

INTERVENCIÓN TEMPRANA EN TARTAMUDEZ: CRITERIOS PARA TOMAR DECISIONES

Por **A. Rodríguez Morejón**

Departamento de Psicología Social y de la Personalidad. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

RESUMEN

Elegir el momento y el modo adecuado para intervenir con un niño que está empezando a tartamudear ha sido siempre una preocupación para los clínicos dedicados a la patología del habla y el lenguaje. La edad típica de inicio del tartamudeo está entre los dos y los cinco años. Y el dilema en que nos coloca tan temprana aparición es el siguiente: una intervención prematura puede ser innecesaria e incluso perjudicial, pero esperar demasiado tiempo puede disminuir las probabilidades de éxito del tratamiento. Por ello, cada vez que el clínico se enfrenta a un caso nuevo debe estar en condiciones de responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Lo que tiene el niño es tartamudez o se trata de las vacilaciones «normales» que aparecen con frecuencia durante el desarrollo del habla y el lenguaje?
2. Si es realmente tartamudez, ¿qué riesgo existe de que siga tartamudeando?
3. Si hay que hacer un tratamiento ¿En qué momento iniciarlo?

En este artículo voy a tratar de responder a éstas tres cuestiones y para ello revisaré los diferentes datos que al respecto aportan las investigaciones realizadas en los últimos años. Una vez recopilados todos los datos ofreceré también un modelo integrado para tomar decisiones sobre intervención.

Palabras clave: Tartamudez. Patología del habla. Tratamiento.

SUMMARY

Choosing the right moment and the right way to treat a child who is starting to stutter, has been a issue always present on the mind of a clinician working in speech pathology. Stuttering usually starts when children are 2 to 5 years old, and the dilemma is: an early intervention could be unnecessary and some times dangerous; in the other way, if we wait too much, treatment's success probability could diminish. So, any time a clinician cope with a new case of early stuttering, has to answer three questions:

1. Is the child really stuttering or is he/she showing the «normal hesitations» that appear during language development?
2. If we decide he/she is stuttering, what risk has he/she to keep stuttering?
3. When do we have to initiate the treatment?

In this article, I will offer some clues to answer this questions. A revision of the relevant scientific literature and an integrative model to make decisions about treatment was also given.

Key words: Stuttering. Speech pathology. Treatment.

CRITERIOS PARA DIFERENCIAR TARTAMUDEZ Y DISFLUENCIA NORMAL

Imagínense un niño de unos tres años y medio, sus padres han acudido a nuestra consulta porque lleva unos siete meses tartamudeando, no lo hace siempre y la madre está preocupada porque piensa que cuando habla con ella se le nota más. Sus disfluencias no son demasiado llamativas, así que en un principio se quedaron tranquilos cuando el pediatra les dijo que era normal y que no prestaran demasiada atención a su habla. Ahora se han decidido a pedir ayuda a un especialista del lenguaje, han vuelto a visitar al médico y éste insiste en que deben relajarse y esperar, pero ellos piensan que ha pasado demasiado tiempo y el problema no termina de resolverse. Nuestra primera impresión clínica es que efectivamente el tartamudeo no parece demasiado grave, pero los padres tienen razón, ocho meses es mucho tiempo. ¿Qué hacer para saber si estamos ante una verdadera tartamudez o lo que le ocurre a nuestro cliente es «normal» como opina el pediatra?

En algunos casos diferenciar resulta relativamente fácil, cuando existen indicadores claros de que el niño tiene conciencia establecida de problema, está reaccionando emocionalmente ante la tartamudez, presenta conductas de escape (p.e. esfuerzo para pronunciar) o evita situaciones de habla, palabras, sonidos específicos o interlocutores determinados. En estos casos la cuestión es bastante clara, ninguno de estos indicadores es habitual en las disfluencias normales que acompañan el desarrollo del lenguaje del niño. Por lo tanto, la presencia de cualquiera de ellos nos haría pensar en una tartamudez establecida o en vías de hacerlo. Sin embargo, no debemos olvidar que estamos hablando de intervenir con niños que tienen de dos a seis años y es bastante infrecuente que aparezca cualquiera de estos signos, por lo que deberemos buscar criterios de otro tipo.

¿Dónde buscar los criterios?

Uno de los primeros autores que se preocupó de buscar criterios diferenciales en el habla de niños con tartamudez es W. Johnson. La conocida idea de este autor es que muchos niños pasan por una etapa de disfluencias durante la infancia. Si los padres se aperciben de ello, los etiquetan de tartamudos y empiezan a tratar de ayudarles a través de correcciones y otras maniobras, pueden contribuir a que el

niño se haga consciente del problema y empiece a tratar de evitarlo. Controlar algo que es automático es difícil, de forma que los intentos de solución de padres y niños provocarán que el problema se mantenga (Johnson et al, 1959). La teoría de Johnson se sostiene sobre tres afirmaciones: *a)* casi todos los niños pasan por una etapa de disfluencias, *b)* no hay diferencias entre las disfluencias de los niños «normales» y los que acaban desarrollando una tartamudez, *c)* la actuación de los padres tiene un efecto negativo sobre la fluidez, por lo que deberemos centrarnos en este aspecto a la hora de plantear evaluación y tratamiento. Pues bien, desde el estado actual de las investigación, estamos en condiciones de afirmar que estas tres creencias son, como poco, discutibles.

La primera idea en tela de juicio es que el porcentaje de niños que pasa por problemas de fluidez sea tan elevado como pensábamos, y que se pueda hablar por tanto de una fase casi universal de disfluencias, la que durante mucho tiempo hemos llamado «tartamudez evolutiva». Las estadísticas aportadas por diferentes autores son muy variadas, pero tal vez la más relevante para el tema que tratamos es la de Yairi (1981), quien estudiando la fluidez de un grupo de niños de dos años encuentra que son alrededor de un 33% los que presentan alteraciones de fluidez llamativas. Teniendo en cuenta que ésta es supuestamente la etapa más conflictiva, la conclusión de este autor es bastante contundente: *«Aunque las disfluencias son indiscutiblemente una característica normal del habla de niños preescolares, mis análisis me llevan a concluir que «normal» no debería ser interpretado como «frecuente en la mayoría de los niños». La creencia popular, también sostenida por muchos patólogos del lenguaje, de que las disfluencias, especialmente las repeticiones, son un fenómeno normal y que todos los niños atraviesan un estadio en que éstas aumentan es incorrecta»* (Yairi, 1997 pp. 59-60).

No voy a entrar aquí a discutir si tiene o no sentido el término de tartamudez evolutiva para hacer referencia a una supuesta fase de aumento de frecuencia de las disrupciones durante el desarrollo del lenguaje infantil. Lo cierto es que el término ha caído en desuso y se prefiere hablar de «disfluencias normales» como contraposición a «tartamudez». Y aún más allá, se discute, como hemos visto, que se pueda hablar de la existencia de una fase al estilo de las que proponen Bloodstein (1960) o Van Riper (1982). Por lo demás, y siempre en mi opinión, los inten-

tos de establecer fases evolutivas en tartamudez tienen poco sentido, porque la evolución de cada niño es diferente y la información que perdemos al tratar de localizar a un niño en un fase concreta no se ve compensada por el supuesto beneficio diagnóstico de diferenciar si las características de su habla le colocan en fase III o IV. La cuestión del número también es bastante discutible, ¿son pocos o muchos los niños que presentan algún tipo de disfluencias? El 33% que nos ofrece Yairi se obtiene al establecer como criterio de corte el 10% de palabras tartamudeadas, la estadística se elevaría a cerca del 66% si estableciéramos el corte en el 3% de palabras tartamudeadas (criterio usado por autores como Costello Ingham, 1999). En ese caso tendríamos que dos tercios de los niños de dos años tendrían una tasa de disfluencia que les haría potencialmente candidatos de una intervención. Esta estadística, en contra de la opinión de Yairi, nos haría pensar que las disfluencias son un componente no sólo normal, sino también bastante habitual durante el desarrollo del lenguaje.

