

J. Molina  
M. S. Ampudia  
M. J. Agulló  
L. Guasch  
J. Tomás

## Disfemia

### *Stammering*

**Correspondencia:**

M. S. Ampudia  
Unidad de Paidopsiquiatría  
Hospital Universitario Materno-Infantil del Vall d'Hebron  
Pg. Vall d'Hebron, 119-129  
08035 Barcelona

### RESUMEN

La disfemia o tartamudez es un trastorno de la fluidez del habla que afecta aproximadamente al 1% de la población con un predominio del sexo masculino 3:1. Con frecuencia este trastorno está asociado a características emocionales, tales como: miedo, vergüenza y/o rechazo del contacto social. En el presente trabajo se pretende hacer una revisión sobre las diversas hipótesis etiológicas y las formas de tratamiento más recientes.

### PALABRAS CLAVE

Tartamudez, Disfemia, Evolución, Etiología, Tratamiento.

### ABSTRACT

*Stuttering is a speech disorder affecting approximately 1% of the population, with a male prevalency of 3:1. This disorder is frequently associated with emotional*

*characteristics such as: fear, shame and/or avoidance of social contact.*

*In the present work we review the different etiologic hypotheses and the more recent treatment therapies.*

### KEY WORDS

*Stuttering, Stammering, Evolution, Etiology, Treatment.*

### CONCEPTO

El DSM-IV define la disfemia como un trastorno de la fluidez normal y estructuración temporal del habla que es inapropiada para la edad del sujeto. Esta se caracteriza por frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas. También se observan, relacionadas con la fluidez, interjecciones, fragmentación de palabras, bloques audibles o silenciosos, circunloquios y repeticiones de palabras monosilábicas.

Para Dinville y Gaches (1975) la disfemia o tartamudez es "un trastorno de la expresión verbal que afecta principalmente al ritmo de la palabra. Es un trastorno funcional sin anomalía de los órganos fonatorios, siem-

116

pre relacionado con la presencia de un interlocutor. El tartamudeo es esencialmente un trastorno de la comunicación verbal. Las trabas relacionales que suscita son origen de dificultades psicológicas, que pueden constituir un perjuicio social muy importante". En su definición de disfemia, así como en la que realiza Johnson (1959) y Travis (1971) se introducen los aspectos relacionales que tienen que ver con la comunicación: por una parte la reacción de la persona ante su propia falta de fluidez y por otra la respuesta del hablante ante la reacción del oyente.

Pero a pesar de la variación que hay en las definiciones, todas están de acuerdo en que la tartamudez o disfemia es un trastorno de la fluidez, por lo tanto se diferencia de los trastornos del lenguaje (Silver, 1982). Al igual que el resto de los componentes del habla, la fluidez (suavidad en la secuenciación de la producción del habla) se aprende, desarrolla y automatiza. Durante el aprendizaje de este proceso se dan muchas disrupciones. Son típicos en estas primeras etapas del desarrollo del lenguaje (de los 3 a los 4 años), cargadas de aprendizajes, los titubeos, prolongaciones reflexivas iniciales, dificultades en la producción de articulaciones complejas o la inestabilidad (Serra, 1982; ICD-10, 1992). Se trata de repeticiones de fonemas, sílabas, palabras, revisiones de palabras o frases, iteraciones y pausas de tiempo tensas. Más allá de esta etapa considerada normal podemos decir que se ha instaurado la DISFEMIA o TARTAMUDEZ.

Herbert (1991) recoge que, en muchas ocasiones, el tartamudeo va acompañado de movimientos que afectan al aparato bucal o a otras estructuras anatómicas relacionadas o no con el aparato bucal, o de enunciados verbales estereotipados. No es raro encontrar, también, un estado general de tensión o excitación o bien de emociones negativas como el miedo, vergüenza, irritación u otras emociones semejantes (Ver tabla nº 1; Comportamientos asociados).

Todos los autores están de acuerdo en diferenciar 3 tipos de tartamudeo (C. Dinville, 1989; C. Dinville y C. Gaches, 1975; J.A.López, 1993):

- Forma clónica: repetición de una sílaba o grupo de sílabas
- Forma tónica: bloqueos más o menos importantes, ya sea al inicio o en la mitad de una frase.
- Forma mixta que sería una mezcla de ambas.

