

Estudio Conciencia de Tartamudeo en niños entre 2 y 6 años.

Raquel Escobar Díaz, 2015. En colaboración con la Fundación Española de la Tartamudez.

Hasta hace bien pocos años, la teoría Diagnosogénica elaborada por Johnson (1), marcó los protocolos a seguir en torno al niño que comienza a tener sus primeras disfluencias, así como la “creencia” generalizada, de que la tartamudez era una cuestión creada por el entorno y en consecuencia, de origen psicológico. Hoy podemos afirmar que esto no es así.

Si tienes un niño que tartamudea ACUDE INMEDIATAMENTE AL LOGOPEDA. No hacer nada empeora el cuadro. Los niños sí tienen conciencia de su Tartamudez. El especialista le ayudará a reducir, prevenir o incluso remitir. Cuánto antes se intervenga mejor.

En los últimos años asistimos a una **renovación integral** en el abordaje de la tartamudez, infantil y adulta. Esto se debe a numerosos estudios que aportan cada día nuevas claves sobre su origen, tirando por tierra antiguas teorías y formas de actuación.

La tartamudez o Disfemia, es conocida por las interrupciones en la fluidez del habla (repeticiones, prolongaciones y bloqueos), denominadas **Comportamientos Primarios**. Pero, además, existen otros comportamientos que son quizá, los que producen mayor impacto en la vida de las personas que tartamudean. Es decir, un cuadro primario de tartamudez irá agravándose con el paso del tiempo y con la aparición de los **Comportamientos Secundarios**. Estos comportamientos son derivados de la *lucha* y de la *convivencia con la tartamudez*. Pueden ser de diferente índole; unos más lingüísticos, (retardo del tartamudeo por medio de muletillas, sustituciones de palabras, giros en el discurso); otros más fisiológicos, (fallos en la coordinación fono-respiratoria, fuerza o tensión muscular, tics); por último, los de componente psicológico, (evitación a hablar o a personas y/o situaciones, miedo, ansiedad, baja autoestima, etc).

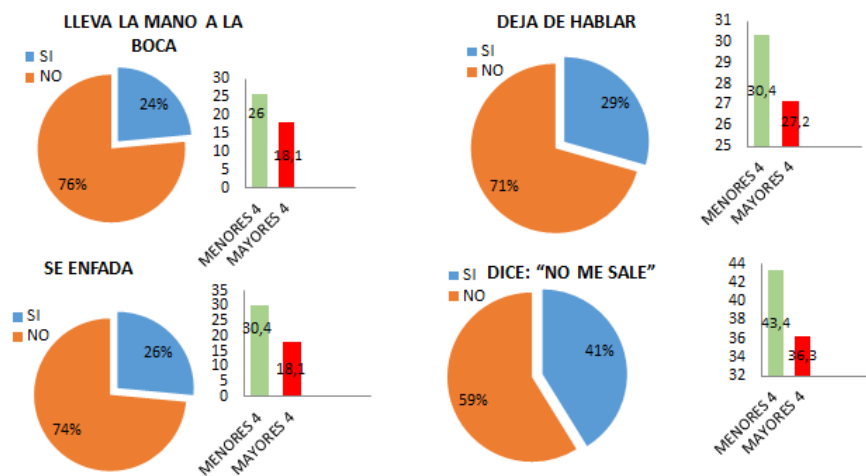
Estos últimos, de componente más emocional o psicológico, se van adquiriendo con el devenir de los años y la convivencia del trastorno y han generado, durante años, la “idea” de que el origen de la tartamudez es psicológico y derivado de la presión ejercida por el entorno cercano de los niños. Con estas “teorías”, nunca demostradas, hasta hace bien pocos años el protocolo de actuación era “no hacer nada”, para no crear un conflicto en el niño y una conciencia de su tartamudez.

Precisamente este hecho “la conciencia o no de tartamudez” era lo que hasta hace poco se creía que marcaba el paso de las disfluencias infantiles (derivadas de una etapa en el desarrollo del lenguaje) a la tartamudez persistente, es decir, *se creía* que la *tartamudez se hacía crónica a causa de la conciencia de la misma* (2).