La segunda de las afirmaciones discutidas sí que ha sido perfectamente contestada por multitud de estudios que han comparado las disfluencias de niños con tartamudez establecida con las de niños sin problemas de fluidez (Hubbard y Yairi, 1988; Meyers, 1986; Yairi 1997; Yairi y Lewis, 1984; Zebrowski, 1991). Sabemos que existen elementos característicos en las disfluencias de los niños que acaban desarrollando una tartamudez, y de ellos se pueden derivar los criterios que nos permitirán hacer el diagnóstico diferencial que necesitamos.

Por último, en contra de lo que es la experiencia clínica de muchos de nosotros, la investigación concluye que ni el tipo de habla de los padres (tartamuda o taquilálica), ni su estilo comunicativo (interrupciones, exceso de preguntas), ni sus posibles correcciones, ejercen efectos negativos sobre la fluidez de los hijos (Kloth, Jansen, Kraaimaat y Brutten, 1995b; Nippold y Rudzinski, 1995).

Si la cotidianeidad de las disfluencias en el desarrollo del lenguaje normal está puesta en duda y el papel desencadenante del ambiente no ha sido demostrado, toda la teoría de Johnson queda en entredicho. Y, lo que es más, la duda afectará determinadamente a algunos aspectos fundamentales en el trabajo del especialista en lenguaje. Evaluar y, si es necesario, intervenir sobre los factores ambientales deja de ser la prioridad, sin que por ello queden totalmente relegados. El habla del niño se convierte en el objetivo más relevante cuando trabajamos con una tarta-

mudez temprana, dado que, como decíamos, parece que existen rasgos diferenciales que nos permiten establecer con cierta claridad que estamos ante una tartamudez potencialmente problemática. A continuación revisaremos los estudios que al respecto se han venido realizando los últimos años.

De antemano avisar que una limitación a tener en cuenta a la hora de valorar los datos que ofreceremos, es que la mayoría se obtienen en investigaciones basadas en la comparación de muestras de niños sin problemas de fluidez y niños con diagnóstico de tartamudez. La crítica que se puede hacer a los estudios comparativos afecta sobre todo a los criterios que siguen para asignar personas a grupos. Componen los grupos de tartamudez aquellos niños que han sido diagnosticados de ella. El criterio es autorrecurrente, lo que hace pensar que los resultados de las investigaciones sirven para poner de manifiesto los indicadores que hacen pensar a los clínicos que un niño tartamudea, y no las características esenciales del trastorno. En mi opinión, lo más correcto sería proponer estudios longitudinales en los que se hace un seguimiento a largo plazo de niños potencialmente candidatos de desarrollar una tartamudez (al estilo de los de Kloth et al, 1995a, y Yairi et al, 1996). A pesar de ello, las diferencias aparecen a tantos niveles y están tan claramente descritas en términos conductuales, que al menos permiten deducir algunos criterios para diferenciar la disfluencia normal de la tartamudez problemática. Tales diferencias se producen en factores como: tasa de tartamudez, tipo de disfluencias, número de unidades repetidas, duración de las disfluencias, movimientos asociados y agrupamiento de los tartamudeos.

Frecuencia

Los niños con tartamudez tienen una frecuencia de errores que es al menos el doble que la de los niños con disfluencia normal (Yairi, 1997). En un artículo de meta-análisis este autor reinterpreta los datos de 16 estudios que analizan la fluidez de grupos de niños de entre dos y seis años sin problemas específicos de fluidez. Su conclusión final es que el porcentaje de palabras tartamudeadas por cada 100 está en torno al 7%, mientras que los grupos de niños con tartamudez presentan medias en torno al 15%, que serían el 17% si lo ponemos en términos de sílabas (medida aconsejada como más afinada por este autor). Además, como indicador adicional parece que esta

Disfluencias típicas

1. Variaciones
2. Interjecciones
3. Revisión de sílabas
4. Repetición de palabras

Disfluencias fronterizas

5. Repetición de palabras monosílabas (dos o menos iteraciones, sin tensión)
6. Repetición de sílabas (dos o menos iteraciones, sin tensión)

1. Repetición de palabras monosílabas (tres o más iteraciones, estrés desigual)
2. Repetición de sílabas (tres o más iteraciones, estrés desigual)

3. Sonidos repetidos.
4. Prolongaciones.
5. Bloqueos.
6. Presencia de tensión muscular.

D. Atípicas-Tartamudez

Figura 1. Disfluencias típicas y atípicas según Gregory y Hill (1999).

cifra estaría en torno al 20% de sílabas si evaluamos a los niños cerca del inicio del problema, produciéndose los picos de mayor disfluencia entre los dos y los tres años, para a partir de ahí decrecer (Yairi, 1982). Estas cifras llevan a muchos autores a establecer como uno de los criterios de intervención la presencia de más de un 10% de palabras tartamudeadas (Conture, 1997; Guitar, 1998; Gregory y Hill, 1999).

Tipos de disfluencias

El criterio anterior se hace todavía más discriminante si reducimos la estadística al tipo de disfluencias que tienden a considerarse como las más características de la tartamudez, aquellas en las que el segmento sonoro afectado es un trozo de palabra, lo que E. Conture (1990) llama disfluencias intrapalabra o las disfluencias-tipo-tartamudez (stuttering-like-disfluencias) de Yairi (Yairi, 1997). La idea básica en ambos casos es la misma, con la pequeña diferencia de que Yairi incluye bajo su definición: repeticiones de sílabas (sa-saco); de palabras monosilábicas (que-que); formaciones disrrítmicas, es decir, cualquier distorsión intrapalabra como prolongación o ruptura de fonación (pie-eeenso) y pausas tensas (bloqueos con fijación de movimientos articulatorios); mientras que Conture pone en duda la inclusión de palabras monosilábicas. Pues bien, parece que las disfluencias de los niños sin tartamudez se caracterizan sobre todo por ser repeticiones de palabras

multisilábicas, repetición de frases, interjecciones (eehh) o revisiones (me pa-me parece); siendo sus disfluencias-tipo-tartamudez (en adelante DTT) inferiores al 3%, menos de una tercera parte del total de errores. En cambio, en los niños con tartamudez este indicador alcanza tasas del 11-12% de sílabas tartamudeadas, constituyendo las DTT en torno al 72% de todas las disfluencias; en proporción de cinco a seis veces mayor que en los niños sin problemas específicos de fluidez (Yairi, 1997). En este caso el criterio diferenciador se establece en el 3% de sílabas con DTT, porcentajes mayores que éste son considerados como significativos de la existencia de tartamudez (Conture, 1997; Guitar, 1998).

Otro criterio basado en el tipo de disfluencias es considerar como problemáticos los niños que tienen más de un 25% de prolongaciones, es decir, que este tipo de error constituya más de la cuarta parte de todas las disfluencias (Conture, 1997; Schwartz y Conture, 1988).

Número de unidades repetidas

Sabemos que las repeticiones de dos o más unidades son muy infrecuentes en niños sin tartamudez, concretamente constituyen menos del 13% del total de sus disfluencias, mientras que esta misma estadística alcanza el 33% en los niños con tartamudez (Ambrose y Yairi, 1995). Este mismo dato sobre la cifra total de palabras habladas nos llevaría a que en los niños con tartamudez, las palabras que pre-

sentan dos o más unidades repetidas (ca-ca-ca-sa) son un 3,7%, mientras que en los niños con disfluencias normales ésta estadística es sólo del 0,21% (Yairi y Lewis, 1984).

En este caso es difícil establecer un criterio operativo, pero parece una buena idea fijar una cifra en torno al 25%, si más de una cuarta parte de todas las repeticiones tienen dos o más unidades (ca-ca-casa serían dos unidades) podemos hallarnos ante un niño con tartamudez (Curlee, 1999). Otra forma de operativizar conjuntamente frecuencias, tipo de disfluencias y unidades repetidas, nos lo ofrece Hugo Gregory con su diferenciación entre disfluencias típicas y atípicas (Fig. 1). Ese autor codifica las disfluencias en estas categorías y usa como criterio la presencia de más de un 10% de palabras tartamudeadas y de más de un 3% de disfluencias atípicas (Gregory, 1999; Gregory y Hill, 1999).

