

## Conceptos básicos de la tartamudez y abordaje

Alicia Fernández-Zúñiga y Marcos de León  
Instituto de Lenguaje y Desarrollo

### Puntos clave

- El lenguaje requiere un aprendizaje complejo de diferentes procesos neurológicos, cognitivos, sociales y emocionales.
- Por medio del lenguaje los niños aprenden a comunicarse con los demás y a ser aceptados por ellos. Para ello, es necesario que aprendan a respetar turnos y a escuchar.
- El lenguaje es más que palabras sueltas. El niño debe aprender a unir las palabras, a formar frases y poder expresar ideas con facilidad.
- Aprender a hablar también requiere movimientos rápidos de los distintos órganos que intervienen en la producción del habla. Es necesaria la sincronización de todos ellos para producir los sonidos y crear las palabras.
- Multitud de factores pueden alterar la correcta evolución del habla e interrumpir el proceso normal del aprendizaje.
- El tartamudeo dificulta la expresión al niño, que desarrolla conductas de esfuerzo y de evitación del habla. Las experiencias negativas van generando ansiedad y sentimientos de frustración hacia la comunicación.
- El tartamudeo se ha encontrado en el 1% de la población, sin haber distinción en razas, niveles de inteligencia y tipos de personalidad.
- La tartamudez no es síntoma de un problema emocional o de un trastorno psicológico. Se sabe que la causa no está relacionada con una dificultad intelectual.
- La detección e intervención temprana es fundamental para prevenir el tartamudeo en el niño y el adulto.
- Se debe referir al niño a un especialista en trastornos de lenguaje para que evalúe y diagnostique el problema.

**Palabras clave:** Tartamudez • Trastornos del habla y comunicación • Prevención e intervención temprana.

Aprender a hablar es una habilidad compleja. El niño debe aprender capacidades lingüísticas, a combinar un gran número de sonidos, las reglas que los rigen para formar palabras y con ellas frases. A medida que crece, el niño va produciendo un mayor número de emisiones que debe aumentar en longitud y complejidad para poder expresarse con propiedad. Pero el lenguaje no es un fin en sí mismo, tiene un sentido al usarlo con los demás y para ello el niño tiene que aprender a relacionarse, saber establecer conversaciones y a ser capaz de mantener las reglas complejas que las rigen. Aprender a respetar turnos, introducir temas y a saber dialogar. En definitiva, adquirir una madurez socio-emocional que le permita relacionarse con el mundo social y saber adaptarse y mantener actitudes diferentes según las distintas situaciones y personas que le rodean. Y de esa forma se es-

tán desarrollando sus emociones y está aprendiendo a controlarlas a expresarlas.

Paralelamente, el niño requiere mejorar sus capacidades de control motor para poder realizar movimientos rápidos con los distintos órganos que intervienen en la producción del habla. Una falta de habilidad en el control motor le puede dificultar el mantenimiento de la fluidez del habla, para producir un flujo suave y fácil de las palabras.

De esta forma, es fácil que los niños pequeños (entre los 2 y los 4 años) a veces no tengan una fluidez total hasta que son capaces de coordinar todos los elementos necesarios para organizar su expresión, controlar sus emociones, desarrollar sus habilidades motoras y sociales<sup>1,2,3</sup>.

Sin embargo, la mayoría de los niños adquieren la capacidad de comunicarse por medio del lenguaje con rapidez, sin

que sus allegados se den cuenta de todo lo que supone adquirir esta compleja habilidad. Solamente se repara en ello cuando ocurren algunas alteraciones en el normal curso de su desarrollo. Así ocurre cuando aparecen problemas de pronunciación o lentitud en la adquisición de las palabras o la capacidad de expresarse con propiedad. Este tipo de dificultades son frecuentes en la población infantil, y al ser más conocidas, la búsqueda de ayuda y derivación suele estar más clara.

Sin embargo, otro tipo de alteraciones, como el tartamudeo, son menos frecuentes y no se suele saber qué hacer y cómo abordarlas. Las alteraciones aparecen con interrupciones de la fluidez del habla con una frecuencia inusual, con frecuentes repeticiones de sonidos, palabras o frases o prolongaciones que generan una gran preocupación en los padres, máxime, si además el niño presenta bloqueos al inicio de las palabras o hace esfuerzos para hablar, mostrando frustración al no poder expresarse.

