

INTERVENCIÓN SOBRE LA TARTAMUDEZ TEMPRANA

Por **A. Rodríguez Morejón**

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

RESUMEN

Investigaciones recientes han hecho que nos replanteemos la cuestión de la intervención en tartamudez temprana. La tartamudez aparece habitualmente entre los 2 y los 5 años, y desaparece sin necesidad de tratamiento en el 80 % de los niños. El problema que se les plantea a los clínicos es decidir ante cada nuevo caso las posibilidades que tiene de recuperarse o terminar padeciendo una tartamudez crónica, para establecer, en consecuencia, el tratamiento más adecuado. En este artículo analizamos un modelo teórico desde el que entender el origen y el mantenimiento de la tartamudez. Partiendo de este modelo y de estudios recientes sobre el tema, ofrecemos unos criterios para elegir la modalidad de tratamiento más adecuada. Por último, revisamos las diferentes técnicas de intervención que se pueden usar para modificar tanto aquellos aspectos ambientales que influyen sobre la tartamudez, como la propia habla del niño.

Palabras clave: Modelos. Tartamudez. Diagnóstico. Intervención temprana. Niños.

SUMMARY

Under the new perspective offered by recent research, early stuttering intervention criteria and treatment perspectives has been review. Usually stuttering onset is between ages 2 and 5 years and disappears without treatment in the eighty percent of the cases. The biggest problem for the clinicians is to decide about the possibilities of every new case, remission vs. chronic stuttering, to choose consequently the most adequate treatment. In this paper we will discuss a theoretical model to understand disorder's origin and maintenance. Departing of this model and recent studies revision on the topic, some criteria to choose treatment modality are proposed. Finally, we will focus on the different therapeutic approaches used to modify both environmental and child's speech aspects.

Key words: Models. Stuttering. Diagnosis. Early intervention. Children.

INTRODUCCIÓN

Entendemos por tartamudez temprana aquella que aparece en los primeros años de vida de un niño, a los pocos meses de haber empezado a hablar, habitualmente entre los 2 y los 5 años de edad. En ese momento el terapeuta del lenguaje debe tomar una decisión difícil sobre el tipo de técnica de intervención utilizada. En la actualidad contamos con un abanico de diversos tratamientos, unos más intrusivos y arriesgados que otros, pero en principio todos eficaces. Al menos todos informan sobre resultados positivos. El problema es que no contamos con estudios comparativos que nos permitan establecer cuál de todos es el más exitoso, o cuál nos ofrece un mejor balance entre los costes (riesgos en este caso) y los beneficios. En este artículo abordaremos el tema de los diferentes modelos de intervención en tartamudez temprana. Para ello, planteamos un primer apartado dedicado a exponer una teoría sobre la naturaleza de la tartamudez, teoría que ha de servirnos como marco de referencia desde el que entender los tratamientos. A continuación ofreceremos un modelo que a nosotros nos resulta útil para decidir la modalidad de intervención apropiada para cada caso. Por último haremos una revisión de las diferentes técnicas propuestas por la literatura especializada.

UNA TEORÍA SOBRE LA NATURALEZA DE LA TARTAMUDEZ

La causa última de la tartamudez es todavía desconocida y esto sin duda genera dificultades a la hora de pensar en posibles tratamientos. En este apartado plantearemos un modelo teórico de partida desde el que entender la tartamudez temprana: el modelo de capacidades y demandas de Starkweather (1987). Ofreceremos una perspectiva posible para entender en qué consiste la capacidad para hablar fluidamente, las demandas que pueden interferirla y una idea sobre el tipo de interacción que se produce entre capacidades y demandas. Por último, nos referimos a las repercusiones clínicas de la visión adoptada.

Etiología desconocida

La etiología de la tartamudez sigue siendo una cuestión no definitivamente resuelta después de 60 años de investigación. La mayoría de los resultados que en algún momento se han dado por definitivos no han conseguido ser verificados por experimentos posteriores. A pesar de ello contamos con algunas evidencias claras. Ya estamos, por ejemplo, en condiciones de afirmar que la tartamudez tiene un componente hereditario, o sea que se transmite genéticamente. Se ha comprobado que las personas que tartamudean tienen más posibilidades de tener descendientes

con riesgo de tartamudear (Ambrose et al, 1993; Andrews y Harris, 1964; Kidd, 1984; Yairi et al, 1996). Incluso los últimos estudios apoyan la posibilidad de que persistencia y recuperación sean también características heredadas; es decir, que los niños que empiezan a tartamudear llevarían inscrito en su código genético predisposiciones a recuperarse espontáneamente o a continuar tartamudeando (Ambrose et al, 1997).

A pesar de ello, todavía no sabemos a ciencia cierta qué es lo que se hereda, es decir, cuál es la característica estructural o funcional responsable última de que las personas tartamudeen. Sí, en cambio, contamos cada vez con más evidencias de que el cerebro de las personas con fluidez funciona diferente en tareas de habla y lenguaje. Concretamente, parece que para procesar material lingüístico las personas que tartamudean tienden a activar preferentemente algunas regiones del hemisferio derecho, al contrario que las personas sin problemas de fluidez que tienden a usar el hemisferio izquierdo (Braun et al, 1997; Kroll y De Nil, 1998; Fox et al, 1996).

