

ESPASMOFEMIA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

STUTTERING: DIAGNOSIS AND TREATMENT

DRA. MAITE BEGOÑA LÓPEZ G. (1).

1. DEPARTAMENTO OTORRINOLARINGOLOGÍA. CLÍNICA LAS CONDES. mlopez@clc.cl

RESUMEN

La Espasmodia, Tartamudez, o Disfemia, como se conoce actualmente la enfermedad, es una alteración en el ritmo y la fluidez del habla.

Se evalúan las teorías respecto de la etiología de la enfermedad, donde aún no está clara una causa única, presentándose como una alteración multifactorial.

Se presentan las posibilidades de tratamiento actual; incluyen la foniatría, psicología y el uso de órtesis para lograr mejorar o al menos manejar, de parte del paciente, los factores que inciden en afectar la fluidez del lenguaje.

Se entregan algunas pautas para los padres de niños con Espasmodia.

Palabras clave: Disfemia, ritmo, fluidez, intervención temprana.

SUMMARY

Stuttering is a speech disease that involves the rhythm and fluency of speech.

The different etiology hypotheses are evaluated, and although the etiology of stuttering is not fully understood, there is strong evidence that it is a combination of constitutional and environmental factors.

The treatment options are evaluated, and they include Speech therapy, Psychology therapy and the use of Electronic devices, trying to improve the patient's speech.

Some indications for parents are given.

Key words: Stuttering, rhythm, fluency, early treatment.

ESPASMOFEMIA

También conocida como tartamudez o últimamente como Disfluencias. El término Disfluencia significa, interrupción, vacilación o disrupción del habla. Puede ser normal, o como en el caso de la tartamudez, puede ser anormal (1). No se altera el contenido de lo que se dice, y que puede acompañarse además de manifestaciones físicas con movimientos de alguna parte de la cara o gesticulación excesiva.

Aunque la etiología de la tartamudez no está bien aclarada hay evidencia que sugiere que es multifactorial. Una combinación de factores constitucionales y ambientales.

Los genetistas han encontrado que existe una susceptibilidad familiar a la tartamudez, y que ocurre más frecuentemente en hombres (2). Esto apoyado por el hallazgo de tartamudez en ambos hermanos gemelos idénticos, y no la misma frecuencia en gemelos no idénticos (3).

Los esfuerzos para hablar y el stress normal del crecimiento pueden ser los precipitantes inmediatos de pequeña repeticiones, dudas y elongación de los sonidos eventos que caracterizan la temprana aparición de tartamudez así como también de la disfluencia normal en el desarrollo del lenguaje. Estos primeros síntomas de tartamudez gradualmente desaparecen sólo algunos niños los mantienen, y de hecho empiezan a mostrar actitudes frente al lenguaje más tensas; presentando vergüenza, susto o frustración.

PREVALENCIA, INCIDENCIA

Alrededor del 5% de los niños pasan por un período de tartamudez que dura aprox. 6 meses. Tres de cuatro de ellos se recuperan más adelante, quedando un 1% con el problema a largo plazo.

Los antecedentes muestran que la frecuencia es igual en niños y niñas

al comienzo de esta etapa del desarrollo del lenguaje pero luego los que continúan con tartamudez (esto es en etapa escolar) son mayormente niños, aproximadamente un 75%.

FACTORES DE RIESGO

• Historia Familiar

Existe actualmente importante evidencia que casi la mitad de los niños que tartamudean tienen algún miembro en la familia que lo hace. Y aumenta el riesgo si esa persona aún tartamudea. El riesgo disminuye si esa persona superó la tartamudez en la infancia.

• Edad de aparición

Los niños que empiezan a tartamudear antes de los 3 años y medio, es muy probable que lo supere en 6 meses.

• Tiempo de evolución

Entre el 75% y 80% de todos los niños que empiezan a tartamudear lo superan en alrededor de 1 año sin tratamiento fonoaudiológico. En la medida que lleve más tiempo tartamudeando, es menos factible que pueda superar por sí mismo el problema.

Se ha postulado que también el daño cerebral congénito sea un factor predisponente. Pero para una gran mayoría de personas que tartamudean no hay ninguno de estos antecedentes que se mencionan.