Además, estas dificultades de fluidez del habla pueden venir acompañadas de otra serie de conductas motoras asociadas. Se observa un aumento de la tensión muscular general, que puede llevar a que el niño muestre gestos, como cierre de ojos, movimientos de cabeza o en los órganos fonarticuladores, así como movimientos en manos o piernas que acompañan al bloqueo de la expresión. A veces, también se puede percibir un aumento del volumen de la voz, indicando que la fonación está siendo forzada<sup>4</sup>.

Aunque este tipo de síntomas suelen aparecer a una edad muy temprana, los padres refieren, habitualmente, que el niño ya se comunicaba sin problemas con anterioridad, lo cual aumenta la perplejidad ante estas manifestaciones.

El *Manual de diagnóstico internacional de trastornos mentales* (DSM IV-TR) describe una serie de criterios para el diagnóstico de la tartamudez (tabla 1)<sup>5</sup>.

## Variabilidad

Sin embargo, las dificultades descritas no se presentan en todos los momentos en que el niño habla. Suelen fluctuar en función de situaciones, personas o de temas que puedan ser de mayor dificultad para él. De esta forma, el niño puede hablar con fluidez en una circunstancia, mientras que en otra no sea capaz de expresarse.

Asimismo, es característico del problema que estos síntomas en el habla del niño desaparezcan al cabo de unos días o semanas, observándose un habla fluida durante un periodo. Igualmente, la dificultad para comunicarse puede volver a surgir, observándose cíclicamente una gran variabilidad, donde el tartamudeo puede aumentar y disminuir por épocas.

De la misma forma, las dificultades de fluidez y formas de expresión son también muy variables y no se presentan siempre de la misma manera, siendo diferentes de un sujeto a otro. Las alteraciones en el habla no se manifiestan de forma gene-

**TABLA 1. Criterios diagnósticos de la clasificación internacional DSM IV-TR para el tratamiento<sup>5</sup>**

- a. Alteración de la fluidez y de 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 (por ejemplo, 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 (por ejemplo, "yo-yo le veo")
- b. La alteración de la fluidez interfiere en el rendimiento académico o laboral o en 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

ralizada, en todo momento, sino que aparecen en ocasiones o situaciones determinadas; por ejemplo, el niño puede controlar la fluidez al hablar con su madre pero no con su padre.

Esta variabilidad en el control del habla depende de diferentes factores individuales, aunque en algunas situaciones de comunicación que suelen ser tensas para el niño, como hablar con desconocidos, en situaciones de presión, con prisa, al expresarse en público, contestar al teléfono, responder a preguntas directas, etc., muestran problemas.

Sorprendentemente, también es habitual que el tartamudeo desaparezca drásticamente en determinadas circunstancias; el niño puede hablar fluido generalmente estando solo o dirigiéndose a niños pequeños o a animales de compañía como tampoco muestra dificultad cuando canta o habla con una cierta entonación<sup>2,10</sup>.

## Remisión espontánea

Otra de las particularidades del tartamudeo es que el problema tiene una tendencia clara a remitir espontáneamente durante la infancia. Los estudios longitudinales indican que entre los 18 meses y los 2 años posteriores a su inicio, tiende a desaparecer, sin intervención profesional. Sin embargo, los datos sobre la proporción de niños que se recuperarán espontáneamente sin terapia son dispares, ya que las investigaciones son muy concluyentes. Algunos estudios indican que entre un 23 y un 80% de los casos remite sin tratamiento y que a lo largo del año siguiente a su aparición el problema se disipa en un alto porcentaje de casos<sup>2,6,7,8</sup>.

Ante estos datos de recuperación espontánea hubo hace años una tendencia en los profesionales a no prestar atención al problema, caracterizándolo de evolutivo y recomendando a las familias esperar a intervenir a los 4 o 5 años.

Sin embargo, los estudios también indican que en una proporción de niños, que presentan faltas de fluidez persistentes, la evolución que se observa es que la dificultad es más frecuente, con épocas fluidas cada vez más cortas y periodos de tartamudeo cada vez más largos y estables. Cuando el problema persiste después de transcurrido un año de su comienzo, existe un mayor riesgo de que el problema se instaure y se mantenga.

