

## Parámetros de valoración diagnóstica y de evolución en la disfemia del adulto

A. SANTAMARÍA TORROBA\*, M. GUZMÁN ARIZA\*, L. SÁNCHEZ PUEYO\*\*, M. MARÍN REDONDO\*\*\*

\*Médico residente del Servicio de Rehabilitación. \*\*Logopeda del Servicio de Rehabilitación. \*\*\* Jefe del Servicio de Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Resumen.**—La disfemia es un síndrome caracterizado por tartamudez, síntomas motóricos y vegetativos. Es frecuente en la infancia y con los años tiende a disminuir su intensidad. Hemos hecho una revisión bibliográfica mediante búsqueda en la base de datos médico Medline de los parámetros de valoración y las escalas logofoniatricas para identificar la conducta del tartamudeo e identificar los factores que facilitan esta disfluencia a largo plazo. Además, como otras alteraciones del lenguaje, la disfemia no es bien conocida por los profesionales de la medicina y creemos que es absolutamente fundamental que el trabajo que desarrolla el terapeuta de la voz sea coordinado y dirigido por un médico especialista en Rehabilitación; a pesar de que sólo el diplomado en logopedia sea el único profesional que pueda abordar directamente el problema.

**Palabras clave:** *Rehabilitación. Disfemia. Tartamudez. Disfluencia. Electroencefalograma.*

### DIAGNOSTIC ASSESSMENT AND EVOLUTION PARAMETERS IN ADULT DYSPHEMIA

**Summary.**—Dysphemia is a syndrome characterized by stuttering, motor and vegetative symptoms. It is frequent in childhood and its intensity tends to decrease over the years. We have carried out a bibliographic revision by searching in the Medline medical database on the assessment parameters and logophoniatic scales to identify the behavior of the stut-terer and to identify the factors that facilitate this long term dysfluency. In addition, as other language disorders, dysphemia is not well known by the medical professional workers and we believe that it is absolutely fundamental that the work carried out by the voice therapist be coordinated and directed by a physician specialized in Rehabilitation, even though the specialist with a diploma in logopedics is the only professional who can directly approach the problem.

**Key words:** *Rehabilitation. Dysphemia. Stuttering. Dysfluency. Electroencephalogram.*

Trabajo recibido el 7-II-01. Aceptado el 19-XI-01.

### INTRODUCCIÓN

La disfemia es un trastorno funcional de la expresión oral que afecta a la fluidez del lenguaje, al pasar de una sílaba a otra, de una palabra a otra o de una frase a otra (1). La Sociedad Americana del Lenguaje define a la disfemia como el desorden del ritmo del lenguaje y tics debidos a psiconeurosis, sinónimo de tartamudez (2).

En la cuarta edición de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (tabla 1) (3), el tartamudeo se clasifica junto con los trastornos de comunicación y se define como la alteración de la fluidez normal y del patrón del habla, que consiste en uno o más de los siguientes elementos: repeticiones de sonidos, prolongaciones, interjecciones, pausas dentro de palabras y sustituciones evidentes de palabras para evitar el bloqueo audible o silencios. Del amplio espectro de síntomas presentes, los tres componentes más característicos del síndrome son la tartamudez (bloques, repeticiones de sílabas, pausas inadecuadas, taquilalia, sustitución de elementos verbales); la logofobia o miedo morboso a hablar y los síntomas motóricos o balbismos (movimientos asociados, involuntarios e irregulares incluidos en el mismo acto respiratorio). Además añadir la alta incidencia de morbilidad psíquica, como la frustración, la ansiedad y la depresión en la disfemia crónica.

### EPIDEMIOLOGÍA

Entre la población general, la prevalencia del tartamudeo es de alrededor de un 1% pero la incidencia estimada es del 3%. Predomina en varones (60-80%) (4,5) en un 90% de los cuales aparece antes de los 10 años, habiendo dos picos de debut, uno es entre los dos y tres años y medio y el otro entre los cinco y siete años. Con los años posteriormente tiende a dis-

minuir su intensidad hasta el punto de ser un hallazgo poco frecuente en ancianos. Entre los tres y cinco años es la edad de la «tartamudez fisiológica normal», repiten de cinco a seis palabras. En estos casos debemos indicar tanto a padres como a familiares que no deben corregir ni hacer ningún comentario (6).