Esta condición en algunas personas, les provoca problemas de relación con el resto y en algunos casos la convicción del interlocutor es que se está frente a una persona con algún tipo de déficit cognitivo o neurológico.

ETIOLOGÍA

Estudios radiológicos hechos en distintos centros muestran que los adultos que tartamudean, evidencian diferentes anomalías en la función cerebral (4). En contraste con los pacientes con habla normal, las personas que tartamudean muestran desactivación de los centros sensoriomotores izquierdos, y sobreactivación de los mismos centros a derecha durante el habla.

Existe la hipótesis que el defecto esencial es una falta de integración sensoriomotora necesaria para regular los movimientos rápidos de un habla fluida, una falta de coordinación entre los sistemas neurales corticales y subcorticales, influyendo sobre la selección, iniciación y ejecución de las secuencias motoras necesarias para un habla fluida (5).

Estudios muestran patrones funcionales de activación neural diferentes a las personas que no tartamudean (6). Los resultados revelan diferencias significativas en la densidad de la sustancia gris y blanca de los hemisferios izquierdo y derecho en las zonas involucradas en el procesamiento auditivo y del habla.

Al parecer los tratamientos que inducen el canto (fluidez temporal) y el comportamiento (fluidez permanente) tienden a normalizar los patrones de activación cerebral (7).

La aparición de la tartamudez es típica durante el período de intenso desarrollo del habla y el lenguaje, cuando el niño está progresando de 2 palabras al uso de frases complejas, generalmente entre las edades de 2 y 5 años, pero a veces tan temprano como a los 18 meses.

1. Género

Se ha visto que las niñas superan la tartamudez solas con más frecuencia que los niños.

¿Por qué?

Se ha visto que en la preescolares hay innatas diferencias entre las habilidades lingüísticas de ambos.

Entre las habilidades lingüísticas se encuentran como factores de riesgo el retraso del lenguaje o lenguaje demasiado avanzado, problemas articulatorios.

2. Otros factores

- Factores relativos al paciente

Un niño que habla claro y con pocos errores es muy probable que supere solo la tartamudez, a diferencia de uno al que cuesta entenderle. Si el niño hace frecuentes sustituciones, hace sonidos fuera de las palabras o tiene problemas para seguir indicaciones; hay que ponerle más atención. Suelen tener baja tolerancia a la frustración, impulsividad, exceso de actividad, intentos de llamar la atención, miedos.

- Factores relativos al ambiente

Entre estos factores están:

• **Estrés Comunicativo:** los padres que hablan muy rápido, turnos de conversación rápidos, exceso de preguntas, superposiciones e interrupciones, competición por hablar, padres que no escuchan adecuadamente.

• **Estrés interpersonal:** problemas de disciplina, demandas poco realistas, exceso de actividades, competición/comparación con hermanos, poco tiempo con los padres.

• Situaciones Estresantes

Hasta el momento ninguno de estos factores de riesgo, parecen por sí solos indicar un problema crónico, si no más bien la interacción de estos factores de riesgo y/o presentar más de uno de ellos es lo que parece diferenciar los niños que se mejoran de los que se mantienen con tartamudez.

EL ROL DEL MÉDICO

Generalmente es al médico al que primero le consultan los padres.

Conocer entonces la diferencia entre el normal desarrollo del lenguaje y la potencial mantención de la tartamudez permite al médico poner sobre aviso a los padres.

La intervención temprana, que puede ir desde indicaciones de los padres hasta tratamiento directo, puede ser un factor importante en evitar el desarrollo y fijación de la tartamudez.

Los antecedentes de los diferentes centros de tratamiento indican diferencias sustanciales si el tratamiento es iniciado precozmente en la etapa preescolar (8).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La disfluencia fisiológica del desarrollo del lenguaje y los signos precoces de tartamudez suelen ser difíciles de identificar, por ello el diagnóstico de tartamudez a veces es hecho en forma tentativa, y se basa en la observación directa del niño y la información de los padres sobre el habla del niño en las diferentes circunstancias.

NORMALIDAD Y GRADOS DE TARTAMUDEZ

I Normalidad

Entre 1,5 años y 7 años muchos niños pasan por diferentes etapas de disfluencias para lograr el desarrollo del lenguaje.

