

ALGORITMO para la toma de decisiones en una consulta en Pediatría por Disfluencias o Tartamudez

MARCO TEÓRICO

La Tartamudez Persistente del Desarrollo o Disfemia es un trastorno de la comunicación que se inicia en la infancia y está caracterizada por rupturas involuntarias en la fluidez del habla (*Oliveira, 2011*). La edad de inicio de la tartamudez persistente del desarrollo se encuentra principalmente entre los 2 y 5 años (*Bloodstein, 2006*).

Durante décadas se entendió que la Tartamudez dependía de un componente endógeno de tipo emocional tanto para su inicio, como para su persistencia o exacerbación (*Johnson, 1955*). Este es uno de los motivos por los que la Disfemia en preescolares no ha sido suficientemente estudiada. La concepción dominante, era que la Tartamudez y las disfluencias evolutivas partirían de una entidad única, que en la mayoría de los casos remitiría espontáneamente y, en los menos, persistiría debido a la toma de conciencia de la misma a causa de factores externos, fundamentalmente la presión familiar (*Johnson, 1959*). En este punto, las indicaciones clínicas eran “no hacer nada” ante un niño que comenzaba a tartamudear.

Esto ha dejado sin tratamiento a los preescolares y ha provocado un vacío en investigación sobre Disfemia durante esta franja de edad y, por supuesto, sin evidencias sobre la posibilidad de mejoría o no según las diferentes actuaciones posibles.

Actualmente, se estudia cada vez más la Tartamudez preescolar con el fin de encontrar explicaciones etiológicas y tratamientos lo más efectivo posibles. Parece que los especialistas, investigadores y clínicos, cada día tienen más clara la etiología, así como los criterios para diagnosticar el riesgo de Disfemia en niños que comienzan a tener disfluencias. Actualmente, con ya más de una década de intervención temprana en Tartamudez existen evidencias clínicas que nos hablan de grandes posibilidades de mejoría e incluso remisión.

JUSTIFICACIÓN DEL ALGORITMO

Factores de Riesgo y Signos de Alerta:

Para poder llevar a cabo el presente algoritmo se han tenido en cuenta como “Factores de Riesgo” los dos criterios con mayor peso en la toma de decisiones por ser los más significativos en los estudios poblacionales y los restantes, denominados “Signos de Alerta”, nos ayudarán en la toma de decisiones en aquellos casos en que los Factores de Riesgo no estén presentes.

Actualmente los logopedas manejamos ya, algunos criterios para pronosticar la persistencia de la Tartamudez. El principal obstáculo para un diagnóstico temprano se encuentra en la dificultad para discernir entre los niños que presentan Tartamudez Persistente del Desarrollo de aquellos que pasan por un proceso de disfluencias evolutivas fruto de la evolución del lenguaje. Sabedores de la dificultad que entraña para el pediatra elaborar una evaluación exhaustiva del habla y de la necesidad de tiempo para ello, elaboramos un algoritmo que ayuda a tomar decisiones de manera sencilla y clara.

LOS FACTORES DE RIESGO:

1. Presentar antecedentes familiares. Los datos que se desprenden de los estudios epidemiológicos muestran que en el 60-80% de los casos presentan antecedentes familiares de Tartamudez (*Sangorin, 2005*) (*Wittke-Thompson JK, Ambrose N, Yairi EC, 2007*).

2. Que la edad de inicio sea de más de 5 años. Este factor tiene que ver directamente con su diagnóstico diferencial: las disfluencias evolutivas. Estas forman parte de un proceso dentro del desarrollo del habla que se da entre los 2 y 5 años (*Bloodstein, 2006*). Por tanto, más allá de esta edad, la aparición de un proceso disfluyente ya no pasaría por esta etapa evolutiva, sino que sería, con casi total seguridad, una aparición tardía de Tartamudez Persistente.

SIGNOS DE ALERTA:

1. Más de 3 meses desde la aparición. En la mayoría de la bibliografía que revisamos el tiempo medio para las disfluencias evolutivas fue de menos de 6-12 meses (*Andrade, 2006*), dado que el cuadro se basa en unos criterios clínicos complejos y sumatorios, hemos valorado como medida de corte los 3 meses, puesto que a partir de este momento el niño con disfluencias motoras corre el riesgo de comenzar a desarrollar comportamientos de evitación, fuerza, mutismo, frustración, etc que será necesario intervenir cuanto antes (*Escobar y Pereira, 2016*).