En el caso de perdurar a lo largo del desarrollo infantil y prolongarse en la edad escolar, existe un riesgo mayor de que el problema se cronifique. Algunos autores afirman que entre el 20 y hasta el 50% de los niños que presentan excesivas repeticiones en el habla, sufrirán tartamudeo crónico. El transcurso del tiempo hace que la dificultad sea cada vez más difícil de superar, llegando a establecerse en la edad adulta<sup>7,8,9</sup>.

## Inicio del problema

El tartamudeo suele aparecer generalmente en las primeras etapas del desarrollo del lenguaje y entre los 2 y los 4 años<sup>9</sup>. Aproximadamente el 90% de los casos aparece en torno a los 4 años de edad. Se observa que el niño interrumpe con frecuencia la fluidez del habla, haciendo pausas, interjecciones o repeticiones, cuando habla espontáneamente. La dificultad suele aparecer cuando el niño está empezando a hablar de forma más elaborada, formando frases más largas y complejas, lo cual ocurre en torno a los 2 años y medio o 3. Esta etapa es de gran expansión en el desarrollo del lenguaje, así como en el desarrollo neurológico, cognitivo y físico<sup>8,11</sup>.

El inicio de la alteración puede ser lento, con repeticiones leves o vacilaciones, sin signos de tensión, los cuales se van haciendo más frecuentes gradualmente y con amplios periodos de habla fluida. Cuando el comienzo se produce de forma súbita es habitual que esté asociado a situaciones estresantes para el niño, como el nacimiento de un hermano, cambio de domicilio o separación de los padres<sup>9-10</sup>. Sin embargo, estos factores no constituyen la causa del trastorno, aunque se considera que ayudan a mantener la dificultad cuando se ha iniciado.

## Evolución del trastorno

La dificultad no se da de la misma forma en todas las edades, y a lo largo de los años tiene tendencia a modificar sus manifestaciones. En los niños preescolares los errores son

más leves y los periodos fluidos más largos. El niño no muestra evidencia de preocupación ni es consciente de sus interrupciones en el habla, aunque sí pueda manifestar frustración por tartamudear o intentar evitar hablar.

Ante estas alteraciones inconstantes los padres, en su preocupación, tienden a ayudar al niño. Para tratar de evitar sus esfuerzos es frecuente que le den indicaciones cuando se bloquea diciéndole: “Estate tranquilo”, “ve despacio”, “repítelo” o, “respira”. Estos avisos ponen la atención del niño en su expresión disfluyente, transmitiéndole, de forma indirecta, una valoración negativa de su manera de expresarse. El intento de corregir la fluidez alterada del niño suele dificultar más su capacidad para hablar. Es habitual que después de correcciones frecuentes el pequeño se tense al comunicarse y perciba que su forma de hablar es incorrecta y que debe expresarse de otra manera.

Con el paso del tiempo, y por efecto de las reacciones negativas del ambiente hacia el tartamudeo, la gravedad del trastorno tiende a aumentar; los errores van siendo más frecuentes y suele aparecer tensión asociada al habla, conciencia de problema y una tendencia a evitar determinadas situaciones. En la medida en que su desarrollo cognitivo lo permite, (en torno a los 6 o 7 años), puede reflexionar sobre su problema, sentirse mal por ello, mostrar temor a hablar o aparecer ansiedad en situaciones de comunicación. Asimismo, puede ocurrir que el niño procure no decir determinadas palabras o rechace enfrentarse a situaciones que cree difíciles para él o en las que no haya sido capaz de expresarse.

Al alcanzar la edad escolar es frecuente que un niño lleve tiempo tartamudeando, incluso años, y es probable que haya vivido experiencias negativas y frustrantes asociadas a sus dificultades de habla, lo cual suele influir en sus relaciones sociales, en su autoestima y genere una baja confianza en su capacidad para expresarse<sup>1,2,3,10</sup>.

## Prevención

Dada la evolución que presenta el trastorno, los estudios y la clínica indican la necesidad de prevención del trastorno. Cuanto antes se pueda identificar el problema más posibilidades existen de prevenir el tartamudeo crónico. Los datos de los estudios indican que el pronóstico de recuperación es mayor y puede alcanzar un 82%, si el profesional proporciona orientaciones a los padres (sobre cómo afrontar el problema, cómo hablar al niño, no corregir, etc.), antes de que el niño tenga 5 años de edad. Sin embargo, esta proporción se reduce a un 37% si la evaluación del niño se realiza después de los 5 años.