Los niños con disfluencias normales, entre los 18 meses y los 3 años, presentarán repeticiones de los sonidos, sílabas y palabras especialmente al principio de las frases, esto ocurre habitualmente en 1% de las frases.

Luego de los 3 años, los niños con un lenguaje normal no repiten los sonidos sino que las palabras y frases completas, incluso sonidos de relleno, o dejando frases sin terminar. Los niños con lenguaje normal pueden tener disfluencias en cualquier momento, pero se hace más notorio cuando están cansados, tristes, o "acelerados", incluso cuando deben hacer preguntas o contestarlas.

Estas disfluencias pueden ser intermitentes en el tiempo, en general los niños no notan estos cambios y la reacción de los padres también es variable, desde que no notan estos cambios hasta una gran aprehensión por la alteración del lenguaje que presentan sus hijos. Estos padres muy aprehensivos se benefician siendo derivados a un fonoaudiólogo para el niño sea evaluado y reciban pautas de observación.

II Tartamudez leve

Puede empezar en cualquier momento, pero es más frecuente entre los 3 y 5 años, cuando el desarrollo del lenguaje es particularmente rápido, y suele aparecer frente a situaciones de stress para el niño (nuevo hermano, cambio de casa).

Estos niños se presentan igual que los anteriores, pero la frecuencia de la disfluencia es mayor (repiten más veces o prolongan letras) y muestran signos de darse cuenta de la alteración, a veces cerrando los ojos, mirando hacia un lado, tensando la boca. Otro signo en estos casos es que el tartamudeo no tiene tanta intermitencia, si no que se presenta todos los días; por último los niños no están tan conscientes del tartamudeo, pero pueden estar por momentos avergonzados de hablar, incluso pueden en esta etapa preguntarle a sus padres por qué tienen este problema para hablar.

III Tartamudez severa

Estos niños generalmente muestran signos físicos de tensión, e intentan esconder su tartamudez y evitan hablar. A pesar de que los cuadros

severos son más frecuentes en los mayores, se pueden ver en niños de 2 años, puede aparecer de improvisto o presentarse en niños que tenían un cuadro leve. Se caracteriza por disfluencias en cada frase, prolongación o eliminación de letras.

Pueden tener signos físicos agregados como los mencionados en los pacientes menos severos, o también agregar sonidos antes de la palabra que suponen van a tartamudear.

Lo más probable es que este tipo de tartamudez severa que se presenta por más de un año y medio persista, aunque algunos pueden tener una recuperación espontánea.

La frustración que resulta de no poder hablar con un ritmo correcto les provoca miedo de hablar. Se ponen ansiosos frente a situaciones en que se supone deberán hablar.

Los padres de estos niños se sienten preocupados y solicitan información para poder ayudar a sus hijos. Se les debe informar que la tartamudez de sus hijos es multifactorial.

CONSEJO A LOS PADRES

En los niños que parece ser una disfluencia dentro de lo normal del desarrollo del lenguaje, se les debe informar que forma parte de la normal adquisición del lenguaje. Se les aconseja que deben aceptar estas disfluencias sin hacer comentarios o reacciones notorias para el niño.

A los padres muy aprehensivos se les indica que ellos deben bajar la velocidad con que hablan, usar frases cortas y simples, y reducir el número de preguntas que hacen, y tratar de lograr un ambiente tranquilo cuando están hablando con su hijo.

No deben darle instrucciones de hablar más lento o repetir nuevamente la palabra que dijo mal, por lo contrario, deben esperar pacientemente que su hijo termine de hablar.

En los niños con **tartamudez leve** los padres no deben alarmar al niño y ser lo más atentos posible a lo que el niño habla. Su tarea es hacer el ambiente del niño lo más relajado posible y minimizar la situación, evitando que sienta vergüenza. Si el niño siente que su tartamudez es aceptable para sus padres, puede ayudar a que el lenguaje se desarrolle sin tensión física. Deben, además, bajar la velocidad de su lenguaje. Esto suele ser difícil para los padres y se debe mantener en el tiempo, luego de una prueba inicial, los niños que tartamudean pueden sentir así menos necesidad de apurar su lenguaje si sus padres hablan más lento, y evitan decirle que él lo haga, o critican su lenguaje. Es importante tener espacios de conversación a solas en ambientes tranquilos a diario. Si el niño pregunta sobre su habla, se le debe informar que es algo dentro de lo normal y que el desarrollo del lenguaje suele ser algo dificultoso.