2. Disfluencias atípicas o motoras. La evaluación y clasificación de las disfluencias, ha sido muy estudiado y con conclusiones contradictorias. Las clásicas medidas cuantitativas de las disfluencias en cuanto a su frecuencia (porcentaje de palabras tartamudeadas) y severidad (duración de cada disfluencia) no parecen ser, según una revisión bibliográfica de *Yairi* (2005) el criterio más fiable para “pronosticar” un riesgo de persistencia. Lo que *Yairi* propone es, por tanto, una evaluación de tipo cualitativo de las mismas. Para *Gregory y Hill* (1999) las disfluencias pueden ser clasificadas en: TÍPICAS, aquellas que sufren de manera temporal los niños de entre 2 y 5 años y ATÍPICAS, propias de un comportamiento disfémico, es decir persistente. En esta clasificación se incluirían el mismo tipo de disfluencias que en la realizada por *Yates* (1982) donde nos habla de dos tipos de disfluencias, FÁSICAS y ÁRTRICAS, que tendrían su origen en una actividad cortical y subcortical, respectivamente.

Esto es, las fásicas, harían referencia a las disfluencias por motivo gramatical y las árticas, a las que tienen causa motora. Las disfluencias fásicas se deberían a una discordancia entre el nivel gramatical adquirido por el niño, el nivel de exigencia ambiental y su velocidad de procesamiento. A medida que el niño va adquiriendo más competencias lingüísticas las disfluencias fásicas se verán reducidas (*Hollister, Van Horne & Zebrowski, 2016*). Por otro lado, las disfluencias árticas hacen referencia a una disfuncionalidad en la inervación muscular, provocando altos niveles de actividad en los músculos de la laringe (*Freeman, 1978*), fundamentalmente espasmos, contracciones o temblores en la glotis (*Bohnen, 2016*). En esta misma línea, *Alm* (2016) confirmó que existía un “componente laríngeo previo en la tartamudez” lo que significa una implicación primero en los músculos de la glotis en concreto en aquellos que intervienen en el movimiento de las cuerdas vocales.

Parece claro, por tanto que, aunque similares desde el punto de vista acústico o lingüístico, el origen será diferente.

Conscientes de la dificultad de dicha valoración desde la consulta de pediatría facilitamos unas preguntas breves que el pediatra puede realizar a los padres con el fin de que estos identifiquen lo más fiable posible la tipología/cualidad de las disfluencias.

3. Comportamientos secundarios. Estas conductas o reacciones físicas, verbales o emocionales han sido consideradas ya como criterio de riesgo de Tartamudez Persistente del Desarrollo. Así La ASHA (*American Speech-Language-Hearing Association*) publica en su revista digital un cuadro con las características de la Tartamudez Persistente y las disfluencias evolutivas. En esta publicación se introducen como características de riesgo de Disfemia, no sólo los comportamientos primarios de la Tartamudez, es decir, los subtipos de disfluencia, sino también, otros comportamientos de tipo secundarios o reactivos. En Brasil, donde ya disponen de un *screening* para diagnóstico diferencial las reacciones de los niños ante sus disfluencias son consideradas también, como riesgo de persistencia (*Andrade, 2006*).

Estos comportamientos pueden ser de varios tipos: FISIOLÓGICOS: tensión en cara o cuerpo, fuerza asociada, tics, movimientos corporales asociados, etc. VERBALES: mutismo, regresión o disminución de las emisiones lingüísticas antes alcanzadas, muletillas, sinónimos. Dar giros en el discurso para evitar esa palabra, etc. EMOCIONALES: reacciones en el momento de la disfluencia de frustración, enfado, comportamientos de escape o evasión, llanto, etc.

