes familiares de tartamudez o que estos lo hayan superado.
- Tener buenas habilidades articulatorias y de lenguaje expresivo.
- Buenas puntuaciones en inteligencia no verbal.
- Tartamudear en determinadas situaciones de emoción o con determinadas personas y hablar fluido en otros momentos o cuando se habla a sí mismo. Buenas habilidades sociales o de comunicación.
- Sentirse seguro de sí mismo o confiado.

También Dinville, C. y Gaches, L. (1986) señalan la importancia del papel del entorno y la necesidad de estudiar los modelos de relación que se establecen en los medios donde va a vivir el niño disfémico. Especialmente analizan las repercusiones del entorno familiar, el entorno escolar, así como el impacto de determinadas situaciones. En el contexto de la familia destacan la relación madre-hijo, al ser comúnmente la madre el primer y principal interlocutor del niño. Las reacciones de la madre a los primeros episodios de tartamudez, así como el comportamiento de todo el medio familiar puede ejercer una influencia nociva o resultar más o menos favorables para la evolución del trastorno. Ej. Intervenciones familiares autoritarias, censoras o un clima de ansiedad ante los problemas de emisión del niño agravan el problema. Tampoco resulta de ayuda la pura indiferencia ni la ausencia de medidas de corrección. Por otra parte entornos familiares donde son constantes las situaciones conflictivas o existe desestructuración familiar constituyen un factor desfavorable para el desarrollo del lenguaje del niño.

Existen otros casos donde el comienzo de la disfemia es tardío. En estos casos, donde el adolescente o adulto comienza a tartamudear se considera que existe cierta predisposición emocional unida a una experiencia traumática. Ej. Hay casos clínicos de adolescentes que comenzaron a tartamudear en la adolescencia tras vivenciar un incendio, un bombardeo o estar expuestos de forma sostenida a un período de tensión emocional.

Buil Martínez, S (2008) recoge las fases por las que pasa una persona con tartamudez organizándolas en función de cuatro:

1. Fase de identificación.
2. Fase de desensibilización
3. Fase de modificación
4. Fase de estabilización

A modo de síntesis sobre su trabajo de la disfemia podemos señalar al respecto que:

La fase de identificación abarca cuando el niño o la persona tartamuda explora, analiza y clasifica las conductas que se generan en su habla y articulación debidas al tartamudeo. No se centra sólo en las que son visibles sino que también percibe aquellas reacciones internas a las que solamente puede acceder él y que caracterizan su forma particular de tartamudear.

Aunque ya se profundizará en la unidad relativa al tratamiento, cabe decir que en esta fase el profesional que ayuda al niño o persona tartamuda se centra en la identificación del tartamudeo y la reflexión guiada sobre la conducta. Se le orienta a que se dé cuenta de que todas las personas en ocasiones presentan algún tipo de tartamudeo, pero de manera más fluida. Igual que él tartamudea, pero en ocasiones puede regular mejor la fluidez de su discurso.

Se generan expectativas de mejora. Han de ser realistas. No se trata de plantear un objetivo frustrante como puede llegar a ser ambicionar una perfecta prosodia y no volver a tartamudear. Se identifican las conductas de evitación, como sustituir unas palabras por otras, cambiar el orden de las palabras en la frase y cualquier otra que utilice para evitar las palabras temidas.

Se presta atención a las siguientes conductas:

- Conductas de aplazamiento. El tartamudo emplea repeticiones de la palabra previa, susurros, se aclara la garganta, pega los labios, etc. Algunas pueden ser muy complejas y son propias de cada caso.
- Identificación de las conductas que finalizan el aplazamiento. Como por ejemplo sacudir la cabeza o la mandíbula, exhalar forzosamente el aliento.
- Identificación de las señales verbales que adelantan el tartamudeo. Se trata de determinar qué señales existen para que se disparen las conductas identificadas anteriormente. Puede ser la longitud de la palabra, la posición en la frase, la historia pasada como desagradable, la letra por la que empieza la palabra, etc. El miedo es uno de los factores que predicen de manera más fiable el fallo. Esto implica que en el tartamudo existe en muchas ocasiones el miedo al propio miedo que aparece en tantos otros trastornos.
- Identificación de las señales situacionales. Se trata de identificar las situaciones donde las alteraciones se producen de manera más significativa. Contextos donde el tartamudo habla peor. Pueden darse casos como hablar por teléfono, pedir favores, hablar a mucha gente, etc. O referirse a las reacciones esperadas (enfados del oyente, risas, ansiedad, etc.)
- Identificación de las señales nucleares. Se buscan triadas de las mismas palabras: con tartamudeo fluido, pronunciación normal, con bloqueo.
- Se estudian las características de fenómenos como los temblores, los tirones, el estado de tensión localizado, tartamudo y las repeticiones compulsivas de las sílabas.
- Se identifican también las reacciones posteriores al tartamudeo, los sentimientos de frustración, vergüenza y hostilidad.

Se trata de que el niño o sujeto tartamudo tome conciencia de que el trastorno y las alteraciones no es exclusivamente la falta de pronunciación fluida sino las conductas que están alrededor de la interrupción de la fluidez y su miedo a que ocurra.

La fase de desensibilización: en esta fase se busca que el niño o la persona tartamuda logre rebajar el nivel de ansiedad al hablar, así como se desensibilice ante otras emociones negativas asociadas a su forma de comunicarse. Se le ayuda para no desestabilizarse si comienzan a aparecer los fallos en el discurso.

El objetivo es bajar el nivel de ansiedad de las conductas identificadas en la fase anterior.

Las técnicas son similares a las utilizadas ante otros problemas de ansiedad, hay gran variedad y cada una tiene sus ventajas y defensores, así como detractores. Lo ideal es que se

selecciones en función del niño o del sujeto, pensando cuál puede ser la más adecuada al caso concreto:

(explosión, inundación, aproximaciones sucesivas, de sensibilización en vivo, etc.)

Los resultados de esta fase suelen ser espectaculares puesto que desaparecen muchas de las conductas más notorias del paciente y que hacen que su problema sea más notable.

En la fase de modificación se trata de generar nuevos patrones de conducta en el niño o la persona tartamuda. Se ha de realizar un aprendizaje adaptativo y nuevas formas de reaccionar ante la falta de fluidez.

Incluye las subfases de:

a) Variación: se introducen formas alternativas de tartamudear de forma que se gane el control sobre el aparato fonador.

b) Desaprendizaje de respuestas de evitación, lucha, demora, cancelación, etc.

Para Buil Martínez, S (2008) el objetivo de esta fase es que una vez que se ha producido la ansiedad a niveles aceptables, se gane control sobre la pronunciación de las palabras.

- Se comienza realizando variaciones sobre las conductas de anticipación. La variación consiste en introducir cambios conscientes y voluntarios. Se continúa con la variación de conductas de escape. Se cambian las conductas como el cierre de los labios, las posiciones anormales de la boca, los latigazos de la mandíbula, etc. En esta fase el tartamudo adquiere de manera impresionante sensación de que pueden manejar su habla y acaban sus sensaciones de desamparo, vergüenza y miedo.
- Se pasa luego al estudio del modelo motor de forma que el tartamudo sea consciente de las sensaciones propioceptivas cuando habla de forma fluida.
- El tartamudo aprende después a realizar conductas alternativas cuando entra en un bloqueo, de forma que acaba saliendo de forma fluida de él. Aprende a salir de las fijaciones, de los temblores, de los cierres de la laringe, de las conductas de repetición.
- Por último, se modifican las conductas preparatorias, porque cuando se va a comenzar a hablar es preciso hacerlo desde determinada posición adecuada, no se puede pronunciar la /s/ con la boca abierta. Este tipo de conductas son las últimas que se modifican.