Si a pesar de estas indicaciones el niño persiste igual, o si los padres no pueden implementar estas medidas, el niño debe ser referido a un fonoaudiólogo.

En resumen el tratamiento de un niño con una tartamudez leve debe ser indirecto y enfocado a crear un ambiente en que se sienta relajado en relación con el habla, si es necesario tratamiento más directo, el fonoau-

diólogo deberá mostrar al niño cómo hablar más fácil, sin tensión física, de manera que la tartamudez lentamente disminuya.

En los casos de **tartamudez severa** debe referirse al niño inmediatamente al fonaudiólogo, quien lo evaluará, dará indicaciones a los padres y tratamiento al niño. Ya que la tartamudez severa parece desarrollarse cuando el niño "pelea" y se siente asustado, con su habla en la etapa de tartamudez leve, cualquier cosa que logre relajarlo y espaciar los períodos de disfluencia puede ser beneficioso.

Los padres deberán poner atención a lo que el niño dice, NO cómo lo dice. Suele ser muy importante que el niño sea capaz de decirle a sus padres la frustración o sentimientos que tiene en relación con su tartamudez y para ello, que no siempre resulta fácil, la atención y evaluación de un psicólogo con entrenamiento en el tema es muy importante, y fundamental para el tratamiento.

El tratamiento generalmente consiste en ayudar al niño a sobreponerse al miedo de tartamudear y al mismo tiempo enseñar al niño a hablar, a pesar de tartamudear, de una manera más lenta y relajada. Adicionalmente, el tratamiento se enfoca a crear una atmósfera de aceptación de la tartamudez.

El médico le indica a los padres que registren las respuestas del niño al tratamiento y además monitorea el tratamiento.

Durante el periodo de un año la tartamudez probablemente mejorará, en algunos casos se podrá recobrar completamente. Los resultados del tratamiento dependerán del origen del problema, de la presencia de otras patologías, del tratamiento fonaudiológico, psicológico y de la familia para dar soporte.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe iniciarse desde el momento en que aparece la disfluencia (9).

La detección temprana de la tartamudez es fundamental para lograr buenos resultados con el tratamiento.

Hace poco tiempo el consejo frente a la duda de los padres era esperar, ahora que se conocen las diferencias entre el desarrollo normal del habla y los errores más característicos de la tartamudez ese consejo está algo fuera de lugar.

TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA

Se debe referir un niño a terapia en los casos severos de forma inmediata. Los niños con tartamudez leve que no han demostrado mejoría en 6 a 8 semanas y deberán recibir tratamiento directo y sus padres, pautas para la casa y seguimiento programado.

Los niños con tartamudez leve pueden recibir tratamiento directo pero se debe ser cuidadoso de manera de no hacerlos conscientes de la tartamudez.

Los niños con disfluencia normal no necesitan tratamiento especializado. Se ha visto que los pacientes con disfluencias mejoran su forma de hablar cuando cantan o leen en grupo, a esto se le llama "Efecto Coral"

y tratando de simular este efecto para lograr mejores resultados en el tratamiento se usa hace algunos años, unos dispositivos electrónicos que producen un efecto AAF (altered auditory feedback), en su sigla en inglés, y que significa que altera la frecuencia de la recepción del mensaje hablado; FAF (Frequency Altered Feedback) o que el mensaje es retrasado en el tiempo de recepción, DAF (Delayed Auditory Feedback). El dispositivo, muy similar a un audífono pequeño y cosméticamente agradable; se conoce con el nombre de Speech Easy.

Se encontró que Speech Easy era generalmente efectivo recién instalado, pero la mejoría de la tartamudez no fue consistente en el tiempo (alrededor de 4 meses) al usarlo en forma de tratamiento único (10).