Duración de las repeticiones

El tiempo total de duración de las disrupciones no es una variable que diferencie los tipos de errores de niños con y sin tartamudez, es decir, en contra de lo que cabría esperar, los niños que tartamudean no emplean más tiempo en pronunciar el segmento sonoro tartamudeado (Zebrowski, 1991; Kelly y Conture, 1992). En cambio, sí aparecen diferencias cuando nos centramos en medir únicamente el espacio de tiempo entre sílabas repetidas. Este espacio es más corto en niños con tartamudez (Thronenburg y Yairi, 1994), según estos autores el intervalo entre sonidos es el elemento más largo en las disfluencias normales, y el más corto en las de los niños con tartamudez. De manera que la presencia de repeticiones rápidas constituye un indicador que nos ayuda a identificar tartamudez.

Movimientos asociados

Dentro de esta categoría se incluyen movimientos de cara o músculos relacionados con la fonación, y también ruidos como chillidos o chasqueos, sobre todo asociados a los bloqueos. Aunque los niños con disfluencia normal también presentan movimientos involuntarios, de nuevo parece que las estadísticas indican que las personas que tartamudean tienen más movimientos asociados a los bloqueos (Conture y Kelly, 1991; Yairi, Ambrose y Niermann, 1993). Nuestro criterio en este caso es la presencia

llamativa de este tipo de movimientos asociados y concretamente de dos rasgos que para E. Conture (1997) tienen un valor especialmente significativo: movimientos del globo ocular hacia los lados y parpadeo.

Agrupaciones de disfluencias

Imaginemos una transcripción del habla disfémica de un niño, sobre ella podríamos observar el patrón espacial de distribución de las disfluencias para establecer si están dispersas uniformemente por todo el habla o si se agrupan de alguna manera especial. Lo que sabemos es que en el caso de niños con tartamudez preocupante las disfluencias suelen aparecer agrupadas, es decir, aparecen varias en torno a una sílaba o una palabra (ten-ten-tengo, esto teee-eengo, tengo que...»). Este fenómeno se produce en un 34% de los errores de niños con disfluencia normal, siendo la tasa del 67% en los niños con tartamudez (LaSalle y Conture, 1995). Según Conture (1997) la sola presencia de agrupaciones es preocupante y cuanto más alto sea el porcentaje de éstas mayor es el riesgo de hallarnos ante una tartamudez persistente. Este autor usa como criterio diferencial el que más del 33% de las disfluencias aparezcan en grupos (Conture y Melnick, 1999). Especificando el criterio un poco más, Curlee (1999) también establece el corte en más de un tercio de las disfluencias agrupadas, determinando en 3 o más el número de disrupciones que tienen que aparecer juntas para que consideremos la existencia de una agrupación.

Los criterios hasta aquí presentados deben servirnos para diferenciar aquellos niños cuyo perfil de disrupciones nos hace pensar en algo diferente a las disfluencias normales y que, como poco, deberán ser sometidos a una mayor vigilancia por parte de padres y clínicos. La primera pregunta está contestada, ¿quiénes tartamudean realmente?, después de lo anteriormente expuesto podemos resumir: los que tienen más de un 10% de palabras o sílabas tartamudeadas, un 3% o más de DTT, más de un 25% de todas las disfluencias son prolongaciones, un 25% de todas las repeticiones incluyen dos o más unidades, las repeticiones son rápidas, el niño presenta movimientos asociados y especialmente movimientos del globo ocular hacia los lados y parpadeo, y, finalmente, más de un 33% de disfluencias aparecen agrupadas en conjuntos de más de tres. Insisto en una apreciación que hacía al principio, estos datos son producto de la comparación de muestras, de

forma que no estamos en condiciones de establecer criterios definitivos. No podemos, por tanto, fijar el número de estos indicadores que la tartamudez un niño debe cumplir para que podamos estar seguros de que hacemos el diagnóstico correcto, la decisión final seguirá siempre quedando a juicio del clínico.

FACTORES RELACIONADOS CON LA RECUPERACIÓN Y PERSISTENCIA

Contestada la primera pregunta vamos con la segunda: una vez separados los niños con disfonías más preocupantes, ¿sabemos cuáles de ellos tienen más riesgo de persistir tartamudeando? No de una forma enteramente concluyente, aunque sí contamos con algunos criterios que nos permiten establecer quiénes tienen más riesgo de desarrollar una tartamudez crónica. De nuevo la mayoría de los criterios corresponden a Yairi y sus colaboradores de la universidad de Illinois, un grupo que en mi opinión está revolucionando la investigación clínica en tartamudez. La parte más importante de los datos aquí presentados pertenecen a una investigación longitudinal llevada a cabo por este grupo durante años. Su metodología consiste en estudiar niños con riesgo de tartamudear por pertenecer a familias con antecedentes o presentar algún tipo de disfluencias, les evalúan en un completo rango de variables que incluyen tanto variables sociofamiliares como medidas de fluidez, tipo de errores o habilidades psicolingüísticas. A partir de ahí y dependiendo de su evolución, asignan a los niños a uno de los siguientes tres grupos: tartamudez persistente, recuperación tardía o recuperación temprana. La duración del estudio y el relevante número de personas que conforman su muestra les permiten sacar importantes conclusiones sobre diferencias entre grupos y sobre variables predictoras de recuperación o persistencia; incluso sobre posibles relaciones de estos factores con componentes genéticos (Ambrose, Cox y Yairi 1997; Yairi, Ambrose, Paden y Throneburg, 1996).

Es evidente que cuando tenemos que trabajar con un niño que tiene entre dos y seis años, el que alguno de sus familiares haya padecido una tartamudez va a ser un indicador importante para predecir que ese niño tiene un riesgo mayor de persistir tartamudeando. El matiz introducido por las investigaciones de Illinois es que, además, hay que tener en cuenta si esos familiares se recuperaron o no de su

problema. Si nuestro cliente tiene familiares que se recuperaron de la tartamudez, el pronóstico sería mejor. En cambio, si tiene antecedentes familiares de no recuperación estaríamos ante una pista poderosa de que la tartamudez puede convertirse en crónica (Yairi, Ambrose, Paden y Throneburg, 1996). Esta línea de investigación parece apoyar que persistencia y recuperación se transmiten genéticamente aunque no por cauces diferentes, es decir, sobre una base genética común la persistencia se transmitiría por factores genéticos adicionales (Ambrose, Cox y Yairi, 1997). Tenemos entonces un primer criterio para establecer riesgo de cronificación: tener antecedentes familiares de tartamudez que no se hayan recuperado.

Un segundo criterio, que requiere poco comentario, tiene que ver con el género. Parece claro que los varones tienen cuatro o cinco veces más posibilidades que las mujeres de seguir tartamudeando (Yairi, Ambrose, Paden y Throneburg, 1996). Por lo tanto, ser varón incluye a nuestro cliente entre la población con más riesgo de desarrollar tartamudez crónica.

La concomitancia entre problemas de fluidez y trastornos del lenguaje es considerada por algunos como un factor de riesgo de persistencia de la tartamudez (Guitar, 1998), o al menos como un criterio de que la intervención se hace necesaria (Curlee, 1999; Gregory y Hill, 1999). Sin embargo, los últimos estudios realizados al respecto no parecen hallar diferencias entre niños que han dejado de tartamudear y aquellos en los que la tartamudez persiste después de un largo período, al menos en indicadores de desarrollo del lenguaje como la Longitud Media de la Frase (Watkins y Yairi, 1997). Sí aparecen diferencias en medidas de habla; Paden y Yairi (1996) comparan un grupo de niños en los que la tartamudez persiste, con dos grupos de niños que se han recuperado (tempranamente y tardíamente) y un grupo control. Los niños de tartamudez persistente evidencian menores niveles de desarrollo articulatorio al ser comparados con el grupo control, tales diferencias no se producen entre los dos grupos de recuperación y el grupo control de niños con fluidez normal. De manera que podríamos tomar como criterio amplio de riesgo de persistencia la existencia de algún problema de lenguaje y especialmente de habla.