## EPIDEMIOLOGÍA

La tartamudez o disfemia es un fenómeno universal y ha ocurrido siempre y en todos los lugares, existiendo claros antecedentes históricos. Dependiendo de los estudios epidemiológicos, la cifra de sujetos que sufren tartamudez varía. Esto se debe al hecho que hay estudios que tienen en cuenta aquellos sujetos en los que aparecen síntomas de tartamudez pero en una fase del desarrollo en que es considerada normal. Es decir tienen en cuenta la

**Tabla 1** Comportamientos asociados al tartamudeo (Van Riper 1971)

*Comportamientos habituales de los tartamudos (Van Riper, 1971)*

1. Variación de los tipos de tartamudez.
2. Jerarquía de los comportamientos de tartamudez.
3. Temblor muscular.
4. Bloqueos.
5. Medios para desembarazarse del bloqueo: movimientos repentinos de cabeza, extremidades.
6. Tensión vocal. Producción de un sonido de baja frecuencia que se percibe como un ruido. Este es una manera de anticiparse a la emisión de la palabra.
7. Repeticiones.
8. Uso del aire residual. Continúan hablando tras la espiración normal.
9. Gestos de camuflaje.
10. Gestos de evitación.
11. Retraso en la emisión de la palabra.

Pero además de estos comportamientos se puede observar a nivel emocional, sentimientos negativos como: miedo, malestar, vergüenza y culpabilidad.

DISFEMIA FISIOLÓGICA, considerada no patológica. Estas variaciones se pueden ver ya en el sistema de clasificación DSM. En el DSM-III el porcentaje era de un 1%, mientras que el DSM-III-R era de un 5% (en J. A. López, 1993). En el DSM-IV se hace una distinción: mientras que en niños prepuberales el porcentaje es de un 1%, este valor desciende hasta un 0.8% en los adolescentes. Esta última puntuación coincide con la que da Silver (1982). Serra (1982) recoge que el ASHA americana en una investigación encuentra una proporción del 0.7 al 1% en niños escolares. En nuestro país (J.A. López, 1993) en una unidad de atención psiquiátrica encuentra un 5% de población infanto-juvenil. Johnson llega al extremo de encontrar un 20% de sujetos tartamudos entre los 5 y los 14 años.

En 1971, Van Riper (1971) dice que hasta aquel momento sólo se había hecho un estudio epidemiológico verdadero. Este se realizó en Inglaterra en 1964, sobre una población de niños de 0 a 15 años. Se encontró que 3% de niños habían vivido un período de tartamudez que duró al menos seis meses. Esta cifra se incrementaba hasta el 4-5% si se tenía en cuenta aquellos sujetos con una tartamudez inferior a los 6 meses.

En lo que si parecen estar de acuerdo todos los autores es en la distribución entre sexos. La mayoría de autores dan una tasa de 3:1 a favor de los hombres, es decir los varones sufren con mayor probabilidad este trastorno (Van Riper, 1971, Silver, 1982; Serra, 1982; DSM-IV, 1995; J. A. López, 1993; Dinville y Gaches, 1975; Azcoaga, 1981, Marcelli y Ajuriaguerra, 1996).

## EVOLUCIÓN

La tartamudez suele aparecer en la primera infancia, 3-4 años, con la aparición de las primeras frases. Es decir, en el momento en que se organiza el lenguaje y las interacciones con los demás (para más información sobre desarrollo del lenguaje ver: J. Molina, 1999). A esta edad, algunos hablan de tartamudez primaria de desarrollo o fisiológica (C. Dinville, 1989, Silver, 1982). Según Borel-Maisonny (1975) piensa que se trata de una fase de "balbucencia fisiológica" previsible, ya que el niño debe aprender a organizar muy rápidamente su lenguaje. En esta primera fase de balbuceo fisiológico las recuperaciones son abundantes.

Entre los 5-6 años, con el inicio de la escuela se considera que el trastorno está instaurado. Aquí el tartamudeo aparece principalmente en las partes mayores del habla: nombres, verbos, adjetivos. En esta fase el

niño parece no estar preocupado por lo que le sucede. En momentos de tensión o excitación el tartamudeo se ve incrementado. A partir de los 8 años el tartamudeo se relaciona más con situaciones estresantes. El sujeto empieza a utilizar circunloquios y sustituciones cuando debe decir palabras que él reconoce que le son difíciles.

117

**Tabla 2 Fases, tipos y síntomas en la evaluación de la tartamudez. Según Van Riper (1954) y Bloodstein (1961) en M. Serra (1982)**

<i>PRIMARIA</i>	FASE I	Repeticiones sin esfuerzo y cortas. Prolongaciones inconscientes.
<i>TRANSICIONAL</i>	FASE II	Repeticiones más rápidas e irregulares con prolongaciones. Conciencia esporádica del problema. Gusto por la comunicación.
	FASE III	Aumento del número de repeticiones en cada convulsión. Posturas con tensión, Conciencia y frustración establecidas pero que no llegan a evitar el habla. No hay miedo.
<i>SECUNDARIA</i>	FASE IV	Miedo (escondido) y evitación (abierta) hacia fonemas, palabras, personas y situaciones. Movimientos de compensación.