Además, otros autores refieren la importancia de evaluar al niño en el momento en que comienza el tartamudeo para la recuperación del trastorno<sup>8</sup>. Los estudios de niños que superaron la dificultad fueron evaluados en una media de 4

**TABLA 2. Pronóstico de recuperación**

La recuperación es alta, 82%, si antes de los 5 años se dan orientaciones a los padres y disminuye a un 37% si la evaluación es posterior a los 5 años
El tartamudeo desapareció antes cuando se evaluó 4 meses después de iniciado el tartamudeo
Los casos que no se recuperaron fueron evaluados 19 meses después de iniciado el tartamudeo

meses después del haberse iniciado el problema. Sin embargo, aquellos niños que no evolucionaron positivamente habrían sido evaluados en un promedio de 19 meses después de haber comenzado a tartamudear.

Por tanto, los datos de la investigación coinciden con la clínica, que el tartamudeo tiene mejor pronóstico si se evalúa y se interviene de forma temprana, mientras que la permanencia del tartamudeo es un factor negativo para desarrollar un problema crónico, con dificultades más severas<sup>8,10,11</sup>. Si el trastorno persiste en el niño, después de transcurrido un año de su comienzo, existe un mayor riesgo de que el problema se instaure y se mantenga (tabla 2)<sup>6</sup>.

Por tanto, es fundamental detectar la aparición y mantenimiento de alteraciones en el habla en los primeros años, para poder derivar al niño, realizar una evaluación y que reciba el tratamiento preventivo lo antes posible.

Por el contrario, es un riesgo de agravamiento y persistencia del tartamudeo la recomendación a los padres de no preocuparse por el problema, de posponer la intervención y esperar a que desaparezca espontáneamente<sup>2,12</sup>.

## Origen del problema

La etiología es aún desconocida y no se cuenta con datos que proporcionen una explicación global del trastorno. Las investigaciones apuntan a considerar en el origen del problema la implicación de diferentes factores fisiológicos, genéticos y ambientales, como la cognición, la emoción, el lenguaje y las habilidades motoras del niño.

### Factores genéticos

En relación con la alta incidencia familiar y una mayor proporción encontrada en los varones, se ha relacionado el tartamudeo con factores genéticos. Aunque los estudios descartan que el problema sea hereditario, sí hay acuerdo en que existe una predisposición a adquirir la tartamudez, la cual se transmite genéticamente<sup>1,2,13,14,15</sup>. Los datos de la investigación indican que el tartamudeo es tres veces más común en familias de tartamudos que en las de los no tartamudos y se presenta de cinco a diez veces más en hombres que en mujeres. Asimismo, se ha encontrado en un 90% en parejas de

gemelos monocigóticos, frente a un 25% en los dicigóticos. La incidencia de tartamudear entre parientes de tartamudos es de un 14%. Si son mujeres las que tartamudean los familiares tienen mayor riesgo que los familiares de hombres tartamudos<sup>14</sup>.

### Factores fisiológicos

También se han estudiado los aspectos fisiológicos relacionados con la planificación y coordinación del habla, los cuales se ha planteado que pueden incidir en una escasa coordinación de los órganos fonoarticuladores (labios, lengua y cuerdas vocales, etc.), ocasionando una asincronía en los movimientos rápidos que se requiere para hablar. Se cree que estos elementos, de forma aislada o en combinación con otros factores ambientales, pueden favorecer la aparición del trastorno. De esta forma, estas características del sistema motor del habla, se considera que pueden ser un factor de riesgo para tartamudear. Esta explicación tiene su base en el efecto que se produce de disminución del tartamudeo, cuando la persona susurra o cuando mueve sólo los labios al hablar, siendo la reducción del tartamudeo todavía mayor si no emite sonidos<sup>4,8,17,18</sup>.

Dentro de los factores fisiológicos, se ha expuesto también presentar un temperamento sensible e inhibido como posible influencia para presentar tartamudeo. La relación se establece en que el niño, ante situaciones o personas nuevas, reacciona con signos de estrés y tensión muscular y esta mayor sensibilidad se ha asociado con una tendencia mayor a respuestas emocionales como el retraimiento y la evitación<sup>2,16</sup>.