Es un trastorno más frecuente entre los miembros de la familia del niño afectado que en la población general (5, 6).

### ¿CÓMO CLASIFICAR Y CUAL ES EL CURSO MÁS PROBABLE DE ESTA DISFLUENCIA?

La mejor terapia es siempre la preventiva, que va unida al diagnóstico precoz; por eso se consideran criterios de detección de disfemia la presencia de titubeos durante más de seis meses o más allá de los cuatro años en cualquier contexto, o la presencia de más de tres disfluencias al inicio o a la mitad de las palabras, a partir de una muestra de 300 a 500. Hay que tener en cuenta que para Johnson (7) entre los 3-4 años hay repeticiones silábicas y dubitaciones en el 50% de los niños y que Davis (8) considera dentro de la normalidad hasta una tasa de 45 dubitaciones por 1.000 preescolares.

Algunos autores consideran que en determinadas disfemias, habría un predominio de componentes fásicos (ligados a la actividad cortical, al desarrollo y uso del lenguaje); mientras que en otras predominarían los de componente ártico (subcorticales, muy dependientes de las habilidades motrices articulatorias y respiratorias). Por ello, en el primer supuesto se insistiría más en el desarrollo y la maduración lingüística y afectiva y en el segundo en las destrezas psicomotrices, logocinéticas, respiratorias y fonoarticulatorias y en la relajación (8).

En el curso evolutivo de los disfémicos, asistimos a un período de desarrollo o instauración del síndrome, cuando aún no se ha fijado el patrón expresivo y cabe hablar de una regresión del mismo esto corresponde a edades infantiles tempranas; y por otro lado, a una disfemia persistente o crónica, establecida, que ocurre en etapas próximas a la adolescencia y en el adulto (clasificación de Andrews y Harris, 1964) (9).

Se han descrito cuatro fases de evolución gradual: en la primera, el tartamudeo ocurre en el período preescolar y tiene un alto nivel de recuperación; la segunda en relación a la educación primaria; la tercera de los ocho años hasta la vida adulta, aparece y desaparece en gran medida como respuesta ante situaciones específicas (como hablar en clase, con extraños, comprar en tiendas, con el uso del teléfono) y la cuarta fase aparece en la etapa final de la adolescencia y en la vida adulta.

TABLA 1. Criterios para el diagnóstico de tartamudeo.

A. Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes fenómenos:

- 1) repeticiones de sonidos y sílabas,
- 2) prolongaciones de sonidos,
- 3) interjecciones,
- 4) palabras fragmentadas (p. ej., pausas dentro de una palabra),
- 5) bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)
- 6) circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas),
- 7) palabras producidas con un exceso de tensión física
- 8) repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., «Yo-yo le veo»).

B. La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

C. Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.

Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

Reproducido con permiso. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. © Masson S A., Barcelona, 1995.

Existe otra clasificación (Van Riper, 1971) (10, 11) que diferencia entre tartamudez tónica, la que presentan los sujetos con tensión muscular alta y persistente junto con respuestas fijas, y una tartamudez clónica, caracterizada por la presencia de pequeñas series de espasmos o sacudidas rítmicas e involuntarias que producen repeticiones al hablar acompañándose o no de tensión muscular.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El disfémico teme las palabras, los sonidos y las situaciones, realiza sustituciones de palabras y circunloquios, acompañándose de un enrojecimiento del rostro, sudoración de frente y manos, dilatación de pupilas manifiesta, parpadeo, tics, temblor en los labios o en la mandíbula; de ahí que el diagnóstico sea fácil, antes de que hable (12).

La alteración es lo suficientemente grave como para interferir en el rendimiento escolar del adolescente; ya que las emociones negativas desagradables que se crean en el tartamudo y sus interlocutores en la comunicación reducen ésta a niveles mínimos y normalmente le dificultan en grado sumo el aprendizaje de habilidades sociales y de comunicación. El tartamudeo crónico del

adulto puede conducir a complicaciones como la limitación en la elección y promoción del puesto de trabajo.