Un cuarto criterio defendido por los autores de la universidad de Illinois es el tiempo transcurrido desde el inicio de la tartamudez. Sus estudios longitudinales (Yairi y Ambrose, 1992a; Yairi, Ambrose y Niermann, 1993; Yairi, Am-

brose, Paden y Throneburg, 1996) indican que la mayoría de las remisiones espontáneas se producen dentro de los dos años siguientes al inicio, considerando los primeros 14 meses como el período más crítico. Un indicador asociado al anterior tiene que ver con la evolución de las tasas de tartamudez, los estudios antes mencionados señalan que después de los 12 meses iniciales se produce una disminución importante de las disfluencias, bajada que se hace evidente sobre todo en las DTT. De forma que podríamos establecer como criterio de riesgo de persistencia que las DTT no hayan disminuido pasados 12 meses desde el inicio. Sin embargo, la dificultad de uso de este criterio (en la mayoría de los casos no contamos con medidas de fluidez cercanas al inicio), hace que nos inclinemos por otro más relevante y fácil de usar: que las disfluencias se hayan mantenido por un período superior a los 14 meses (Yairi, 1997).

Un criterio a añadir a los anteriores es el que aportan Kloth, Jansen, Kraaimaat y Brutten (1995a) a partir de una investigación de similares características a la que hemos venido describiendo de Illinois. Kloth et al también realizan un seguimiento de niños con antecedentes familiares de tartamudez, tratando de encontrar diferencias entre los niños que se recuperan y aquellos cuya tartamudez persiste. Ellos encuentran que los niños que siguen tartamudeando hablan más rápido que los que se recuperan, como si el habla más lenta fuera un factor protector contra la tartamudez.

Además de los cinco criterios antes presentados, que parecen los más sólidamente avalados por la investigación, presentamos sucintamente otros indicadores propuestos para ayudarnos a tomar decisiones en la práctica.

a) En los estudios de Yairi et al (1996) otra variable que predice recuperación es que el niño tenga altos niveles de inteligencia no verbal. Lo que ocurre es que este no es un indicador muy sensible, dado que los niños con tartamudez persistente no mostraban puntuaciones inferiores a la media en esta variable. De modo que las diferencias, a pesar de ser significativas, son demasiado pequeñas como para que hagamos de éste un criterio claro.

b) Barry Guitar, basándose en su propia teoría sobre la tartamudez y en su experiencia clínica, afirma que los niños con un temperamento introvertido y sensible tienen más probabilidades de persistir tartamudeando (Guitar, 1998).

c) A éstos habría que añadir otra serie de criterios basados en la experiencia de algunos clínicos. Para algunos es especialmente significativo que empiecen a aparecer sig-

nos de tensión o de congelación del movimiento, del flujo de aire expirado o la fonación (Gregory y Hill, 1999; Yairi, 1997); para otros, un criterio clave sería la aparición de reacciones emocionales o que el niño exprese preocupación (Curlee, 1999).

No quiero finalizar este apartado sin revisar algunos factores que la investigación afirma que no están relacionados con persistencia o recuperación, de nuevo muy brevemente:

a) El tipo de inicio no parece marcar la futura evolución del trastorno. Sabemos que aunque en la mayoría de los casos el inicio es lento y paulatino; en algunos, al menos un tercio, el comienzo es abrupto y con tartamudez severa (St Louis, Hinzman y Mason, 1988, Wexler y Mysak, 1982). Lo relevante para nosotros en este momento es que el tipo de inicio no predice mayor o menor remisión de la tartamudez (Ambrose, Cox y Yairi, 1997).

b) Tampoco la severidad del trastorno es un buen predictor si hacemos caso a los trabajos de Yairi, aunque la experiencia de algunos clínicos haga pensar que cuanto más grave sea el cuadro más posibilidades de cronificación (Conture y Melnick, 1999; Gottwald y Starkweather, 1999).

Con esta revisión he pretendido dar respuesta a la segunda pregunta planteada en la introducción de este artículo, ¿Qué niños tienen más riesgo de desarrollar una tartamudez crónica? La pregunta se contesta de nuevo haciendo referencia a los indicadores que nos ofrece la investigación: los que tienen familiares con tartamudez que no se recuperaron, los varones, los que además tienen retrasos de lenguaje o habla, los que llevan tartamudeando más de 14 meses sin que las disfluencias se hayan atenuado y los que hablan muy rápido. De nuevo es necesario recordar aquí el argumento que incorporábamos al final del apartado anterior: recuérdese que los criterios que presentamos no son más que indicadores orientativos para el clínico, y que no podemos establecer cuántos debe cumplir un niño para que se pueda afirmar sin lugar a dudas que su tartamudez se va a cronificar. Todo queda, otra vez, sometido al juicio último del profesional que debe valorar en conjunto los datos resultantes de la exploración de un niño.

EL FALSO DILEMA: ¿CUÁNDO INTERVENIR?

Hasta aquí hemos repasado los criterios que nos ayudan a diferenciar tartamudez de «disfluencia normal» y los que nos permiten establecer el riesgo que tiene la tartamudez de un niño de hacerse crónica. El sentido último que tienen estas dos diferenciaciones es ayudarnos a decidir con qué niños debemos intervenir. Se supone que aquellos niños con un cuadro claro de tartamudez y con indicios de que ésta puede terminar por cronificarse, serán candidatos para pasar directamente a tratamiento, y sin embargo las cosas no están tan claras, o al menos eso parece deducirse de las distintas posiciones que a continuación presento.

Una pregunta de difícil respuesta

¿En qué momento tengo que intervenir con este niño? ¿qué riesgos asumo al hacerlo? Estas son las preguntas que más quebraderos de cabeza dan a un especialista en tartamudez, con el agravante de que cuanto más jóvenes son nuestros clientes (recuérdese que hablamos siempre de niños menores de seis años) más complicada parece la respuesta, por mucho que tengamos presentes criterios como los que he ido especificando. Ante tal dilema la actitud habitual de muchos clínicos enfrentados a casos de tartamudez infantil temprana ha sido la de «esperar y ver». Los pediatras y médicos en general transmitían esta filosofía a los padres claramente: «no tienen por qué preocuparse, eso se le acabará pasando». Por su parte logopedas, pedagogos y psicólogos han estado más paralizados por la duda sobre cuál ha de ser la intervención idónea, aquella que pueda resolver el problema sin resultar potencialmente dañina. Casi todos, en definitiva, firmes partidarios de esperar a que se establezca un cuadro claro de tartamudez antes de intervenir o, en su defecto, tomando decisiones desde criterios heterogéneos más basados en el sentido común que en la investigación. Así, se han tomado como guías para decidir: la edad del niño, la severidad del tartamudeo, la consciencia que el afectado tenga sobre su problema, la preocupación de los padres o los meses transcurridos del inicio. Ténganse en cuenta, además, toda la gama de posibilidades que al entremezclar criterios se generan (p. e. intervengo sólo si hay consciencia y han pasado seis meses desde el inicio).

A pesar de las dudas y la proliferación de criterios personales, las tendencias generales entre los clínicos se resumen en dos, claramente diferenciadas: los partidarios de intervenir desde un principio y con todos los niños, y los

que prefieren seleccionar candidatos para la intervención a la espera de que el problema remita (Attanasio, 1999). Revisemos ahora los argumentos que respaldan cada una de estas decisiones.

A favor de la intervención temprana

Tres serían los argumentos de los partidarios de intervenir sin dilación desde el inicio del problema. El primero de ellos tiene que ver con la creencia generalizada entre los clínicos de que cuanto más temprana sea la intervención, más posibilidades hay de que sea exitosa (Curlee, 1999; Gregory y Hill, 1999; Onslow, Costa y Rue, 1990; Packman y Onslow, 1999; Starkweather, Gottwald y Halfond, 1990).