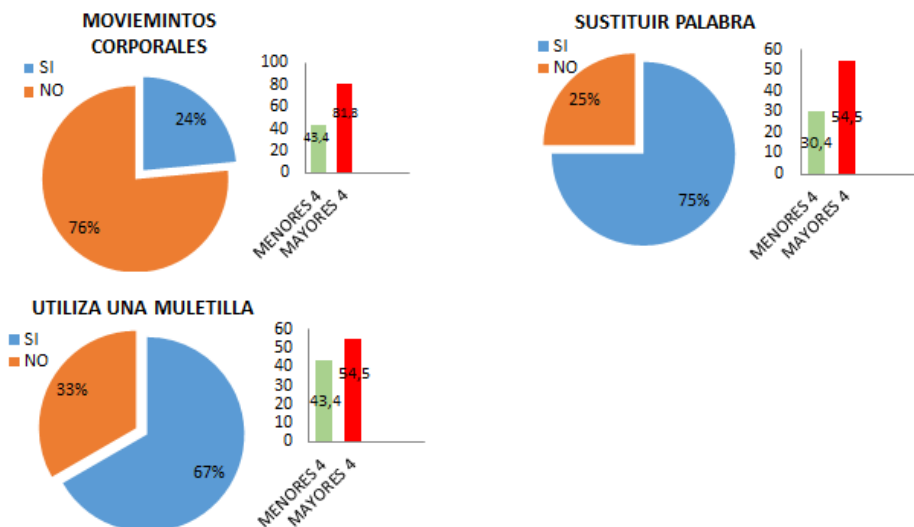
En este momento disponemos ya de las primeras conclusiones a un estudio que está dirigiendo la logopeda **Raquel Escobar** junto con la **Fundación Española de la Tartamudez**. Según este estudio, **podemos afirmar que los niños DESDE QUE COMIENZAN A TARTAMUDEAR SI MANIFIESTAN CONCIENCIA DE TARTAMUDEO** en el 86 % de los casos; Se han observado comportamientos que nos indiquen alguna

manifestación justo en el momento o inmediatamente después del tartamudeo. Estos *comportamientos secundarios* aparecen a lo largo del primer año en el 91% de los niños, siendo perceptibles ya, estas manifestaciones desde las primeras disfluencias en el 60% de los casos.

En este estudio estamos comprobando que estas manifestaciones son tanto de *tipo emocional* (enfado, frustración), de tipo fisiológico (movimientos musculares o fuerza) y de tipo verbal (evitación a hablar, retardo del tartamudeo, sustitución de la palabra por otra con menor posibilidad de tartamudeo). Hemos observado que los niños menores de 4 años realizan en igual porcentaje unos comportamientos u otros, si bien, a medida que los niños avanzan en edad, estos comportamientos secundarios serán más elaborados y se desarrollarán en un porcentaje mucho mayor. Estos son: estrategias para *retardar el tartamudeo* (con muletillas tipo ehh, mmm), *salir del mismo* (con movimientos corporales o fuerza muscular) o *evitar la palabra* en cuestión (sustitución de palabra: pues, pero, es que, etc.).



En cada rosco se pueden ver los porcentajes totales de comportamientos o manifestación de conciencia de tartamudeo *de tipo emocional*. En los gráficos verticales observamos los porcentajes relativos, es decir, según los grupos de edad. Podemos apreciar que este tipo de comportamiento emocional es significativamente mayor en los niños menores de 4 años.



En este cuadro observamos los porcentajes totales de comportamientos o manifestación de conciencia de tartamudeo de tipo *fisiológico y verbal*. En los gráficos verticales podemos ver un *elevado aumento* de estos comportamientos a partir de los 4 años

Por tanto, podemos concluir que existe conciencia de tartamudeo, en tanto que les entraña una dificultad al hablar. Esta conciencia la podemos apreciar en los niños desde que comienzan a tartamudear, así mismo hemos documentado comportamientos secundarios de retardo, escape y fuerza por lo que se hace imprescindible una intervención temprana que aminore o evite la aparición de estas conductas, y acompañe a los niños en el desarrollo de su autoimagen como persona que tartamudea.

Gracias a las neurociencias hoy, podemos afirmar que la tartamudez, tiene un origen neurológico (3) y un elevado componente genético (entre el 60 o 80% presentan un familiar que tartamudea). Numerosos estudios con neuroimagen han demostrado que existen diferencias en el funcionamiento de las áreas pre-motora y motora del habla (4) (5). Es decir, una vez que la persona sabe lo que va a decir, precisa elaborar y posteriormente enviar, desde el cerebro (áreas pre-motora y motora) una compleja relación de movimientos coordinados y secuenciados al aparato fonador (glotis, cavidad bucal, nasal, etc.) Y, es en ese área del cerebro encargada de la elaboración de esta secuencia, en donde se observan diferencias funcionales entre las personas que tartamudean y las que no; e incluso entre los niños que tartamudean y los que no (6).