Hacia el final de la adolescencia y en la adultez ya se aprecia el temor ante una situación que conoce que producirá tartamudeo, también hay miedo hacia las palabras, sonidos y situaciones. Es en este momento donde se instala el conflicto: cree que los demás le están juzgando en todo momento, creando un continuo de malestar, vergüenza y culpabilidad (Herbert, 1991).

## ETIOLOGÍA

Tal como recoge en su artículo J. A. López (1993) las explicaciones para la tartamudez han sido diversas. Aristóteles pensaba que se trataba de un fallo lingual y

que la lengua era demasiado lenta para guardar el ritmo de las ideas. Con anterioridad a la década de los 50 las teorías sobre la tartamudez eran de tipo orgánico en su gran mayoría; habiendo también trabajos que situaban al tartamudo en una fijación en la etapa anal, según la perspectiva psicoanalítica. En la actualidad los autores creen que las causas de la tartamudez son múltiples (Ryan, 1992; N. Sabaté, 1999).

J. Santacreu (1985) hace una revisión sobre las diversas teorías que han habido en la investigación sobre la tartamudez, entre las que destacan:

- *Modelos genéticos.* Según estos hay un factor de disposición hacia la tartamudez, los padres tartamudos parecen predisponer a la tartamudez. Numerosos estudios encuentran hasta un 40% de casos de tartamudez en hijos de padres tartamudos. En contra de estas teorías está el hecho que muchos disfémicos cuando están solos no tartamudean, la variación temporal y la aparición de la tartamudez dependiendo de los estresores externos. Desde estas teorías, últimamente, se defiende que como cualquier factor hereditario, la tartamudez también puede ser influenciada por el ambiente.

- *Teorías neurológicas.* Entre estas podemos diferenciar las relacionadas con la representación anormal de las funciones a nivel hemisférico y aquellas que ponen énfasis en una disfunción motriz. Los partidarios de la primera hipótesis señalan que en muchos casos los tartamudos presentan una lateralidad contrariada, lo cual podría significar que el disfémico muestra una representación bilateral del lenguaje (Yaruss y Conture, 1996; Szelag et al., 1997; LaSalle y Conture, 1995).

Desde la Teoría de la disfunción motriz se dice que en muchos casos los tartamudos de corta edad se ven afectados de trastornos del lenguaje y del desarrollo de la motricidad. Esta teoría no es aceptada por Ajuriaguerra, Diatkine y sus colaboradores ya que no encontraron ninguna particularidad psicomotriz en niños de más de 7 años. Pero de todas formas se podría ver como un factor favorecedor del tartamudeo en la primera infancia.

Dentro de este gran grupo encontramos la Teoría relacionada con la percepción auditiva propuesta por Lee en 1951. En esta investigación se provocaba una tartamudez artificial por una autorregulación auditiva retardada (DAF). Se ha visto que con este método se conseguía una mejoría en los tartamudos, pero esta se podría deber a los efectos de distracción. El tartamudo no presta atención a su habla y esto provoca una mejor fluencia.

- *Teorías psicogénicas.* Se ha de constatar que no pare-

ce haber ningún factor psicológico que cause el tartamudeo, aunque es evidente que ciertos factores pueden aumentar o agrabar el problema. En muchas ocasiones se ha abogado por una explicación que tenga en cuenta el tipo de personalidad, pero se ha podido comprobar que no hay un patrón común entre los tartamudos. Lo que si parece haber es una tendencia hacia el neuroticismo y la inadaptación, pero en todo caso no son factores que causen la tartamudez.

El hecho que el tartamudo tenga disfluencias en ciertas situaciones y cuando está solo no aparezcan, ha hecho pensar que el tartamudeo sea una respuesta en un intento de reducir la ansiedad. La génesis de este comportamiento estaría en que los padres centran al niño en su habla, evaluando con severidad su ejecución. Esto produciría una respuesta de miedo hacia la misma dando como respuesta el tartamudeo. El hecho que la desensibilización como tratamiento haya tenido éxito en ciertos casos favorece esta teoría. En contra, se han hecho estudios en los que no se encuentran diferencias entre sujetos normales y tartamudos cuando se les pregunta sobre situaciones estresantes. Lo que parece probable es que el miedo puede ser un precipitante de los períodos de tartamudez.