Un segundo razonamiento a favor de tratar lo más rápidamente posible es que una buena parte de los procedimientos de intervención temprana con los que contamos en la actualidad han probado empíricamente su eficacia (véase para una revisión Onslow y Packman, 1999). El último argumento, complementario con el anterior, es que parece que los tratamientos en sí mismos no son potencialmente dañinos, esto es, que difícilmente van a empeorar el problema (Onslow, 1992).

A la vista de estos hechos la decisión parece fácil: ya que no hay riesgos y los procedimientos parecen eficaces, mejor será intervenir, aún asumiendo que en algunos casos no hubiera hecho falta, que arriesgarse a esperar y hacer que el tratamiento sea menos eficaz (Onslow, 1992). Veamos, sin embargo, de dónde provienen los recelos de los que apoyan el punto de vista alternativo.

A favor de esperar

La incidencia de la tartamudez, es decir, el número de personas que durante alguna época de su vida han sufrido síntomas de este tipo, es del 15% (Bloodstein, 1995); cuando establecemos un criterio más restrictivo, personas que han tartamudeado alguna vez en su vida por un período superior a seis meses, la estadística baja a un 5% (Peters y Guitart, 1991). Un estudio de E. Yairi (1981), al que ya hemos hecho referencia, encontraba tasas de tartamudeo superior al 10% de palabras en un tercio de los niños de dos años que componían su muestra. La idea de que haya que intervenir sobre la fluidez de uno de cada tres niños sería sin duda bien recibida por aquellos que trabajan

en la práctica privada, al tiempo que se convertiría en la pesadilla de los insuficientes departamentos de logopedia estatales con los que contamos. En todo caso nada más alejado de la experiencia de clínicos y profesionales de la logopedia. El número de niños que presentan problemas dignos de consideración es mucho más pequeño.

Por supuesto, la alarma que la estadística del 33% pudiera generar, está fuertemente amortiguada por la existencia del fenómeno que conocemos como remisión espontánea o recuperación natural (como les gusta definirlo a Packman y Onslow, 1999). El índice de desaparición del problema sin que se aplique ningún tipo de tratamiento es muy alto en tartamudez temprana, oscila entre el 75 y 85% de los casos (Yairi y Ambrose, 1992; Yairi, Ambrose y Niermann, 1993 y Yairi et al, 1996), aunque también haya autores que defienden que las tasas de recuperación no son tan elevadas (Ramig, 1993). Una tasa tan elevada de desaparición espontánea del problema sería por sí sola razón suficiente para que nos resistamos a la presión de intervenir directamente con el niño. De hecho, la experiencia clínica parece apoyar que los resultados de la remisión espontánea son mejores que los obtenidos con tratamientos en niños más mayores y se generalizan más fácilmente (Curlee y Yairi, 1997; Finn, Ingham, Ambrose y Yairi, 1997).

El segundo argumento de los partidarios de esperar tiene que ver con la convicción expresada por algunos clínicos de que no supone ningún perjuicio esperar unos meses antes de intervenir. Tal convicción nace de la creencia de que la eficacia de los tratamientos no decrece al postergarlos durante unos pocos meses, siempre teniendo en cuenta que estamos hablando de infantes que tienen entre 3 y 5 años de edad (Curlee, 1999; Yairi, 1997). Este argumento es, sin embargo, discutido por autores como Ingham y Cordes (1998), quienes presentan datos que realmente dan que pensar: el 85% de los niños tratados antes de los 15 meses después del inicio completan con éxito el tratamiento, mientras que de los tratados después de los 15 meses sólo consiguen mejorías el 59,6%. Nuestra idea, mediando en la discusión, es que probablemente exista un plazo de tiempo a partir del cual la espera sea dañina y que dicho plazo puede fijarse arbitrariamente entre los 12 y los 14 meses que propone Yairi (1997).

La tercera de las razones se apoya en una serie de creencias que han guiado la práctica clínica de muchos de nosotros: el asumir que una intervención temprana podría tener

más inconvenientes que ventajas. De entrada estarían los perjuicios más soslayables de los costes económicos, escolares y familiares que implican los tratamientos. Aunque lo que más nos ha preocupado siempre es el peligro que entraña la intervención: hacer que el niño preste mayor atención sobre su habla con el consiguiente riesgo de que se haga consciente de sus disfluencias y la tartamudez se cronifique.

El falso dilema

Como se deduce del análisis de los argumentos anteriormente presentados, la decisión sigue sin estar clara, y sigue sin estarlo porque quedan cuestiones claves por dilucidar. No está claro, por ejemplo, si es o no perjudicial esperar, existen opiniones a favor y en contra. También se discute que el porcentaje de remisión espontánea sea tan alto como el que adelantábamos antes. Por ejemplo, Ingham (1984) después de revisar los estudios realizados sobre el tema propone un porcentaje que oscila entre el 30 y el 50%. La polémica sobre la importancia del fenómeno de remisión espontánea sigue abierta de forma que poco más podemos añadir aquí y ahora (el lector podrá encontrar recientes ejemplos de ella en Yairi y Ambrose, 1999).

Otro punto sin solución definitiva es, a mi juicio, el de la fiabilidad de los estudios de resultados que avalarían la eficacia de los tratamientos. Las dudas provienen de que en algunos de ellos se utilizan muestras muy pequeñas y los criterios de éxito no son homogéneos (véase Ingham y Cordes, 1999; Starkweather, 1999 para una discusión). Quedaría pues por demostrar definitivamente que los tratamientos ofrecen mejores resultados que ese 75% de éxito de la no-intervención.

Por último, recordar que señalábamos como argumento en favor de intervenir la inocuidad de los tratamientos. Afirmación que no deja de ser altamente discutible: ¿realmente no son dañinas las intervenciones innecesarias o inapropiadas? ¿no puede afectar al futuro de nuestros pequeños clientes la alarma que se genera en sus padres o la atención a la que ellos se someten? Estas dudas están además reforzadas por lo heterogéneo del abanico de profesionales que puede intervenir en este tipo de casos; clínicos con diferentes formaciones, que incluso utilizan criterios diagnósticos y procedimientos provenientes de diferentes ramas de la ciencia.

El panorama poco claro que en este apartado se ha presentado se puede resolver de forma más sencilla si nos bajamos a la práctica y pensamos en las preguntas que al final debe contestar cualquier clínico. La primera y más básica, la que hemos estado tratando hasta ahora parece más fácil de responder cuando la formulamos directamente: ¿intervención sí o no? La respuesta parece obvia: sí siempre que el habla del niño constituya elemento de preocupación para él mismo, o cualquier persona de su entorno. La segunda cuestión no parece mucho más complicada: ¿cuándo intervenir?, pues, lógicamente, cuanto antes mejor. Por eso me refiero a la discusión sobre el cuándo que tanto abunda en la literatura científica como «el falso dilema». La pregunta clave, en mi opinión, no es cuándo sino cómo. En la actualidad disponemos de una amplia gama de procedimientos que van desde la mera información a padres con seguimiento posterior (aproximadamente cuatro sesiones) a la intervención intensiva que involucraría a progenitores y niño durante casi dos años. Todo lo que tenemos que hacer es usar este abanico de posibilidades adaptándolo a las características de cada uno de nuestros clientes (Gregory y Hill, 1999; Starkweather, Gottwald y Halfond, 1990).

Concluyendo, intervención sí, siempre que la fluidez constituya un problema para alguien y, sin duda, lo más temprana posible. La pregunta definitiva, el verdadero dilema, es establecer criterios de decisión que nos permitan elegir entre las intervenciones cortas y superficiales, los tratamientos largos e intensivos o todas las posibilidades intermedias que tenemos a nuestro alcance. Esos criterios no son otros que los que hemos presentado en los apartados anteriores y que presento de forma integrada en las siguientes líneas.