## ETIOLOGÍA

Son pocas las referencias a los aspectos sociales de la tartamudez que se puedan rastrear en la bibliografía. En cualquier caso hacen referencia a dos cuestiones; la primera es relativa a la génesis de la tartamudez y está relacionada en general con la génesis de todos los problemas en los niños (13); la segunda plantea los problemas de comunicación que como ser social surgen en el tartamudo consciente de que tiene un problema.

Aunque la causa de la tartamudez es desconocida, ha resultado útil asumir un origen multifactorial, con aspectos orgánicos, psicológicos y sociales. El modelo bio-psico-social permite explicar de un modo más complejo la sintomatología específica de la tartamudez.

No es posible explicarla únicamente con un origen orgánico, centrado en el fallo del hemisferio izquierdo, sino que la percepción de los elementos para el sujeto que tartamudea y las características personales del mismo como la actitud que tiene el individuo hacia la tartamudez y la capacidad para hacer frente al síntoma, sostienen una causa psicológica.

Además de la génesis del comportamiento humano en las condiciones sociales y el estudio del ambiente en las que vive el individuo, la actitud que hacia la tartamudez y hacia el individuo disfémico tienen los padres, los educadores, los compañeros de trabajo son aspectos de este desorden que deben tenerse en cuenta, así como el estudio de las condiciones que posibilitan una mayor fluidez y un menor riesgo de trastorno de comunicación (14, 15).

El interés de esta revisión se basa en la necesidad de tener el diagnóstico completo de la alteración del habla y del lenguaje en la disemia del adolescente y del adulto y así tomar decisiones en cuanto al procedimiento de intervención terapéutica. Asumiendo el reto de que la evolución difícilmente es previsible una vez instaurado el tratamiento, por la dificultad que conlleva el mantener los avances conseguidos (en cada sesión de rehabilitación) en el momento de ser aplicados a la vida cotidiana del individuo disfémico.

## ¿CÓMO DIAGNOSTICAR ESTE TRASTORNO? ¿CÓMO EVALUAR LA REPERCUSIÓN?

El paciente que tartamudea es dirigido al Servicio de Rehabilitación desde la consulta de Atención Primaria. En una primera visita se le realiza una anamne-

sis que recoge la edad, sexo y como antecedentes personales se interroga sobre existencia de alergias, toma de medicación habitual, hábitos tóxicos (tabaco y drogas), subrayamos la presencia de ciertas enfermedades más frecuentemente relacionadas con disemia como son las enfermedades metabólicas (la hipomagnesemia fue encontrada en el 47% de los niños tartamudos) (16) y las neurológicas (enfermedad de Parkinson, distonías, síndrome de la Tourette (17), accidente cerebrovascular) (18).

Todo tratamiento debería iniciarse con una evaluación previa diagnóstica, más aplicable a adolescentes y adultos, para establecer cómo se encuentra el disfémico en el momento de la detección del problema, teniendo en cuenta el proceso evolutivo de adquisición de la lengua, tanto personal como normativo.

Por tanto los puntos básicos son:

1. Con el análisis del registro del habla espontánea, así como del lenguaje repetido mediante la descripción de un dibujo, o respuestas sobre su propia persona, o mediante la lectura, se determinan los siguientes aspectos de la tartamudez:

- Errores de dicción: número de repeticiones de sílabas, pausas en un lugar inadecuado del discurso (pausas a mitad de la palabra), número de bloqueos de inicio de palabra.

En el discurso de una persona no disfémica surgen frecuentemente errores de dicción que pueden ser considerados como síntomas o respuestas de tartamudeo en aproximadamente un 3% de las palabras emitidas (7).

- Síntomas motóricos o balbismos (tensión muscular en especial en la cara y en el cuello), esto es, enumerar los músculos implicados al hablar, sobre todo los movimientos de cejas, tensión en los labios, cierre de los ojos, movimiento de los pies.