Relación entre Persistencia de Tartamudez y Comportamientos Secundarios

A pesar de la relevancia de las reacciones secundarias como factor de riesgo de Disfemia, no hemos hallado estudios longitudinales que confirmen esta relación en niños menores de 5 años. Pese a lo que se venía “suponiendo” los niños menores de 6 años pueden presentar “conciencia de dificultad ante las disfluencias motoras” (*Escobar y Pereira, 2016*). Los resultados de dicho estudio concluyeron que el 86% de los niños con disfluencias desarrollaron comportamientos secundarios, incluso ya desde los primeros días. Este estudio de tipo transversal no pudo realizar un seguimiento para comprobar el grado de correlación entre los comportamientos secundarios y la persistencia. *Vanryckeghem (2005)* y (*Boey, 2009*) confirmaron también en sus investigaciones que los niños que comienzan a tartamudear son conscientes de su proceso disfluyente entre el 50% y 56% de los casos y desarrollan comportamientos secundarios. Si bien no se ha constatado en estudios longitudinales la correlación entre estos comportamientos secundarios y la Disfemia.

Para los clínicos es fundamental poseer herramientas objetivas, basadas en evidencias e investigaciones, que nos ayuden a diagnosticar lo más tempranamente posible el Riesgo de Disfemia. Debido al alto riesgo de desarrollar comportamientos secundarios que agraven un cuadro primario y sencillo de Disfemia, la intervención temprana favorecerá enormemente la remisión o reducción de la Tartamudez.

►►► **BIBLIOGRAFIA:** (por orden alfabético)

1. Andrade CRF. Gagueira infantil: risco, diagnóstico e programas terapêuticos. Barueri: Pró Fono; 2006.
2. Bloodstein O. Some empirical observations about early stuttering: A possibly link to language development. *J Commun Disord.* 2006;30:185-91.
3. Boey, R. A., Wuyts, F. L., Van de Heyning, P. H., De Bodt, M. S., & Heylen, L. (2007). Characteristics of stuttering-like disfluencies in Dutch-speaking children. *Journal of fluency disorders*, 32(4), 310-329.
4. Bohnen. (febrero, 2016) Movimientos Laríngeos Durante La Tartamudez y las implicaciones en la terapia. Ponencia en el I Congreso Internacional de Trastornos de la Fluidez, Barcelona, 2016.
5. ASHA: Coleman (2013) <http://blog.asha.org/2013/09/26/how-can-you-tell-if-childhood-stuttering-is-the-real-deal/>
6. Escobar R. y Pereira M. Conciencia de Tartamudez y Comportamientos Secundarios en niños de 2 a 6 años. Poster presentado en el XIII Congreso de la AELFA. Bilbao, julio de 2016.
7. Freeman, F. J., & Ushijima, T. (1978). Laryngeal muscle activity during stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 21(3), 538-562.
8. Hollister, J., Van Horne, A. O., & Zebrowski, P. (2016). The Relationship Between Grammatical Development and Disfluencies in Preschool Children Who Stutter and Those Who Recover. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1-13.
9. Johnson, W. (1955). A study of the onset and development of stuttering. In W. Johnson & R. R. Leutenegger (Eds.), *Stuttering in children and adults* (pp. 37-73). Minneapolis, MS: University of Minnesota Press.
10. M. Johnson w. et all, (1959) *The onset of stuttering*. Minneapolis: University of Minesota Press.
11. Oliveira, C. M. C. D., Souza, H. A. D., Santos, A. C. D., Cunha, D., & Giacheti, C. M. (2011). Risk factors in the familial and sporadic developmental stuttering. *Revista CEFAC*, 13(2), 205-213.
12. Per Alm (2016) ponencia en Congreso De Trastornos De La Fluidez, Barcelona 2016.
13. Sangorrín, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *Revista de Neurología*, 41(1), 43-46.
14. Throneburg, R. N., & Yairi, E. (2001). Durational, Proportionate, and Absolute Frequency Characteristics of Disfluencies A Longitudinal Study Regarding Persistence and Recovery. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44(1), 38-51.
15. Vanryckeghem, M., Brutten, G. J., & Hernandez, L. M. (2005). A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of fluency disorders*, 30(4), 307-318.
16. Wittke-Thompson JK, Ambrose N, Yairi EC, Cook EH, Ober C. et al. Genetic studies of stuttering in a founder population. *J Fluency Disord.* 2007;32:33-50.
17. Yairi, E., & Ambrose, N. G. (2005). Early childhood stuttering for clinicians by clinicians. Pro Ed.
18. Yairi, E., Ambrose, N., & Cox, N. (1996). Genetics of Stuttering A Critical Review. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 39(4), 771-784.
19. Yates, A. J. (1982). Tartamudeo. *Terapia del comportamiento*. 6ª ed. México: Trillas, 127-54.