Evidencia clínica reciente indica que incluir la terapia tradicional para la tartamudez junto con el uso del Speech Easy (o en su defecto el efecto que éste provoca sobre la señal auditiva) maximiza los efectos de ambos tratamientos logrando mejores resultados en algunos pacientes (11).

TERAPIA PSICOLÓGICA

Como ya se mencionó anteriormente, la orientación e información a los padres, luego de una entrevista con el psicólogo es la parte inicial de la terapia. Estos, según la evaluación e indicaciones del psicólogo, deben intervenir para crear ambientes más favorecedores de la fluidez.

En el adulto la tartamudez es un proceso crónico, que se va agravando con el tiempo. Es en este contexto que se deben buscar esquemas de terapia alternativos, que no sólo traten el síntoma, sino que se orientan a aspectos como: la aceptación del paciente de su forma de hablar; modificar sus aprehensiones; mejorar autoestima y autoimagen; desarrollar técnicas para el manejo de la ansiedad; estrés y temores; entregarle herramientas que le permitan mejorar la comunicación; y entrenamiento de habilidades sociales. Pueden incluso formarse grupos de apoyo o de autoayuda.

CONCLUSIONES

Los pediatras son en general los primeros profesionales consultados por las disfluencias en el lenguaje de los niños.

La identificación temprana de los pacientes en posible riesgo de tartamudez es muy importante, aún más, adecuadas pautas de manejo para los padres pueden servir para que un niño supere su tartamudez.

Muchos adultos que tartamudean severamente fueron niños a los que les dijeron que se les iba a pasar solo y la oportunidad de un buen tratamiento se perdió, por eso es muy importante que los niños en que se sospecha una tartamudez más allá de lo normal en el desarrollo del lenguaje, debe ser referido lo antes posible para ser evaluado.

El tratamiento debe ser diseñado a la medida de los pacientes

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA PREVIENE EL DESARROLLO DE HÁBITOS QUE INTERFIEREN A LO LARGO DE LA VIDA EN EL DESEMPEÑO SOCIAL, ACADÉMICO Y OCUPACIONAL.

BIBLIOGRAFÍA

1. The child who stutters: to the family physician second Edition 2008-11-11. The Stuttering Foundation of America P.O. Box 11649. Memphis Tennessee 38111-0749.
2. Andrews G., Craig A., Feyer AM., Hoddinot S., Howie P., and Neilson MG. (1983). Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 48,226-246.
3. Felsenfeld S (1996). Epidemiology and genetics of stuttering. Chapter in R. Curlee and G. Siegel (Eds). *Nature and Treatment of Stuttering: New Directions*. Boston: Allyn & Bacon.
4. Fox P.T, Ingham J.C., Hirsch T.B., Downs J.H., Martin C.et al. (1996). A PET study of the neural Systems of stuttering. *Nature*, 382:158-162.
5. Watkins KE ,Smith SM , Davis S , Howell P. Structural and funcional abnormalities of the motor system in developmental stuttering. *Brain* 131 (Pt 1):50-9, 2008.
6. Beal DS., Gracco VL., Lafaille SJ., De Nil LT. Voxel-based mophometry of auditory and speech- related cortex in stutters. *Neuroreport* 18(12):1257-60. 2007.
7. Ingham R.J.(2003). *Brain Imaging&Stuttering (Special Issue)*. *Journal of Fluency Disorders*, 28 (4).
8. Fox Pt., Ingham R.J, Ingham JC., Zamarripa F., Xiong JH., and Lancaster, J.L. (2000). Brain correlates of stuttering and syllables production: A PET performance-correlation analysis. *Brain*,123:1985-2004.
9. Rodríguez Morrejón, A. Intervención sobre la tartamudez temprana. *Rev. Logop. Fon Audiol* 2001;XXI(1):2-16.
10. Pollard R., Ellis J.,Finan D., Ramig P. Recent study reports on Speech Easy use within extra-clinical environments. University of Colorado. The Stuttering Foundation.
11. Lincoln M., Wilken, C. A Survey of Australian Adult users of altered auditory feedback devices for stuttering: use patterns, perceived effectiveness and satisfaction. *Disability and Rehabilitation* 29(19):1510-7,2007.

El autor declara no tener conflictos de interés con los laboratorios.