2. Entrevista al adolescente y al adulto mediante los siguientes tests:

- Escala de WINGATE (gravedad objetiva de la tartamudez) (tabla 2) (19).

- Media de las actitudes ante la comunicación ó E A C (gravedad subjetiva) (tabla 3).

- Autoinforme escrito y así obtener un listado de las situaciones en las que se tartamudea (valorar con qué personas tartamudea más, ante qué situaciones, etcétera, jerarquizándolas según el grado de dificultad). Pretende el conocimiento del propio trastorno mediante la definición del grado y tipo.

3. Entrevista estructurada a los padres (con presencia de ambos padres) mediante cuestionarios aplicables a padres de niños desde 14 a 18 años, con el

TABLA 2. Evaluación de la tartamudez, M. E. Wingate (1977), (Traducción J. A. I. Carrobles).

1.- Datos personales					4.- Historia familiar			
Nombre _____	Edad _____	Sexo _____	Educación _____	Ocupación _____	Familia	Por parte	Por parte	
Dirección _____	Tel.: _____				Paciente inmediata	del padre	de la madre	
Padre _____	Edad _____	Educación _____	Ocupación _____					
Madre _____	Edad _____	Educación _____	Ocupación _____					
		Hermanos _____	Hermanas _____					
Hermanos (edades) _____					Tartamudez _____			
Otras personas en la familia _____					Zurdera _____			
					Gemelos _____			
					Otros defectos de lenguaje _____			
2.- Estado actual del problema					5. – Experiencia			
Descripción: Rasgos del habla (tipo predominante), características secundarias (naturaleza y extensión), gravedad (según «Cuadro-Guía para Evaluación Gravedad»).					A - Actitud hacia la tartamudez:			
A - Descripción del examinador					1- -El paciente _____			
B - Autodescripción del paciente					2 - Los padres _____			
C - Variabilidad - relatividad:					3- Otros (hermanos, profesores, compañeros, empleados) _____			
1 - Descripción narrativa					B - Tratamiento o intentos de solución del problema:			
2 - Especificidad situacional:					C - Explicación sobre las causas del problema:			
a) periodicidad					1 - El paciente _____			
b) situaciones o individuos					2 - Los padres _____			
c) extremos (cuando peor, cuando mejor, cuando ausente)								
d) circunstancias especiales:								
estando solo _____ con animales domésticos _____								
con niños _____ teléfono _____ en grupo _____								
leyendo en voz alta _____ cantando _____								
cuando está furioso _____ excitado _____								
relajado _____ cansado _____ de buen humor _____								
D - Técnicas de control. _____								
3. - Historia del problema								
A - Historia del tartamudeo: _____								
B - Desarrollo del lenguaje: Edad de comienzo (meses)								
12, 12-17, 18-23, 24-29, 30-35, 36-41, 42-48								
1 - Utilización: Palabras _____								
Combinaciones de palabras _____								
Experiencias relacionadas _____								
2 -Otros problemas de lenguaje								
cuando _____								
de qué tipo _____								
tuvo que asistir al especialista _____								
actualmente _____								
está en tratamiento _____								
C - Historia médica:								
1 - Condiciones de nacimiento _____								
2 - Accidentes _____								
3 - Enfermedades _____								
D - Problemas escolares:								
1 - Académicos _____								
2 - De ajuste _____								
E - Descripción de la personalidad:								
1. - General _____								
2. - Rasgos característicos _____								
3. - Características especiales: nervioso _____								
sensible _____ se chupa el pulgar _____								
se muerde las uñas _____ pesadillas _____								
enuresis _____ problemas alimenticios _____								
miedos _____ otras _____								
F - Lateralidad _____								

  

EVALUACIÓN GLOBAL		EVALUACIÓN DESCRIPTIVA	
	Frecuencia (por palabras habladas)	Esfuerzo	Rasgos secundarios
Muy Ligera	1/100 (1%)	Ninguna tensión aparente.	Ninguno
Ligera	1/50 (2%)	Tensión perceptible pero con «bloques» superados con facilidad.	Mínimos (ojos abiertos, parpadeos, movimiento de la musculatura facial).
Moderada	1/15 (7%)	Clara indicación de tensión o esfuerzo; de unos 2 segundos de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial.
Grave	1/7 (15%)	Clara indicación de tensión o esfuerzo; de unos 2 - 4 segundos de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial.
Muy Grave	1/4 (25%)	Esfuerzo considerable; 5 ó más segundos de duración; intentos repetidos y consistentes	Actividad muscular enérgica, facial u otra cualquiera.