Por último, **la fase de estabilización** se orienta a consolidar lo aprendido en las fases anteriores y a automatizar la forma más fluida de tartamudear que se ha conseguido en ellas.

Es clave en esta fase y en el enfoque propuesto, para una buena evolución de los casos, el hecho de enfrentar las conductas de evitación y escape que constituyen una parte

fundamental del problema.

La fase final busca que el tartamudo alcance una tasa adecuada de habla fluida. Para ello, además de afianzar los logros alcanzados en las fases previas se realizan ejercicios para aprender a hablar de forma sintácticamente correcta automatizando las conductas aprendidas.

En esta fase se le enseña también a manejar las recaídas, que en este método no son interpretadas como un fracaso del tratamiento y muchísimo menos un fracaso del niño o de la persona. Son una oportunidad de avanzar, contando con nuevas claves sobre situaciones o factores a trabajar.

Una parte importante del trabajo en la última fase es enriquecer el autoconcepto y reducir el peso de las alteraciones residuales que queden para que el niño o sujeto no se defina como tartamudo ni desde el trastorno, sino que lo considere una característica ocasional de su habla ante determinadas situaciones o momentos personales.

Por tanto:

- **La disfemia es una alteración funcional de la comunicación verbal sin anomalía en los órganos fonoarticulatorios.**
- **Su origen ha de estudiarse desde una perspectiva multifactorial, con factores de lenguaje, psicológicos y psicogenéticos.**
- **Se da en todas las culturas e idiomas con una prevalencia similar. Hay predominio de casos en varones.**
- **Es una alteración de aparición temprana y evolución variable.**
- **Como parte del desarrollo infantil del lenguaje algunos niños manifiestan titubeos y prolongaciones hacia los tres años pero esto no implica que desarrollen disfemia como tal.**
- **Existe mucha variabilidad interindividual e intraindividual en la sintomatología, intensidad y frecuencia de las alteraciones.**

4. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. DSM-V. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.
- Andrews y Harris, 1964; Inghram, 1984. En Coll Florit. M, (Coord.) (2003). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.
- Buil Martínez, S (2008). *Didáctica de los Trastornos del Ritmo en Primaria: La Disfemia*. Málaga: Guillermo Castilla Ediciones.
- Coll Florit. M, (Coord.) (2003). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.
- Cristal, 1983. Gallardo, J. y Gallego, J. (1993). *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Málaga: Aljibe. p.247.
- Dinville, C. Gaches, L. En Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona: Masson.
- Fernández-Zúñiga, A. y Gamba, S. En Coll Florit. M, (Coord.) (2003). *Trastornos del habla y de la voz*. Barcelona: UOC.
- Gallardo, J. y Gallego, J. (1993). *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Ed.Málaga: Aljibe.
- Johnson, W. Toward (1959). *Understanding Stuttering*. Illinois: National Society for Crippeled Children and Adults.
- Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona: Masson.
- Metraux (1950). En Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona: Masson.
- Morley. Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona: Masson.
- OMS. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.
- Perelló, (1990). Gallardo, J. y Gallego, J. (1993). *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Ed.Málaga: Aljibe.
- Serra, M. (1982). Trastornos de la fluidez del habla: disfemia y taquifemia. *Rev. Logop. Fonoaud. Vol (II), nº 2*. 1982: pp.(69-68).
- Starkweather CW.(1995) (1997). *A simple theory of stuttering. J Fluency Disord*; New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Starkweather y cols. (1990). En Coll Florit. M, (Coord.) (2003). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.
- Weiss. En Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona: Masson.
- Yaruss, JS, Quesal, RW. (2002). Academic and clinical education in fluency disorders: an update. *Fluency Disord* 27 (1) 2002: pp.43-63.

5. Bibliografía

Coll Florit, M, (Coord.) (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.

Gallardo, J. y Gallego, J. (1993). *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Málaga: Aljibe.

Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona: Masson.