Por eso, lo que un padre o maestro debe hacer al ver a su niño tartamudear será acudir o derivar al Logopeda especializado en tartamudez para realizar un Diagnóstico Diferencial. Los Logopedas, disponemos ya, de una serie de ***criterios diferenciales entre la Tartamudez Persistente y las Disfluencias Evolutivas*** (7). Estos criterios pueden ayudar a elaborar programas de intervención temprana adecuados a cada situación. Si existiese un determinado número de criterios será imprescindible una intervención directa. De no ser así, la intervención consistirá en un seguimiento e información a la familia, aconsejando que hacer y qué no hacer. Estos *criterios* que indican la *posibilidad de una Tartamudez Persistente del Desarrollo* son:

- Tener antecedentes personales
- Ser varón
- Presentar algún trastorno del lenguaje (más aún si es de tipo fonológico)
- Llevar más de 10 meses con tartamudeo
- Presentar una tasa de velocidad de habla muy alta así como excesivo ímpetu en el inicio de sus emisiones
- Disfluencias atípicas
- La edad de aparición sea posterior a los 3 años

Todos estos criterios deberán ser valorados por un logopeda especializado, estos serán valorados en conjunto y nunca de forma aislada.

Hoy sabemos que el **tratamiento** debe ser **lo más cercano al momento de aparición**, aumentado con ello, las posibilidades **de remisión o mejora (8)**

Estudio realiado por la Fundación Española de Tartamudez y Dña. Raquel Escobar Díaz, Logopeda Colegiada nº 15/0338 especialista en tartamudez. Jefe del servicio de Logopedia del Centro Médico El Castro y Coordinadora del área de logopedia de ADAH SLP

Referencias del Artículo:

- (1) Johnson W, Boebmier R, Dahlstrom C, Darley F, Goodstein L, Kools J, Neeley J, Prather W, Sherman D, Thurman C, Trotter W, Williams D, Young M. (1959). The onset of stuttering. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- (2) Van Riper C. (1982) The nature of stuttering 2ª ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- (3) Alm, P. A. (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits. *Journal of Communication Disorders*, 37, 325-369.
- Alm, P. A. (2005) On the causal mechanisms of stuttering. Doctoral dissertation, Dept. of Clinical Neuroscience, Lund University, Sweden.
- (4) Neumann, K., Preibisch, C., Euler, H. A., Von Gudenberg, A. W., Lanfermann, H., Gall, V., & Giraud, A. L. (2005). Cortical plasticity associated with stuttering therapy. *Journal of fluency disorders*, 30 (1), 23-39.
- (5) Kell, C. A., Neumann, K., von Kriegstein, K., Posenenske, C., von Gudenberg, A. W., Euler, H., & Giraud, A. L. (2009). How the brain repairs stuttering. *Brain*, awp185.

(6) Chang, S. E., Erickson, K. I., Ambrose, N. G., Hasegawa-Johnson, M. A., & Ludlow, C. L. (2008). Brain anatomy differences in childhood stuttering. *Neuroimage*, 39(3), 1333-1344.

(7) Andrade CRF. (2006) Gagueira infantil: risco, diagnóstico e programas terapêuticos. Barueri: Pró Fono; 2006.

(8) Leal, Junqueira Bohnen y Escobar. (2015) Nuevos Desafíos en el Tratamiento de la Tartamudez. *Logopedia.mail*, 70.

Bibliografía complementaria para ampliar sobre el tema:

Bohnen, A.J. Estudo das palavras gaguejadas por crianças e adultos: caracterizando a gagueira como um distúrbio de linguagem. Tese de doutoramento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. In: <http://hdl.handle.net/10183/21569>

Morejón, A. R. (2000). Intervención temprana en tartamudez: criterios para tomar decisiones. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 20(3), 136-150.

Alfonso Salgado Ruiz. (2009). Prevención de la tartamudez desde el campo médico. Apuntes para una guía para pediatras. *Boletín de A.E.L.F.A.* Abril, 15 - 22. .

Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38(2), 66-87.

Soo-Eun Chang, Desvendando *os mistérios da gagueira através da neuroimagem*. Artículo de <http://www.gagueira.org.br> Artículo original en *Cerebrum*, agosto 2011.

Martin Sommer. (2014) Neurología de la Tartamudez. *Revista Mente y Cerebro*, 66.

Leal, Junqueira Bohnen y Escobar. (2015) Nuevos Desafíos en el Tratamiento de la Tartamudez. *Logopedia.mail*, 70.