TABLA 3. Escalas de Ericson (1969).

<i>Medida de las Actitudes ante la Comunicación</i> <i>Revisión de Andrews y Quilter (1974) (Traducción de J Santacreu)</i>		
Coloque un aspa (X) debajo de la columna de verdadero (V) o falso (F) según esté de acuerdo o no con las afirmaciones de cada ítem.	V	F
1. Normalmente siento que causo una buena impresión cuando hablo	_____	_____
2. Para mí es fácil hablar con gente importante	_____	_____
3. Yo deseo más que ninguna otra cosa poder hablar mejor	_____	_____
4. No se puede conseguir mucho discutiendo, defendiendo tu postura con argumentos	_____	_____
5. Encuentro fácil hablar con más de una persona (al mismo tiempo)	_____	_____
6. Encuentro fácil mirar a todo mi auditorio mientras hablo a un grupo	_____	_____
7. Me escucho cuando recito en clase	_____	_____
8. Es molesto tener que hablar con mi jefe o mi profesor	_____	_____
9. A menudo estoy en situaciones donde tengo que presentar una persona a otra	_____	_____
10. Me gustaría presentar al conferenciante en un mitin o reunión	_____	_____
11. Nunca salí voluntario en la escuela o instituto a decir la lección o contestar a una pregunta	_____	_____
12. La sola idea de tener que hablar en público me da miedo	_____	_____
13. Para mí algunas palabras son más difíciles de decir que otras	_____	_____
14. No me gustaría nunca tener que presentarme a mí mismo a un extraño	_____	_____
15. Me olvido enseguida de mí mismo después de haber empezado a hablar	_____	_____
16. Soy un buen relaciones públicas	_____	_____
17. La gente a veces se siente molesta cuando les estoy hablando	_____	_____

propósito de conocer el sistema y la estructura familiar, así como de obtener amplia información que nos permita comprender el lugar y papel que ocupa el niño o adolescente en la familia (tabla 4).

El cuestionario para los padres es una valiosa ayuda a la hora de delimitar situaciones; la segunda parte del cuestionario especifica diferentes circunstancias en las que el adolescente tiene falta de fluidez.

4. Exámenes complementarios, como son:

– Test del lenguaje: PPUT, THIBERGE, ITPA.

– Test de personalidad: cuestionario de los 16 factores de la personalidad ó 16 PF; autotest verdadero-falso sofisticado, que tiene la ventaja de que puede ser utilizado en población no clínica y el inventario de estado de ansiedad o STAI mide el estado de ansiedad, con el inconveniente de que las preguntas son muy transparentes (tabla 5).

– Test de inteligencia: Harris, audición dicótica.

En la teoría sobre el origen del tartamudeo, el modelo orgánico (20) se centra en la lateralización incompleta, en el dominio cerebral anormal. Para los organicistas en el habla de los disfémicos existe una mayor implicación del hemisferio derecho sobre el izquierdo. Este hemisferio es un procesador holístico y no está tan bien equipado como el izquierdo para procesar la información segmental (la capacidad necesaria para entender y usar el lenguaje).

– Cartografía, Electroencefalograma (EEG): distintos estudios EEG han descubierto que los varones tar-

tamudos presentan supresión alfa en el hemisferio derecho ante tareas y estímulos verbales; los no tartamudos presentan esta supresión en el hemisferio izquierdo; esto es, el ritmo EEG fue más enlentecido en tartamudos con una significativa asimetría comparada con el grupo control. La teoría sobre el dominio cerebral anormal sostiene básicamente que existe un conflicto entre ambos hemisferios por el control de las funciones del lenguaje.