- *Teorías conductuales.* Estas teorías apoyan el hecho que la tartamudez es una conducta aprendida. Entre ellas la más importante, quizás, es la TEORÍA DIAGNOSOGÉNICA de Johnson. Este autor afirma que la disfemia surge con su diagnóstico y sólo después de él. Cuando la familia se da cuenta y diagnostica el tartamudeo, comienzan las críticas por la dicción. Esto hace que el niño tome conciencia de sus disfluencias, sienta ansiedad y se fortalezca el proceso disfémico. Todas las teorías conductuales de apoyo y refuerzo parecen llevar más a la comprensión del mantenimiento de la tartamudez que no a la causa de la misma. Para una revisión de la literatura sobre el papel que juegan los padres ver Nippold y Rudzinski (1995).

Santacreu ha recogido muchas de las ideas expuestas anteriormente y ha creado un modelo integrador sobre la génesis y el mantenimiento de la tartamudez; tal como puede verse en la figura 1.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como hemos comentado a lo largo de toda esta exposición, tenemos que diferenciar la disfemia de aquella falta de fluidez que se da en los primeros años del desarrollo del lenguaje, considerada normal: la tartamudez

fisiológica. También se ha de diferenciar de los siguientes trastornos o entidades clínicas:

- TAQUIFEMIA: Este trastorno también llamado lenguaje confuso o farfalleo, es un trastorno de la fluidez caracterizado por su rapidez y escasez de inteligibilidad.

Se diferencia del tartamudeo por su mayor rapidez, menos repeticiones e indecisiones, mejora de la dicción en situaciones de sobrecarga y empeoramiento con escasa responsabilidad en la comunicación. No existe miedo a determinados sonidos y tampoco hay conciencia de la alteración.