UN MODELO INTEGRADOR PARA TOMAR DECISIONES

La investigación y la clínica son dos mundos distantes que, sin embargo, están necesariamente condenados a entenderse. De hecho, el objetivo de este artículo es intentar traducir los avances realizados en el campo de lo empírico a criterios operativos que nos ayuden a tomar decisiones en la práctica cotidiana. Por ello terminaremos resumiendo la información presentada, al tiempo que tratamos de

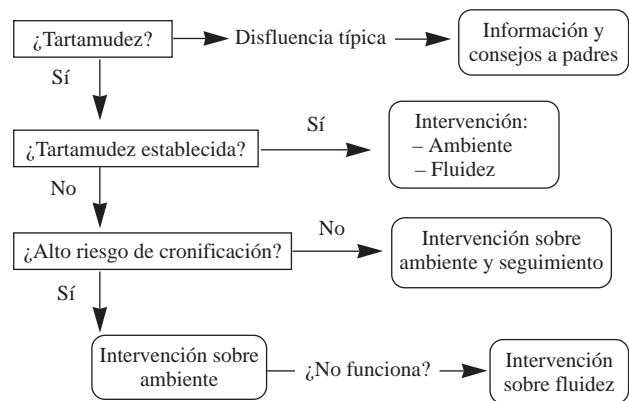


Figura 2. Modelo para tomar decisiones sobre intervención.

integrarla en un modelo de toma de decisiones que sea fácil de usar en la clínica.

Para tomar decisiones sobre si intervenir o no, proponemos un modelo basado en tres pasos que resumimos en tres preguntas:

1. ¿Estamos ante una tartamudez o ante una «disfluencia normal»?
2. ¿Se trata de una tartamudez ya establecida?
3. ¿Qué posibilidades tiene la tartamudez de hacerse crónica?

El orden establecido no necesariamente implica una secuencia inquebrantable de toma de decisiones. Es posible que las respuestas en el paso 1 sean negativas, lo que nos haga pensar que estamos ante una disfluencia normal y, aún así, nos convenga revisar si existe riesgo de cronificación. Veamos ahora cuál es el proceso que proponemos seguir en la práctica. Nuestro propósito es ofrecer un modelo para decidir no sólo la pertinencia de la intervención, también la modalidad de ésta. De todos modos en este trabajo nos limitaremos a mencionar tipos de intervención sin entrar a describirlos. Todo el proceso de toma de decisiones se representa en la figura 2.

Diagnóstico diferencial entre tartamudez y disfluencia normal

El primer paso consistiría en decidir si estamos ante una tartamudez o ante lo que hemos venido denominando como «disfluencias normales». Este es habitualmente el

CrITERIOS diferenciales: tartamudez vs disfluencia normal

- Frecuencia:*
 Disfluencias > 10%.
- Tipo:*
 DTT >3%.
 >25% de prolongaciones.
 Repeticiones rápidas.
 >25% repeticiones con dos o más unidades.
 >33% de disfluencias agrupadas en bloques de tres o más.
 Presencia de tensión muscular y movimientos asociados (mov. globo ocular y parpadeos).
- Evolución:* Se han producido desde el inicio cambios como
 – Aumento de las disfluencias (si mayor de 3 años).
 – Aparecen cada vez en más situaciones.
 – Repeticiones más rápidas.
 – Aumento de tensión.

Figura 3. Diagnóstico diferencial entre tartamudez y disfluencia normal.

punto de partida cuando nos encontramos con niños menores de seis años. Para tomar la decisión usamos los criterios ya discutidos anteriormente y que resumo en la figura 3. Contestar a las preguntas que allí se exponen requerirá una evaluación inicial en la que contemos con los padres y con el niño afectado. No es este el sitio para profundizar en temas de evaluación, el lector interesado puede encontrar descripciones de entrevistas con padres y evaluaciones de la fluidez del niño en Conture (1997), y Rustin, Botterill y Kelman (1996).

Con las informaciones procedentes de haber realizado una buena entrevista con padres y el análisis de una muestra del habla del niño, estaremos en condiciones de responder a las cuestiones planteadas en la figura 3. En general con que exista más de un 10% de disfluencias totales y más de un 3% de ellas sean DTT nos bastará para pensar que la tartamudez de un niño requiere algún tipo de intervención. Para determinar cuál y cómo realizarla necesitaremos, además, estudiar el riesgo de cronificación y los posibles factores ambientales estresantes. En caso de no cumplir los criterios de la figura 3, normalmente la intervención quedará reducida a una buena explicación para los padres, con la introducción de pequeños cambios sobre posibles factores ambientales y un buen calendario de seguimiento del caso.

CrITERIOS de tartamudez ya establecida

1. Conciencia clara de problema.
2. Presencia de conductas de escape: esfuerzo, movimientos asociados, etc.
3. Evitación de personas, situaciones, palabras.
4. Sentimientos negativos: miedo, vergüenza o frustración.

Figura 4. Tartamudez establecida.

Diagnóstico de tartamudez establecida

El segundo paso consiste en establecer si la tartamudez ya se ha hecho crónica. Esta cuestión es fácil de contestar a partir de los datos que los padres nos ofrecen en la entrevista clínica y las observaciones directas que hacemos sobre el niño. Decimos que una tartamudez se ha hecho crónica cuando el niño es consciente de su problema y ha empezado a reaccionar ante él. Llegar a este punto requiere haber convivido con el trastorno durante años y además una cierta maduración cognitiva que permita al niño darse cuenta de que él, como ser individual, tiene un problema que le afecta a su capacidad para hablar fluidamente y que además, repercute en sus relaciones con las personas que le rodean. Afortunadamente los niños de entre dos y cinco años difícilmente cumplen ambos requisitos y por lo tanto no son completamente conscientes de lo que les ocurre. Aún así, proponemos como primer paso descartar tartamudez establecida porque hacerlo es muy fácil para cualquier clínico con un mínimo de experiencia. Los criterios a usar en este primer paso se resumen en la figura 4.

Decimos que la tartamudez se ha cronificado y que estamos ante un problema establecido cuando el niño es plenamente consciente de su problema. Normalmente el proceso por el cual el niño adquiere consciencia de su tartamudez es generalmente lento. Probablemente en un principio empieza teniendo sensaciones vagas de que algo en él no va bien, y de ahí pase a la idea de que su habla parece poner muy nerviosos a sus padres. En momentos como éstos el niño suele expresar que habla mal o no pronuncia bien alguna cosa. Más tarde empieza a tener la sensación de que «su boca» no funciona adecuadamente y el último paso es etiquetarse a sí mismo como tartamudo, con todas las implicaciones sociales y afectivas que ello tiene. Es muy difícil que un niño menor de cinco años tenga conciencia clara de tartamudez, por una cuestión de puro desarrollo cognitivo.

Un segundo indicador sería la presencia de conductas de escape, es decir, cualquier actuación del niño que hiciera pensar que se da cuenta de que se ha bloqueado e intente hacer algo para salir del bloqueo. Esta es también una característica de la tartamudez de niños más mayores, muy infrecuente en estas edades. A veces, sobre todo en niños de ese 33% de inicio severo, la presencia de tensión puede hacernos pensar que el niño está luchando contra la tartamudez, pero el tipo de esfuerzo de escape es diferente. Se caracteriza por intentos voluntarios, y en la voluntariedad está la clave, de salir del bloqueo o acabar con las repeticiones. El esfuerzo, las fijaciones extrañas de órganos de fonación, los movimientos asociados, pueden ser indicadores de la presencia de conductas de escape.

El que el niño evite palabras que él calcula que son más difíciles de pronunciar, o personas o situaciones que le ponen especialmente nervioso, también indicaría que estamos ante una tartamudez establecida. De nuevo es muy extraño que un niño de estas edades tenga este tipo de comportamiento, aunque en ocasiones sí encontramos niños que prefieren no hablar con determinadas personas sin que tengan demasiado claro por qué es, e investigando encontramos que éstas han sido especialmente críticas con su habla.

Las conductas de escape y evitación son la consecuencia lógica de darse cuenta de la incapacidad para hablar fluidamente e intentar, sin mucho éxito, sobreponerse a ella. La parte más emocional de esa conciencia es la aparición de sentimientos de incapacidad, culpa o miedo. Los niños más mayores los verbalizan directamente, en este nivel de edad lo que podemos encontrar son vestigios de reacciones emocionales ante la tartamudez, niños que se ponen muy nerviosos cuando tienen que hablar en determinadas situaciones o que lloran cuando se quedan bloqueados.