– Potenciales evocados visuales: existe una reducción de amplitud (P100) de potenciales visuales con una significativa prolongación de las latencias I, III, V (21).

– Tomografía por emisión de positrones ( PET cerebral) en relación al flujo vascular cerebral.

Con todo ello se pretende evaluar la importancia y el tipo de disfluencia; examinar las actitudes y sentimientos hacia sí mismo; su lenguaje y cualquier hecho significativo en su vida cotidiana.

El curso del tartamudeo suele ser largo, con algunos períodos de remisión que pueden durar meses o semanas y recaídas que son más frecuentes en situaciones de comunicación en las que existe presión.

## ¿CÓMO TRATAR A ESTOS PACIENTES?

Aunque un gran número de medicaciones se han utilizado en el manejo de la tartamudez con escaso éxito, haloperidol (22), risperidona y últimamente la

TABLA 4.

Questionario padres		4	3	2	1	0
(C) CASTIGO						
1.	Si tartamudea ¿le hacen repetir lo que ha dicho?					
2.	¿Se ponen los padres de mal humor cuando el niño tartamudea?					
3.	¿Le dicen que no hable delante de ciertas personas?					
4.	¿Le critican o le riñen por su forma de hablar?					
5.	Otros niños, o adultos, ¿le critican o se burlan por su forma de hablar?					
(F) FRUSTRACIÓN						
1.	¿Se enfada por causa de no poder hablar bien?					
2.	¿El niño se siente mal o llora alguna vez por causa de su habla?					
3.	¿Se le ve avergonzado a veces cuando habla?					
4.	¿Se siente rechazado por causa de su habla?					
5.	¿Se siente inferior a otros niños por causa de su habla?					
(A) ANSIEDAD						
1.	¿Se pone nervioso cuando tiene que hablar?					
2.	¿Se le ve inquieto o rígido cuando habla?					
3.	¿Habla peor cuando quiere decir muchas cosas en poco tiempo?					
4.	¿Habla peor cuando está emocionado?					
5.	¿Habla peor según en qué situaciones o según con qué personas?					
(TC) TENSIÓN COMUNICATIVA						
1.	¿Se interrumpen mutuamente (los padres y el niño) al hablar?					
2.	¿Se sienten los padres inquietos y quieren que pare cuando tartamudea?					
3.	¿Tratan a menudo de corregirle?					
4.	¿Se siente molesto el niño si le corrigen?					
5.	¿Se enfada el niño o los padres al hablar?					
(AC) AUTOCONFIANZA						
1.	¿No se atreve a hablar en algunas situaciones?					
2.	¿Desvía la mirada al hablar?					
3.	¿Se muestra inseguro en sus relaciones personales?					
4.	¿No le gusta hablar?					
5.	¿No quiere hablar de su problema?					
C=	F=	A=	TC=	AC=	TOTAL=	
C=	F=	A=	TC=	AC=	TOTAL=	

olanzapina (23) pueden ser opciones terapéuticas utilizadas como apoyo para mejorar un programa reeducador básico.

Dicho programa considera al tartamudeo como una forma de conducta esencialmente aprendida, y no como un síntoma, que puede llegar a variarse; de tal forma que el disfémico logra controlar sus dificultades, modificando en parte, sus actitudes y sentimientos hacia el tartamudeo.

Este enfoque incluye la desensibilización, reduciendo la reacción emocional y el temor que produce el tartamudeo y la acción positiva sustitutoria para controlar el momento del tartamudeo. También se debe considerar la posibilidad de realizar terapia familiar si existe evidencia de disfunciones familiares o de que la

familia contribuya a los síntomas del tartamudo o que sufra estrés como consecuencia de su esfuerzo por ayudar al tartamudo (3).