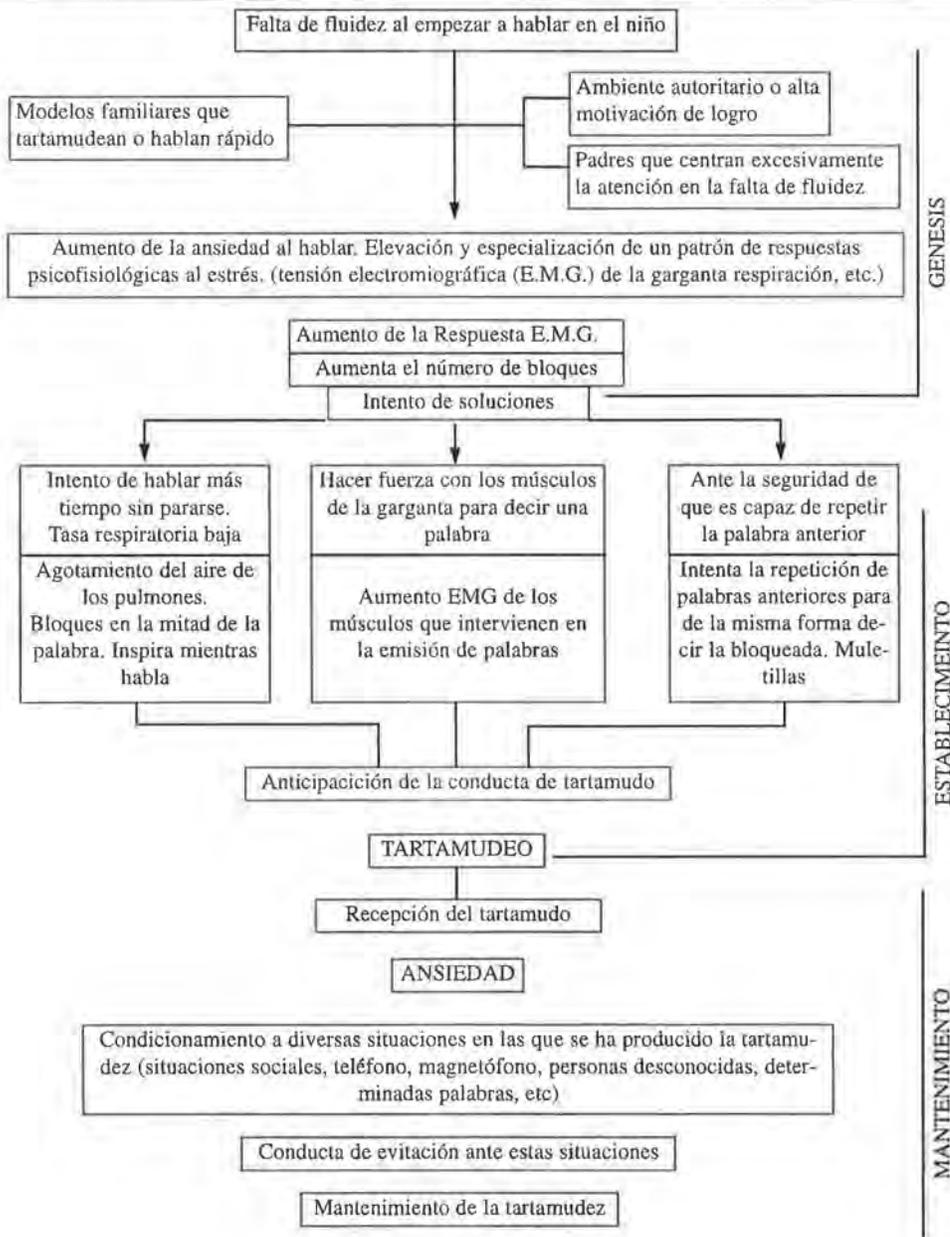


Figura 1. Génesis y mantenimiento de la tartamudez según Santacreu (1985)

120

- **DISARTRIA:** Los sujetos afectados de este trastorno presentan dificultades en la expresión del lenguaje debidas a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios, que son secundarios a una lesión del sistema nervioso. A diferencia de la disartria, el tartamudeo no es consistente a lo largo del tiempo y no está relacionado con lesiones.

- **TICS:** El tartamudeo se puede diferenciar de los trastornos obsesivo-compulsivo o los tics ya que más que entidad diagnóstica principal, en la disfemia son síntomas acompañantes.

## EVALUACIÓN

La evaluación debe ser global teniendo en cuenta variables fisiológicas, cognitivas y emocionales, tal como recoge Santacreu (1985) y Serra (1995, documento interno de la U.B.). En primer lugar se debe realizar una anamnesis completa que recoja los siguientes aspectos: antecedentes familiares con trastornos del habla o de la lateralidad, reacción familiar hacia el problema e historia y evolución del problema (factores iniciales, precipitadores, factores mantenedores del problema). Posteriormente en la evaluación deberíamos fijarnos en:

a) La fluidez en el habla a través de grabación de las conversaciones:

- Identificación de los diferentes tipos de errores en la producción de la palabra: repetición de sílabas, partición de palabras, interjecciones, bloqueos,...
- Estudios de los errores a nivel gramatical, prosódico y léxico-semántico.
- Uso de indicadores de gravedad: palabras dichas por minuto, palabras tartamudeadas por 100 emitidas.

b) Variables fisiológicas registrándolas en silencio, diciendo palabras, leyendo un texto y hablando:

- Nivel tensional en los músculos de la lengua, cara, cuello, resto del cuerpo.
- Respuesta respiratoria: averiguar si el nivel de aire al hablar rebosa los mínimos alcanzados en reposo y número de palabras dichas entre dos inspiraciones.

c) **Estímulos:** Observar aquellos estímulos que provocan en mayor medida el tartamudeo. Esto se puede realizar mediante cuestionarios o entrevistas.

d) **Evaluación de las características del sujeto:** timidez, falta de rendimiento escolar, motivación al tratamiento.

## TRATAMIENTO

Hay poco consenso sobre la efectividad a largo plazo del tratamiento y sobre qué tratamientos son los más efectivos (Silver, 1982; Conture, 1996). El tratamiento del tartamudeo se remonta a la antigüedad clásica. Las medidas más comunes durante el s.XIX fueron la distracción, sugestión y relajación. Los tartamudos han sido tratados también con psicoanálisis, terapia de grupo, terapia no directiva y otras variedades de psicoterapia. La mayoría de los tratamientos actuales están basados en la idea que el tartamudeo es una conducta aprendida. El objetivo es trabajar directamente en la dificultad del habla para minimizar las cuestiones que mantienen y fortalecen el tartamudeo.

Robert West (ver Van Ríper, 1973) el éxito de los tratamientos depende de la definición que acepte el terapeuta sobre qué es la disfemia: "La cura en la mente de algunos, es el aprendizaje de una técnica por la cual el paciente puede hablar a pesar de su tartamudez. En otros es un completo volver al habla normal que no necesita mirar a la automaticidad del habla (refiriéndose a las técnicas auxiliares del tratamiento de la disfemia). En otros es la reducción o eliminación de la situación o situaciones en las que el disfémico tartamudea (un cambio de actitud hacia las mismas)".

Por lo tanto según este comentario de West, en muchas ocasiones no podemos fijar como objetivo principal el eliminar de raíz el tartamudeo. El punto de vista más razonable es el de buscar eliminar la sintomatología asociada al tartamudeo. En el caso del niño pequeño será que el tartamudeo no se instaure de forma patológica. Siguiendo estas ideas, el tratamiento de la disfemia debe incluir los siguientes puntos de acción:

- Disminuir el tartamudeo mediante técnicas auxiliares.
- Descondicionar el habla de los factores externos y de la ansiedad, que provocan tartamudeo.
- Modificar las actitudes y conductas relacionadas con el acto comunicativo de la disfemia.
- Mantener y extender el habla fluida en situaciones verbales cada vez más complejas.