Alguien que cumpliera los criterios anteriormente sería un candidato decidido para un tratamiento que debería cubrir tanto aspectos ambientales (trabajo con padres), como una intervención directa con su habla. En cambio, si el trastorno no cumple los criterios de tartamudez establecida tendríamos que valorar la pertinencia de la intervención atendiendo a los factores de pronóstico que describimos en el siguiente apartado.

Riesgo de cronificación

1. Antecedentes familiares de tartamudez persistente.
2. Trastorno de habla o lenguaje asociado.
3. Más de 14 meses desde el inicio.
4. Ser varón.
5. Tasa de habla rápida.

Figura 5. Predictores de cronificación.

Ya hemos dicho repetidamente que es difícil que encontremos tartamudeces establecidas en niños menores de seis años. Por ello, en la mayoría de los casos, nos encontraremos ante el dilema: ¿intervenimos directamente o esperamos a ver cómo evoluciona?, pensando siempre en las probabilidades de que se produzca una remisión espontánea. Para tomar esta decisión proponemos usar los criterios para establecer el riesgo de cronificación que hemos resumido en la figura 5. Probablemente los tres primeros indicadores son los más significativos (antecedentes familiares, trastorno de habla y más de 14 meses), aunque tampoco hay que dejarse impresionar demasiado porque varios de ellos aparezcan en un niño. Muchos son los casos que presentando un alto riesgo de cronificación, según los criterios que ofrecemos, han resuelto su problema con una simple intervención con los padres.

El que un caso particular no cumpla los criterios resumidos en la figura 5 significaría, según el modelo que estamos exponiendo, que nos hallamos ante una tartamudez que tenderá a remitir espontáneamente. En este caso las indicaciones de preferencia serán aquellas intervenciones indirectas que ayuden a crear las condiciones ambientales para favorecer que tal remisión se produzca. Esto es, intervenciones sobre el ambiente realizadas preferentemente a través de los padres (ver ejemplos de dicha intervención en Conture y Melnick, 1999; Guitar, 1998; Gregory, 1999; Rustin, Botterill y Kelman, 1996).

Si por el contrario, los indicadores hallados hablaran de una tartamudez con grandes posibilidades de cronificación, podríamos plantearnos que además de una intervención sobre el ambiente, podría hacerse necesario ofrecer al niño alguna estrategia directa para mejorar su fluidez. Para este supuesto también contamos con diferentes procedimientos: desde técnicas de modelado de habla (Gregory y Hill, 1999; Pindzola, 1987; Runyan y Runyan, 1999; Starkweather, Gottwald y Halfond, 1990), a programas de refuerzo del habla fluida (Lincoln y Harrison,

1999), o programas cerrados que constan de una serie de tareas de fluidez que el niño debe ir superando para avanzar (Riley y Riley, 1985; Costello Ingham, 1999).

REFLEXIÓN FINAL

Ante la dificultad que supone tomar decisiones sobre intervención en tartamudez temprana, hemos propuesto una serie de criterios-guía, extraídos de la literatura científica, que nos sirvan para plantear los tratamientos. El planteamiento de toma de decisiones que hemos presentado implica un cierto cambio sobre la forma habitual de trabajar de muchos de nosotros. Recuérdese que, una vez descartada la tartamudez establecida, vamos a llevar a cabo dos pasos: decidir que estamos ante una tartamudez y establecer el tipo de intervención. Para tomar la primera decisión los indicadores más útiles son los que provienen del análisis directo del habla del niño (porcentaje de palabras tartamudeadas y de disfluencias-tipo-tartamudez). A nivel práctico el cambio que se propone consiste en otorgar más importancia a las características de la tartamudez y a los factores intrapersonales, que a los factores ambientales que hasta ahora se venían considerando. En definitiva, interesan más aspectos relacionados con el niño que tartamudea que las reacciones de los padres y del ambiente ante tales disfluencias. Parafraseando a Johnson, la tartamudez ya no está en el oído de los padres sino en la boca de los niños.

Tal variación responde a una tendencia progresiva que nos lleva a entender la tartamudez como un trastorno hereditario y de base supuestamente orgánica, restando cada vez más importancia a los factores contextuales generadores del problema. El razonamiento subyacente se podría resumir así: si es un trastorno orgánico, deberemos tomar decisiones basándonos en indicadores intrapersonales (habla, historial clínico), dejando los interpersonales (papel de los padres) únicamente como información complementaria para establecer el tipo de intervención. Esto parece ser lo pertinente, si hacemos caso de las investigaciones que hemos revisado durante este trabajo, sin embargo, no podemos evitar pensar en el peligro que cambios tan extremos tienen sobre disciplinas tan prácticas como la nuestra. Pasamos de pensar que el ambiente familiar es la variable esencial para intervenir en tartamudez temprana, a decidir que todo es herencia y organici-

dad. Tal vez por ello, también en este caso, en el punto intermedio esté la virtud. Por lo que proponemos una posición algo más conservadora: sigamos con la idea de que los dos tipos de variables interaccionan y que los nuevos datos sobre rasgos diferenciales del habla tartamuda nos sirven para tomar decisiones con más información.

¿Qué cambios conlleva este planteamiento sobre los tratamientos? Tener en cuenta factores como la frecuencia, tipo de errores, evolución de la tartamudez o antecedentes familiares, nos permite tomar decisiones más «atrevidas» en cuanto a los tratamientos. Atendiendo a los criterios que hemos presentado, el niño de tres años del ejemplo con el que se introducía este artículo, sin conciencia de problema, ni evitaciones; pero cumpliendo los criterios descriptivos de tartamudez, de posible cronificación y con evolución negativa del trastorno, sería para muchos candidato, sin más preámbulos, para una intervención directa sobre la fluidez (Costello Ingham, 1999; Gregory, 1999; Packman y Onslow, 1999). Aunque no se pueda descartar, en opinión de otros, probar inicialmente con una intervención sobre el ambiente y, si esta no funciona, plantearse intervenir directamente con el afectado (Curlee, 1999).

Para finalizar, señalar que en el ámbito de la investigación en tartamudez estamos acostumbrados a convivir con la incertidumbre, y tomamos decisiones careciendo de informaciones esenciales como origen del trastorno, las causas de la remisión espontánea o el efecto real de los tratamientos. Por ello, en este trabajo se ha pretendido únicamente ofrecer un procedimiento que nos ayude a optar entre las diferentes modalidades de tratamiento de la tartamudez temprana. Sólo esperamos que nuevas investigaciones nos sirvan para aclarar los puntos oscuros y seguir perfeccionando el modelo que en este artículo hemos ofrecido.