Los autores anglo-sajones y americanos insisten en los beneficios de informar al sujeto disfémico, proporcionándole un pleno conocimiento real, claro y razonable de la naturaleza de su trastorno. Las técnicas analíticas-correctoras de la disfemia parten de la premisa de obtener un estado de relajación básico, a partir del cual realizar movimientos respiratorios junto con maniobras de facilitación del flujo verbal. La aplicación de las diversas técnicas de relajación muscular (metodología de Jacobson, en niños, basada en la conciencia alterna de contracción isométrica y relajación de cada grupo muscular, o la de Schultz, en adultos,

TABLA 4. STAI. Autoevaluación a (E/R)

Apellidos y nombre.....Edad.....Sexo.....(V o M)  
 Centro.....Curso / puesto.....Estado Civil.....  
 Otros datos.....Fecha.....

A-E

## INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE VD. AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	N	A	B	M
1. Me siento calmado.....	0	1	2	3
2. Me siento seguro.....	0	1	2	3
3. Estoy tenso.....	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.....	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6. Me siento alterado.....	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
8. Me siento descansado.....	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.....	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado.....	0	1	2	3
14. Me siento muy atado (como oprimido).....	0	1	2	3
15. Estoy relajado.....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.....	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19. Me siento alegre.....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3
N (Nada)	A (Algo)	B (Bastante)	M (Mucho)	

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A-R

## INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE VD. EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	C/n	A/v	A/m	C/s
21. Me siento bien.....	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado.....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila serena y sosegada.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
33. Me siento seguro.....	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
39. Soy una persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.....	0	1	2	3
C/n (Casi nunca)	A/v (A veces)	A/m (A menudo)	C/s (Casi siempre)	

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

A/E P D = 30+ \_\_\_\_\_ =  
 A/R P D = 21+ \_\_\_\_\_ =

con una progresión de relajación a partir de órdenes verbales silenciosas que el sujeto se marca) logran mejores resultados terapéuticos en sujetos con un elevado nivel tensional.

De esta manera el sujeto queda menos vulnerable a situaciones difíciles o de cierta conflictividad social y comunicativa; pero como eliminan el tartamudeo sólo temporalmente, se utilizan muy poco (24).

El método basado en recursos facilitadores rítmicos se efectúa mediante un discurso del paciente lento y silabeante, acompañado de movimientos que marcan su compás con las manos y pies. El ritmo lo marca un metrónomo de forma que graduamos el número de sílabas o palabras por minuto; a la vez se procura que el sujeto esté relajado y que coordine los movimientos respiratorios. Poco a poco se pasa a una comunicación verbal más creadora, con palabras y frases. Como apoyo y refuerzo, se aplican técnicas de condicionamiento operante y de desensibilización como la técnica de retroalimentación demorada (RAD) de Goldiamond, en la que el sujeto ajusta la velocidad de su habla a su correcta emisión y a los contextos en que se halla. Si comete algún error retrocede a una cadencia menor, de lo contrario la incrementa (25).

La gran intensidad de la descoordinación respiratoria que aparece asociada al acto de hablar del sujeto disfémico hace que la reeducación respiratoria en la disfemia esté encaminada a lograr un patrón respiratorio correcto.

Este debe ser precoz, ante un espejo y en posición de decúbito supino, en sedestación y bipedestación. Se realiza la inspiración nasal con la coordinación diafragmática, anulando el trabajo muscular cervical y el torácico superior potenciador del balbismo, junto con la coordinación neumofónica y pneumoátrica, tratando de lograr emisiones fónicas homogéneas y continuadas tras la inspiración, primero con sonidos vocálicos y luego con formas silábicas (26).

Desde que el autor Johnson (1961) (27) define la tartamudez como un problema de falta de fluidez en la dicción, entendiendo la fluidez como el flujo suave y fácil de las palabras al hablar, se vienen realizando diversas investigaciones sobre las alteraciones en dicha fluidez verbal.