El marco terapéutico incluye, por lo tanto, dos elementos:

1. **PSICOPEDAGÓGICO:** aprendizaje de nuevos patrones de conducta verbal.
2. **PSICOTERAPEÚTICO:** modificación de los factores emocionales mediante el diálogo terapéutico.

El pronóstico del tartamudeo está determinado por la evaluación del trastorno como un problema y por la mayor o menor influencia de las personas significativas en su comportamiento presente y su historia pasada. Tanto el pronóstico como el diagnóstico deberían ser revisados constantemente durante el período terapéutico. Algunos indicadores de un mejor pronóstico son:

1. Conocimiento más adecuado, por parte del paciente, de su trastorno.
2. Menor gravedad de la disfemia.
3. Mayor colaboración del paciente.
4. Menor imbricación de factores emocionales.
5. Edad del paciente.

En un metaanálisis de la literatura sobre tratamiento del tartamudeo realizado por Andrews, Guitar y Howie (1980), los tratamientos principales utilizados con más frecuencia eran el habla prolongada (29%), ritmo (21%), terapia de la actitud (12%), inicio suave (10%), flujo del aire (7%) y la desensibilización (7%). El habla prolongada y las técnicas de comienzo suave parecerían ser los tratamientos más efectivos tanto a corto como a largo plazo. El haloperidol también se ha probado, pero sin constatar su eficacia clínica. A continuación exponemos los tratamientos más utilizados de forma breve (para una revisión más amplia del tema ver Van Riper, 1973 y Perelló, 1977):

- La Psicoterapia tiene como objetivo suprimir el sentimiento de inferioridad y la convicción de que todo el mundo espera que tartamudee antes de que empiece a hablar. Para Sheehan (1962) el tratamiento debe consistir en disminuir todos los impedimentos del habla. Estos pueden estar a diferentes niveles. De hecho, el bloqueo puede reflejar un conflicto entre la necesidad de hablar y el miedo a hablar, encontrar o variar una situación amenazante, expresar o inhibir sentimientos inaceptables, aceptar o rechazar ciertos papeles sociales o relaciones, etc (ver Perelló, 1977). Como se ha mencionado con anterioridad la psicoterapia es recomendable como apoyo para un tratamiento global, ya que por sí sola parece no tener una eficacia a largo plazo. En todo caso la prescripción de psicoterapia y el tipo utilizado, debe estar ajustado a cada caso particular.

Desde la modificación de conducta se intentan cambiar los comportamientos aprendidos por otros radicalmente opuestos, que resulten incompatibles con las respuestas de ansiedad, por ejemplo:

- Dejar de hablar en el instante que aparezca el tartamudeo.
- Hablar sólo en la relajación.

- Hablar sólo en la espiración.
- Mirar a la cara del interlocutor,
- Mirar no centrando la atención en el habla sino en los contenidos y en otros detalles ajenos al habla.
- Hablar sin esfuerzo muscular.

Desde esta perspectiva, al igual que otras, el disfémico no debe evitar el habla, sino incrementar el número de intervenciones. La modificación de conducta se realiza con el complemento de los factores cognitivos, basados principalmente en la autoobservación y el autocontrol.

- La relajación es otra de las técnicas utilizadas en el tratamiento con disfémicos. Se puede iniciar a partir de los 8 años, aunque a menudo no es hasta la adolescencia cuando se consigue una mayor eficacia del tratamiento. El objetivo principal de este tratamiento es que el sujeto tartamudeo experimente la sensación de fluidez en el habla, mientras se relaja y aprenda a asociar el sentimiento general de facilidad con el acto de hablar.

- Habla rítmica y empleo del gesto acompañando al habla. El objetivo de estas técnicas es aprender el ritmo que en el disfémico aparece alterado. En la primera técnica el disfémico debe hablar lentamente, pronunciando la frase como una palabra polisilábica. Debería haber una misma duración para cada sílaba. Esto se conseguiría con el uso de un metrónomo, el cual daría las pautas y posteriormente estas serían aprendidas por el paciente. En esta técnica como en la del gesto acompañando la palabra, el disfémico a la hora de encontrarse los signos de puntuación debería aprovechar para inspirar. En la segunda técnica los pasos a seguir son los mismos, pero la rítmicidad se aprende a través de movimientos o gestos manuales, que han de ser grandilocuentes.