### Factores psicosociales

Dado que el tartamudeo aparece con una gran variabilidad en el contexto social, otro modelo explicativo propone la importancia de los factores psicosociales, los cuales pudieran estar relacionados con el problema. Por un lado, se hace referencia a la actitud negativa de los padres o del interlocutor en la comunicación como un factor determinante en el mantenimiento y afianzamiento del tartamudeo<sup>10,15,16</sup>. El habla disfluyente puede estar causada por un condicionamiento clásico o de asociación de estímulos ambientales (personas, lugares, gestos de desaprobación, etc.), con estímulos físicos (tensión local, presión en pecho, etc.), produciendo esta relación la respuesta de bloqueo. De esta forma, las personas o palabras se convierten en circunstancias que provocan tensión en el niño. Por estos procesos de asociación (condicionamiento clásico), la tensión relacionada con una situación determinada se suele extender a otros contextos diferentes, apareciendo el tartamudeo paulatinamente de manera estable y generalizada<sup>20</sup>.

Asimismo, se ha planteado como factor psicosocial de riesgo un alto nivel de exigencia en los padres, tanto hacia el habla como hacia la conducta del niño. Igualmente, situacio-

nes conflictivas o de estrés que pueda vivir el niño, pueden ser variables que desencadenen el problema en el inicio o que lo afiancen cuando se haya iniciado.

## Factores lingüísticos

El campo del desarrollo lingüístico se ha relacionado con la aparición del trastorno. En la bibliografía aparece ampliamente reflejada la relación de la tartamudez con el retraso del lenguaje. Se han encontrado altos porcentajes, entre un 10 y un 36%, de niños con dificultades en el procesamiento del lenguaje, en diferentes estudios con niños tartamudos<sup>22</sup>. En la investigación y en la clínica se evidencia cómo el tartamudeo aumenta en tareas de diferente grado de dificultad y en función de la cantidad de recursos lingüísticos requeridos. Generalmente, al niño le resulta más fácil denominar que producir emisiones de dos, tres o varias palabras. Igualmente, la organización de la expresión, sin la intervención de un interlocutor, tipo monólogo, le supone menor esfuerzo al hablar y aparecerán menos disfluencias, que en una conversación en la que el niño tiene que prestar atención a la información de la otra persona y ajustarse a ella<sup>2,3,19</sup>.

En resumen, parece que existen datos de que los tartamudos como grupo difieren de los no tartamudos, en aspectos fisiológicos, cognitivos, motores y lingüísticos. Diferentes estudios indican que la tartamudez es una alteración compleja de la que todavía se conoce poco sobre sus aspectos fisiológicos y es posible que existan diferentes subgrupos del trastorno con diferentes etiologías<sup>9</sup>.

Sin embargo, un dato importante a tener en cuenta es que, aunque aún no se conozca el origen del trastorno, la investigación indica algunos factores que es importante modificar o implementar para lograr que el niño se exprese de una forma suave y fluida.

## Incidencia

La incidencia en la población infantil es difícil de determinar por la gran variabilidad individual y evolutiva del trastorno. La alteración varía según el tipo de población.

Los estudios sobre la incidencia de la tartamudez la estiman en un 5% de la población y la prevalencia del trastorno es de un 1%. El mayor riesgo para tartamudear se encuentra entre los 3 y los 4 años en el 50% de los casos, disminuyendo a un 25% en las edades de 5 y 6 años. En la población escolar la incidencia se encuentra entre un 3 y un 4,5%, siendo más alta en preescolares<sup>5,9,12,21</sup>.

El problema se presenta en una proporción mayor de niños que en niñas y a medida que avanza la edad la proporción de varones aumenta, en una relación de 3 a 1, ya que la recuperación espontánea en las niñas es mayor<sup>11</sup>.

El trastorno se ha observado en distintos niveles intelectuales, en todas las lenguas, culturas y niveles sociales,

mientras que no se han encontrado diferencias significativas con respecto al tipo de personalidad.

## Detección y diagnóstico precoz

En los últimos años hay que resaltar que, afortunadamente, la edad de consulta por tartamudeo ha ido disminuyendo. Esto indica una mejora en la información y detección precoz y aunque la edad sea muy temprana (2 o 2 años y medio) no se debe recomendar esperar para intervenir. Con frecuencia, la primera consulta suele ser al pediatra y en ocasiones al profesor o psicólogo; en cualquier caso, es importante referir al niño a un profesional con experiencia en tratamiento de trastornos de lenguaje y habla. La evidencia indica que la derivación a un profesional experto, lo antes posible, puede evitar problemas más graves en el niño y orientar a los padres para que favorezcan pautas de comunicación que ayuden al niño a desarrollar un habla fluida<sup>9,10,11</sup>. Ya se ha visto cómo la remisión espontánea es posible, pero es más difícil si no se valora tempranamente y se proporcionan orientaciones adecuadas a los padres de cómo manejar el problema de su hijo.