AGRADECIMIENTO

A Emma García Pérez, de la Escuela de Logopedia de la UPSA, el trabajo compartido y sus valiosas puntualizaciones enriquecieron este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ambrose NG, Cox NJ, Yairi E. The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research* 1997;48:567-80.
- Ambrose N, Yairi F. The role of repetition units in the differential diagnosis of early childhood incipient stuttering. *American Journal of Speech and Language Pathology* 1995;4:82-8.
- Attanasio JS. Treatment of early stuttering: Some reflections. En: Onslow M, Packman A. *The Handbook of early stuttering intervention*. San Diego, CA: Singular Publishing Group; 1999.
- Bernstein Ratner N. Stuttering: A psycholinguistic perspective. En: Curlee RF, Siegel JM, comps. *Nature and treatment of stuttering*. New directions. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon; 1997.
- Bernstein Ratner N, Sih CC. Effects of gradual increases in sentence length and complexity on childrens disfluency. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1987;52:278-87.
- Bloodstein O. *A handbook on stuttering*. 5ª ed. San Diego: Singular Publishing Group, Inc; 1995.
- Bloodstein O. The development of stuttering: II. Developmental phases. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1960;25:366-76.
- Conture EG. Evaluating childhood stuttering. En: Curlee RF, Siegel JM, comps. *Nature and treatment of stuttering*. New directions. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon; 1997.
- Conture EG, Melnick KS. The parent-child group approach to stuttering in preschool children. En: Onslow M, Packman A. *The Handbook of early stuttering intervention*. San Diego, CA: Singular Publishing Group; 1999.
- Conture E, Kelly F. Young stutterers' nonspeech behaviors during stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research* 1991;34:1041-56.
- Costello Ingam J. Behavioral treatment of young children who stutter: An extended length of utterance method. En: Curlee RF, ed. *Stuttering and related disorders of fluency*. New York: Thieme; 1999.
- Curlee RF. Identification and case selection guidelines for early childhood stuttering. En: Curlee RF, ed. *Stuttering and related disorders of fluency*. New York: Thieme; 1999.
- Curlee RF, Yairi E. Early intervention with early childhood stuttering: A critical examination of the data. *American Journal of Speech-Language Pathology* 1997;7:10-9.
- Finn P, Ingham RJ, Ambrose N, Yairi E. Children recovered from stuttering without formal treatment: Perceptual assessment of speech normalcy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 1997;40:867-76.
- Gottwald SR, Starkweather CW. Stuttering prevention and early intervention: a multiprocess approach. En: Onslow M, Packman A. *The Handbook of early stuttering intervention*. San Diego, CA: Singular Publishing Group; 1999.
- Gregory HH. Developmental intervention: differential strategies. En: Onslow M, Packman A. *The Handbook of early stuttering intervention*. San Diego, CA: Singular Publishing Group; 1999.
- Gregory HH, Hill D. Differential evaluation-Differential therapy for stuttering children. En: Curlee RF, ed. *Stuttering and related disorders of fluency*. New York: Thieme; 1999.
- Guitar B. *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore, MR: Williams and Wilkins; 1998.
- Hill D. Evaluation of factors related to early stuttering: A descriptive study. En: Bernstein Ratner N, Healey EC, *Stuttering research and practice*. Bridging the gap. Mahwah, NJ: LEA; 1999.
- Hubbard C, Yairi E. Clustering of disfluencies in the speech of stuttering and nonstuttering preschool children. *Journal of Speech and Hearing Research* 1988;31:228-33.
- Ingham RJ. *Stuttering and behavior therapy: Current status and experimental foundations*. San Diego, CA: College-Hill Press; 1984.
- Ingham RJ, Cordes AK. Treatment decision for young children who stutter: Further concerns and complexities. *American Journal of Speech-Language Pathology* 1998;6:8-18.
- Ingham RJ, Cordes AK. On watching a discipline shoot itself in the foot: Some observations on current trends in stuttering treatment research. En: Bernstein Ratner N, Healey EC. *Stuttering research and practice*. Bridging the gap. Mahwah, NJ: LEA; 1999.
- 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. *The onset of stuttering*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1959.
- Kelly E, Conture E. Speaking rate, responses time latencies, and interrupting behaviors of young stutterers, nonstutterers, and their mothers. *Journal of Speech and Hearing Research* 1992;37:1256-67.
- Kloth SAM, Janssen P, Kraaimaat FW, Brutten GJ. Speech-motor and linguistic skills of young stutterers prior to onset. Special Issue: Festschrift to Gene J. Brutten. *Journal of Fluency Disorders* 1995a;20:157-70.
- Kloth SAM, Janssen P, Kraaimaat FW, Brutten GJ. Communicative behavior of mothers of stuttering and nonstuttering high-risk children prior to the onset of stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 1995b;20:365-77.
- LaSalle LR, Conture EG. Disfluency clusters of children who stutter: Relation of stutterings to self-repairs. *Journal of Speech and Hearing Research* 1995;38:965-77.
- Lincoln M, Harrison E. The Lidcombe Program. En: Onslow M, Packman A. *The Handbook of early stuttering intervention*. San Diego, CA: Singular Publishing Group; 1999.

- Onslow M. Choosing a treatment procedure for early stuttering: Issues and future directions. *Journal of Speech and Hearing Research* 1992;35:983-93.
- Onslow M, Costa L, Rue S. Direct early intervention with stuttering: Some preliminary data. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1990;55:405-26.
- Onslow M, Packman A. *The Handbook of early stuttering intervention*. San Diego, CA: Singular Publishing Book; 1999.
- Packman A, Onslow M. Issues in the treatment of early stuttering. En: Onslow M, Packman A. *The Handbook of early stuttering intervention*. San Diego, CA: Singular Publishing Group; 1999.
- Paden EP, Yairi E. Phonological characteristics of children whose stuttering persisted or recovered. *Journal of Speech and Hearing Research* 1996;39:981-90.
- Peters TJ, Guitar B. *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Williams y Wilkins; 1991.
- Pindzola RH. *Stuttering intervention: Age 3 to grade 3*. Austin, TX: Pro-Ed; 1987.
- Ramig P. High reported spontaneous recovery rates: Facts or fiction. *Language, Speech, and Hearing in Schools* 1993;24:156-60.
- Riley G, Riley J. *Oral motor assessment and treatment: Improving syllable production*. Austin, TX: Pro-ed; 1985.
- Runyan CM, Runyan SE. The Fluency Rules Program. En: Onslow M, Packman A. *The Handbook of early stuttering intervention*. San Diego, CA: Singular Publishing Group; 1999.
- Rustin L, Botterill E, Kelman E. *Assessment and therapy for young dysfluent children: Family Interaction*. San Diego, CA: Singular Publishing Company; 1996.
- Schwartz H, Conture E. Subgrouping young stutterers: preliminary behavioral observations. *Journal of Speech and Hearing Research* 1988;31:62-71.
- Starkweather CW. The effectiveness of stuttering therapy: An issue for science? En: Bernstein Ratner N, Healey EC. *Stuttering research and practice. Bridging the gap*. Mahwah, NJ: LEA; 1999.
- Starkweather W. *Fluency and stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1987.
- Starkweather W, Gottwald S, Halfond M. *Stuttering prevention: A clinical method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1990.
- Throneburg R, Yairi F. Temporal dynamics of repetitions during the early stage of childhood stuttering: An acoustic study. *Journal of Speech and Hearing Research* 1994;37:1067-75.
- Van Riper C. *The nature of stuttering* 2ª ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1982.
- Watkins RV, Yairi E. Language production abilities of children whose stuttering persisted or recovered. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 1997;40:385-99.
- Wexler K, Mysak ED. Disfluency characteristics of in 2-, 4-, and 6-year-old males. *Journal of Fluency Disorders* 1982;7:3746.
- Yairi E. Disfluencies of normally speaking two-year-old children. *Journal of Speech and Hearing Research* 1981;24:490-5.
- Yairi E. Longitudinal studies of disfluencies in two-year-old children. *Journal of Speech and Hearing Research* 1982;25:155-60.
- Yairi E. Disfluency characteristics of childhood stuttering. En: Curlee RF, Siegel JM, comps. *Nature and treatment of stuttering. New directions*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon; 1997.
- Yairi E, Ambrose N. A longitudinal study of stuttering in children: A preliminary report. *Journal of Speech and Hearing Research* 1992;35:755-60.
- Yairi E, Ambrose N. Spontaneous recovery and clinical trials research in early childhood stuttering: A response to Onslow and Packman. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 1999;42:402-9.
- Yairi E, Ambrose N, Niermann R. The early months of stuttering: A developmental study. *Journal of Speech and Hearing Research* 1993;36:521-8.
- Yairi E, Ambrose N, Paden N, Throneburg R. Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders* 1996;29:51-77.
- Yairi E, Lewis B. Disfluencies at the onset of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research* 1984;27:154-9.
- Zebrowski PM. Duration of the speech disfluencies of beginning stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research* 1991;34:483-91.

Correspondencia:
 A. Rodríguez Morejón
 Departamento de Psicología Social y de la Personalidad
 Facultad de Psicología. Universidad de Málaga
 Campus de Teatinos, s/n
 E-mail: aromore@uma.es