Las críticas a estas técnicas están relacionadas con el hecho de que estos signos (el compás del metrónomo o los chasquidos de los dedos) tienden a perder su valor como un accesorio temporal cuando pierden su novedad. Los disfémicos a menudo se quejan que su habla, con estos métodos, parece artificial, tanto para ellos como para sus interlocutores.

- Técnicas de respiración. Otro grupo de técnicas diseñadas para el tratamiento de la disfemia está relacionada con el uso de instrucciones específicas concernientes a como respirar en el momento de intentar hablar. Son obvias las anormalidades respiratorias que se aprecian en el disfémico: respiración entrecortada, respiración sostenida, discordancia en la respiración torácica y abdominal, y sus intentos para hablar con la respiración sostenida o hacia el final de la exhalación. Una de las técnicas consiste en inspirar y exhalar el aire

antes del inicio de una palabra y acabar la misma cuando se exhala el aire. Estas técnicas son consideradas por algunos autores como técnicas distractivas o de sugestión. Se ha visto que la automaticidad del acto respiratorio podría ser dañada, creando anormalidades respiratorias.

- Servoterapia o audición retardada. Mediante un aparato que retarda la audición de la propia habla a los oídos del paciente, puede reducirse en algunos casos la tasa de tartamudeo. Esta técnica se desprende de la teoría DAF, que aparece en apartados anteriores. El aprendizaje se basa en dos factores:

- Habituarse a un patrón de habla más lento.
- Prolongación de las unidades fónicas.

Se ha visto que en algunos sujetos normales esta técnica produce una disfemia artificial, con algunos de sus síntomas. En cambio, en algunos disfémicos (al contrario que hemos dicho anteriormente) no existe ningún cambio. Yates, 1965 (en Van Riper, 1973) da la explicación que aquellos sujetos tanto normales como con disfemia, a los que no le afecta la DAF son probablemente aquellos que dependen poco del feedback auditivo para el control motor del habla. Puede que estos sujetos monitoricen su habla mediante la propiocepción, el tacto o la cinestesia.

Pautas generales de conducta que debe seguir el disfémico:

1. Hablar con calma, sin precipitación.
2. Poner en práctica la autoobservación del habla cuando es fluida para aprender los mecanismos de la fluidez espontánea.
3. No evitar el tartamudeo sistemáticamente. No rehuir las situaciones verbales. Hablar siempre que sea necesario. Afrontar el riesgo de tartamudear, aprendiendo a perder sensibilización al problema.
4. No desviar la mirada del interlocutor.
5. Ir eliminando los movimientos parásitos.
6. Usar una gesticulación armónica que acompañe el habla facilitando la fluidez.
7. Observar y definir lo que sucede al tartamudear.
8. Ir eliminando los sinónimos.
9. Hablar con más entonación.
10. Hablar lo más posible.

Como hemos dicho anteriormente el tratamiento debe ser globalizador, teniendo en cuenta los aspectos emocionales tratados con psicoterapia y aquellos concernientes al acto del habla que se intentan solucionar desde una perspectiva pedagógica mediante las técnicas auxiliares.

### INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN EL NIÑO

El tratamiento de la disfemia en el niño requiere la intervención directa de los padres, a los que no sólo se les darán indicaciones (ver cuadro nº 3), sino que se les mostrará como actuar con el niño de una manera explícita (con la presencia de los mismos en la interacción terapeuta-niño). Está dirigido a dos cuestiones:

- No prestar atención a los fallos verbales.
- Reforzar el habla fluida y atender al contenido de lo que el niño dice.

Como medidas auxiliares para favorecer la fluidez se utilizan los juegos de señas, la pantomima y la dramatización. Además se utilizan los ejercicios psicomotores y rítmicos, así como el habla rítmica con entonación marcada y amplia.

**Tabla 3 Información que se da en un plan de prevención a los padres (J. López, 1993)**

EVITAR	RECOMENDACIONES
* Criticar o castigar su forma de hablar.	* Hacer "oídos sordos" a la tartamudez fisiológica y dejarle hablar.
* Interrumpir disfluencias, terminarle palabras.	* No prestar atención a los fallos de dicción y reforzar el contenido de lo que dice.
* Comparaciones negativas con los demás y burlas.	* Reducir la responsabilidad en el acto comunicativo.
* Demandas exageradas o preguntas frustrantes.	* Hablar mirándole a la cara y dando ocasión a la respuesta.
* Ponerle en situaciones sociales comprometidas.	* Cuando este excitado hablarle con calma.
* Indicarle cómo debe hablar.	* Usar un modelo adecuado de habla que favorezca la imitación.
	* Crear situaciones agradables de juego y comunicación que reduzcan la conciencia de tartamudeo y la excesiva responsabilidad en la dicción.
	* Estimular los aspectos positivos de su persona.