Con la aplicación de las escalas de valoración, podemos conocer cómo se mantiene dicha fluidez a largo plazo y si logramos prever las posibles recaídas, que siguen siendo un problema para todos aquellos que participamos en los tratamientos del control de la tartamudez; así como el conocimiento de cada una de las variables que se interrelacionan en el tartamudeo, incluyendo los factores genéticos y ambientales (28, 29).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Perelló Gilberga J. Audiofoniatría y Logopedia. Barcelona: Científico-Médica; 1996.
2. Sos Abad A, Sos Lansac ML. Disfemia. En: Sos Abad A, Sos Lansac ML, eds. Logopedia práctica. Madrid: Editorial escuela Española; 1999. p. 87-96.
3. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Tartamudeo y trastorno de comunicación sin especificar. Kaplan H, Sadock B, Grebb J eds. En: Sinopsis de psiquiatría. 7ª ed. Madrid: Panamericana; 1996. p. 1116.
4. Yairi E, Ambrose N. Onset of stuttering in preschool children: selected factors. J Speech Hear Res 1992;35: 782-8.
5. Sangorrín J. Disfemia. En: Peña-Casanova J ed. Manual de Logopedia. Barcelona: Masson; 1998. p. 353-72.
6. Santacreu J, Fragan MX. La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil. Madrid: Pirámide; 1999.
7. Johnson, W. Stuttering in children and adults. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1956.
8. Yates AJ. Tartamudeo. En: Yates AJ ed. Terapia del comportamiento. 6ª ed. México: Trillas; 1982. p. 127-54.
9. Andrews G, Harris M. The syndrome of stuttering. London: Spastics Society Medical Education and Information Unit; 1964.
10. Van Riper C. The nature of stuttering. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971.
11. Van Riper C. The treatment of stuttering. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1973.
12. Fernández-Zúñiga A, Santacreu J, Llavona L. Variables fisiológicas en niños tartamudos. Rev Log Foniatría 1988; 3:25-42.
13. Johnson W. The onset of stuttering. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1959.
14. Yairi E, Ambrose N, Cox N. Genetics of stuttering: a critical review. J Speech Hear Res 1996;77:1-84.
15. Ambrose NG, Cox NJ, Yairi E. The genetic basis of stuttering. J Speech Lang Hear Res 1997;40:567-80.
16. Ardila A, Bateman JR, Nino CR, Pulido E, Rivera DB, Vanegas CJ. An epidemiologic study of stuttering. J Commun Dis 1994;27:37-48.
17. Abwender DA, Trinidad KS, Jones KR, Carro PG, Hymes E, Kurlan R. Features resembling Tourette's syndrome in development stutterers. Brain Lang 1998;6:455-64.
18. Grant AC, Bioussé V, Cook A, Newman NJ. Stroke associated stuttering. Arch Neurol 1999;56:624-7.
19. Wingate ME. Stuttering: theory and Treatment. Washington: Irvington-Wile; 1976.
20. Brosch S, Haeghe A, Kaehne P, Jhannsen HS. Stuttering children and the probability of remission. The role of cerebral dominance speech production. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1999;47:71-6.
21. Kheldir E, El-Nasser WA, Abdel Halerm, Bark MS, Trakhan MN. Evoked potentials and electroencephalography in stuttering. Folia Phon Logop 2000;52:178-86.
22. Lawrence M, Barclay DM. Stuttering: a brief review. Am Fam Physician 1998;21:75-8.



23. Lavid N, Franklin DL, Maguire GA. Management of child and adolescent stuttering with olanzapine: Three case reports. *Ann Clin Psych* 1999;11:233-6.
24. De la Fuente M. La reeducación de la Disfemia: Revisión de técnicas terapéuticas. *Rev Esp Fon* 1993;16(2):62-5.
25. Santacreu J, Fernández A. Tratamiento de la tartamudez. Valencia: Promolibro; 1991.
26. Irwin A. ¿Cómo vencer el tartamudeo? Barcelona: Grijalbo; 1993.
27. Johnson W. Measurements of oral reading and speaking rate and disfluency of adult male and female stutterers and nonstutterers. *J Speech Hear Dis* 1961;7:1-20.
28. Costa D, Knoll R. Stuttering: an update for physicians. *CMAJ* 2000;162:1849-55.
29. Serra M. Trastorno de la fluidez del habla: disfemia y taquifemia. *Rev Logop Fonoaudiol* 1982; 2:69-72.

*Correspondencia:*

Amparo Santamaría Torroba  
Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa»  
Servicio de Rehabilitación  
Avda. San Juan Bosco, 15  
50009 Zaragoza