El terapeuta del lenguaje debe realizar, en estos casos, una historia clínica del niño con los padres y una valoración del habla del niño. Asimismo, evaluará las circunstancias que rodean al niño en ese momento y determinará el diagnóstico del caso. Con este análisis el terapeuta tomará la decisión de intervenir o no y en qué aspectos<sup>10</sup>.

## Intervención

La intervención que se realice depende de la edad del niño y de las dificultades que muestre. Los programas de intervención temprana (de 2 a 6 años) y primeras etapas de desarrollo del trastorno se llevan a cabo en preescolares, y para períodos posteriores, niños escolares o adolescentes, la intervención es más directa.

### Intervención temprana

Actualmente, los datos de los estudios y los de la clínica están claramente orientados a intervenir tempranamente y antes de la edad escolar<sup>2,11,16</sup>.

La intervención temprana con el niño poco fluido parte de la perspectiva evolutiva del trastorno, que desde las primeras etapas se puede prevenir el establecimiento de un patrón de habla tartamuda<sup>10,23,26</sup>.

Asimismo, existe evidencia de mayor éxito terapéutico en la intervención precoz. La mayoría de estos programas para niños pequeños contemplan como objetivos terapéuticos la orientación a los padres y muchos de ellos también la intervención con el niño. Cuando el problema está en sus prime-

**TABLA 3. Cómo hablar al niño**

Mantener la calma ante las disfluencias. Esperar a que termine sin acabar las frases
Hablar despacio, con pausas entre las frases, sin apresurarse para ser un buen modelo a imitar
Usar un lenguaje sencillo, adecuado a su edad, vocabulario y frases poco complicadas
Atender al niño cuando habla. Mostrar interés en la conversación
Atender al tema de conversación, no a la forma en que el niño habla
No realizar muchas preguntas directas. Usar comentarios en la conversación
No dar recursos o indicaciones de cómo hablar
No poner al niño en situaciones que le sometan a presión para hablar bien
No decir al niño que tartamudea o que tartajea
Si muestra frustración por su falta de fluidez, tranquilizar al niño diciéndole que todo el mundo encuentra dificultades para hablar, alguna vez, y que él también habla fluido en muchas ocasiones

ras fases, hace pocos meses que ha surgido y los errores son de escasa intensidad, generalmente, el asesoramiento a los padres suele ser suficiente y la intervención se realiza solamente con ellos<sup>10,11,16,22</sup>.

El tratamiento incide específicamente en la modificación del ambiente y en cómo adaptar la conducta y actitudes de los padres hacia la comunicación con el niño para facilitar que su expresión sea fluida. Aspectos como no mostrar preocupación por su forma de hablar, mantener la calma y esperar a que termine y no acabarle las palabras o frases cuando repita o se bloquee. En cuanto a cómo hablar con él, se indica cómo hablarle despacio, con pausas entre las frases, sin apresurarse. Asimismo, se debe usar un vocabulario y frases sencillas, adecuado a su edad (tabla 3).

### Tratamiento directo

El enfoque de los tratamientos para escolares, habitualmente, incide en abordar una intervención directa con el niño, dotándole de estrategias para mejorar su fluidez. A esta edad se considera que el niño ya es consciente de sus dificultades, ha adquirido habilidades cognitivas, de autocontrol y metalingüísticas y es posible realizar el tratamiento de forma explícita. En edades de 7 a 12 años los objetivos terapéuticos son más amplios y requieren, habitualmente, abordar otros aspectos sociales, psicológicos y emocionales, además del control del habla<sup>24,25,26,27,28</sup>. Tanto en el tratamiento de preescolares como en los escolares está indicada la incorporación de los padres al tratamiento. El papel de los padres es fundamental en la buena marcha de la terapia.

Asimismo, la importancia que adquiere el colegio y los compañeros a partir de la etapa escolar es muy importante; resulta básico contar con la participación del profesor en la

terapia. El profesor puede proporcionar información sobre el tartamudeo del niño en clase, situaciones, compañeros, etc., y facilitar ayuda en la puesta en práctica de lo aprendido en el tratamiento.