Cuando la disfemia está asociada a otro problema del lenguaje se ha de ponderar la relación de prioridad entre ambos trastornos, así como la "causalidad" que puede existir entre ambos para determinar la actuación primordial.

Lo que si parece estar claro es que la actitud clásica de esperar delante de la tartamudez del niño ha variado por

aquella de intervenir en la edad temprana (a partir de los 5 años). Actualmente se empieza a afirmar que los niños con riesgo de llegar a ser tartamudos crónicos deben ser identificados y tratados lo antes posible. Por lo tanto uno de los factores prioritarios es la prevención cuando el problema se encuentra en sus momentos iniciales (tartamudez fisiológica).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Andrews, G.; Guitar, B.; Howie, P (1980): "Meta-analysis of the effects of stuttering treatment". *Journal of Speech and Hearing Disorder* 45: 287.
2. APA (1995). *DSM-IV*. Barcelona: Masson.
3. Azcoaga, J.E. et al. (1981): *Los retardos del lenguaje en el niño*. Barcelona: Paidós.
4. Conture, E (1996): "Treatment Efficacy: Stuttering". *Journal of speech and hearing research*. Vol.39 (S18-S26).
5. Dinville, C.; Gaches, L. (1975): La tartamudez. En Launay, C.; Borel-Maisonny: *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona: Toray-Masson.
6. Dinville, C. (1989): *La tartamudez*. Barcelona: Masson.
7. Herbert, R (1991): Tartamudez, farfalleo, trastornos de la articulación y trastorno de la voz. En Rondal, J. y Seron, X. *Trastornos del lenguaje* 2. Barcelona: Paidós.
8. Johnson, W. (1959): *The onset of stuttering*. University of Minnesota. Press Minneapolis.
9. LaSalle, L. y Conture, E. (1995): "Disfluency clusters of children who stutter: relation of stutters to self-repairs". *Journal of speech and hearing research*. Vol. 38 (965-977).
10. Launay, C.; Borel-Maisonny (1975): *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona: Toray-Masson.
11. López, J.A.; Ruiz, F.; Sánchez, M.J. (1993): "Prevención secundaria de la tartamudez". *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*. Nº 3 (190-195).
12. Marcelli, D. y Ajuriaguera, J. (1996): *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
13. Molina, J.; Ampudia, M.S.; Aguas, S.J.; Guasch, L.; Tornás, J. (1999): "Desarrollo del lenguaje". En: *Actitudes educativas, trastornos del lenguaje y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Laertes.
14. Nippold, M. y Rudzinski, M. (1995): "Parents' speech and children's stuttering: a critique of the literature". *Journal of speech and hearing research*. Vol.38 (978-989).
15. OMS (1992): *CIE-10*. Madrid: Meditor.
16. Perelló, J (1997): *Trastornos del habla*. Barcelona: Científico Médica.
17. Ryan, B (1992): "Articulation, Language, Rate, and Fluency characteristics of stuttering and nonstuttering preschool children". *Journal of speech and hearing research*. Vol. 35 (335-342).
18. Sabaté, N.; Sarié, M.; Corbella, A.; Bargadà, M. (1999): *Trastorno del desarrollo del lenguaje y habla*. En: *Actitudes educativas, trastornos del lenguaje y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Laertes.
19. Santacreu, J. (1985): *Tratamiento conductual de la tartamudez*. Valencia: Promolibro.
20. Serra, M. (1982): "Trastornos de la fluidez del habla: Disfemia y Taquifemia". *Rev. Logop. Fonoaud.* Vol. II nº 2 (69-78).
21. Serra, M. (1995): *Documento interno del departamento de Psicología Básica*. UB.
22. Silver, L. (1982): *Trastornos del habla*. En Kaplan, H.; Sadock, B.: *Tratado de psiquiatría*, Barcelona: Salvat.
23. Szelag, E et al. (1997): "Hemispheric asymmetries in stutters: Disorder severity and neuroticism?". *Acta psychologica* 95 (299-315).
24. Travis, L (1971): *Handbook of speech pathology and audiology*. New York: Appleton.
25. Van Riper (1971): *The nature of stuttering*. New Jersey: Prentice-Hall.
26. Van Riper (1973): *The treatment of stuttering*. New Jersey: Prentice-Hall.
27. Yaruss, J. y Conture, E. (1996): "Stuttering and phonological disorders in children: examination of the Covert repair hypothesis". *Journal of speech and hearing research*. Vol. 39 (349-364).