En la adolescencia, como en la edad adulta, también se llevan a cabo tratamientos que pueden ser muy beneficiosos para mejorar la fluidez, favorecer la comunicación social, la interpersonal y el estado emocional del sujeto.

### Bibliografía

1. Van Riper, C. *The Nature of Stuttering* (2.<sup>a</sup> ed.) Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1982.
2. Bloodstein, O. *A Handbook on Stuttering*. San Diego, CA: Singular Publishing Group; 1995.
3. Wingate, ME. *The structure of stuttering: A psycholinguistic approach*. New York: Springer-Verlag; 1988.
4. Starkweather CW. *Stuttering: The motor-language interface*. En Peters HFM, Hulstijn W, Starkweather CW. (eds). *Speech Motor Control and Fluency*. Amsterdam: Excerpta Medica; 1991.
5. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, SA; 2002.
6. Ambrose, NG, Cox, NJ, Yairi, E. The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1997;40:556-66.
7. Mansson H. Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*. 2000;25:47-57.
8. Starkweather, CW. *Fluency and stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1987.
9. Yairi, E, Ambrose N. *Early childhood stuttering*. Austin: PRO-Ed; 2005.
10. Fernández-Zúñiga A. *Guía de intervención logopédica en tartamudez infantil*. Madrid: Síntesis; 2005.
11. Starkweather W, Gottwald S, Halfond M. *Stuttering Prevention: A clinical method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1990.
12. Yairi E, Ambrose N. A longitudinal study of stuttering in children: A preliminary report. *Journal of Speech and Hearing Research*. 1992;35:755-60.
13. Kidd DK. *Stuttering as a genetic disorder*. En R. Curlee y W. Perkins (eds.). *Nature and treatment of stuttering*. San Diego, CA: College Hill; 1984.
14. Felsenfeld S, Kirk KM, Zhu G, Statham DJ, Neale MC, Martin N.G. A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample. *Behavior Genetics*. 2000;30:359-66.
15. Curlee RF, Siegel GM. *Nature and Treatment of Stuttering*. Boston: Allyn and Bacon; 1997.
16. Guitar B. *Stuttering an Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
17. Webster WG. Principles of human brain organization related to lateralization of language and speech motor functions in normal speakers and stutterers. En Hulstijn W, Peters HFM and van Lieshout PHHM. eds. *Speech Production: Motor Control, Brain Research and Fluency Disorders*. Amsterdam: Elsevier; 1997;119-39.
18. Riley J, Riley G. *Speech Motor Training*. En M. Onslow y A. Packman. *The Handbook of early Stuttering intervention*. San Diego, CA: Singular Publishing Group; 1999.
19. Bernstein Ratner N. *Stuttering: A psycholinguistic perspective*. En RF Curlee y JM Siegel (Comps.). *Nature and treatment of stuttering*. New Directions. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon; 1997.
20. Onslow M. *Behavioural management of stuttering*. San Diego, CA: Singular; 1996.
21. Andrews, G. The epidemiology of stuttering. En RF Curlee y WH Perkins (eds.). *The nature and Treatment of Stuttering: New Directions*. San Diego, CA: College-Hill; 1984.
22. Fernández-Zúñiga A. Factores de riesgo en el desarrollo de la tartamudez. En: JM Rodríguez Santos (comp.). *Logopedia: prevención, evaluación, intervención*. Málaga: AELFA; 1994.

23. Onslow M, Packman A. The Lidcombe Program of early stuttering intervention. Awaiting the result of a randomised controlled trial. *Asia Pacific Journal of Speech and Hearing*. 2001;6:85-9.
24. Salgado Ruiz A. Manual práctico de tartamudez. Madrid: Editorial Síntesis; 2005.
25. Hegde MN. Treatment Protocols for Stuttering. United Kingdom: Plural Publishing; 2007.
26. Santacreu J, Fernández-Zúñiga A. Tratamiento de la tartamudez. Valencia: Promolibro; 1991.
27. Fernández- Zúñiga A, Caja R. Tratamiento de la tartamudez en niños. Programa de intervención para profesionales y padres. Barcelona: Elsevier; 2008.
28. Rustin L. Assessment and therapy program for disfluent children. Windsor: Nfer-Nelson; 1991.