En ausencia de conocimientos definitivos sobre el origen del trastorno nos lleva a contentarnos con teorías que tratan de explicar la tartamudez como el resultado de la acción combinada de diferentes factores. En esta línea las teorías más extendidas son las que entienden que en la base del trastorno, y en lo que a su inicio se refiere, deberíamos buscar una mezcla de variables constitucionales y variables ambientales (ejemplos de este tipo de propuestas pueden hallarse en Bloodstein, 1997, o Smith y Kelly, 1997). Nosotros asumimos como modelo teórico el propuesto por Starkweather (Starkweather, 1987; Starkweather y Givens-Ackerman, 1997; Starkweather et al, 1990) que presentaremos a continuación.

La teoría de las capacidades y demandas de Starkweather

La teoría de las capacidades y demandas es uno de estos modelos interaccionales que, por su interés práctico y sencillez teórica, nos parece aconsejable para guiar los pasos de un clínico que tenga que actuar en intervención temprana. Según estos autores, cada uno de nosotros tiene una determinada capacidad constitucional para hablar fluidamente, capacidad que es en un alto porcentaje producto de la herencia (71 % según Andrews et al, 1991). Al mismo tiempo, la fluidez de las personas está sometida a una serie de demandas. Entendiendo por tal cualquier exigencia que ponga a prueba la capacidad. Las demandas pueden provenir de fuentes internas o externas a la persona. Demandas del primer tipo son las que provienen del propio desarrollo del niño, tanto físico, como lingüístico, social o emocional. Las demandas del segundo tipo proceden del entorno, de las personas que nos rodean o de las propias vicisitudes de la vida cotidiana.

Según esta visión de la naturaleza del trastorno, la tartamudez aparece cuando el niño carece de la capacidad de hablar con la fluidez que las demandas ambientales exigen. Nótese que es este un punto de vista muy interactivo, una capacidad solvente sólo se quebrará ante condiciones ambientales extremas, mientras que una habilidad deficitaria será vulnerable a cualquier aumento de la exigencia. La visión que se nos propone, en definitiva, es que entendamos la tartamudez en un fenómeno relativo, que aparece no tanto como consecuencia de un déficit interno, sino como resultado de una incapacidad para responder a las exigencias externas.

Las capacidades: la fluidez como una habilidad

Todos los niños está sometidos a un cierto nivel de exigencia cuando empiezan a hablar, todos crecen y usan un lenguaje cada vez más complejo y, sin embargo, no todos acaban tartamudeando. La razón lógica de la ausencia de problemas es que la mayoría de los niños tiene una capacidad para hablar fluidamente lo suficientemente buena como para resistir el influjo de cualquiera de los estresores que pueden afectar a su habla. En cambio, cuando un niño o una niña nos llegan a consulta con problemas de fluidez, sí podemos sospechar la existencia de una baja capacidad.

¿Cómo entender tal capacidad? Podríamos pensar que, al igual que otras muchas habilidades, la capacidad para hablar fluidamente está constitucionalmente determinada. Por los factores que sea, por un cerebro que no funciona correctamente en tareas de habla, por una mayor lentitud motora o por cualquiera de las muchas hipótesis que la investigación sigue sin demostrar de forma concluyente (Perkins, 1996). Esta capacidad constitucionalmente determinada podemos entenderla además como un continuo (Felsenfeld, 1998; Rodríguez Morejón, 1995; Shapiro, 1999), de forma que en un extremo de éste estarían aquellas personas con una especial facilidad para juntar sílabas (¿los hiperfluidos?) y en el otro aquellas que apenas son capaces de articular palabra sin tartamudear.

Hablamos entonces de una habilidad constitucional y que, podríamos hipotetizar, se distribuye como un continuo. Para hacernos una idea y sin que contemos con pruebas que lo ratifiquen, podríamos atrevernos a pensar que este continuo se distribuye según la curva normal, algo parecido a lo que ocurre con la inteligencia. La siguiente duda es: ¿cómo podemos medir una habilidad de este tipo? o dicho de otra manera ¿cómo identificar de forma temprana a las personas que carecen de esa habilidad? o, si se quiere ¿cómo detectar a aquellos constitucionalmente peor dotados y con más riesgo de desarrollar una disfemia?

Medir la capacidad para hablar fluidamente que tiene un niño de menos de 6 años para hacer juicios sobre su habilidad, supone algo más que establecer su tasa de palabras no

tartamudeadas por minuto o el número de sílabas que tartamudea por cada 100. Supone contar con criterios que permitan decidir si la cantidad, el tipo de errores o los datos de la historia que un niño presenta, le colocan en el extremo inferior del continuo de la fluidez; dicho de otra manera, entre los candidatos a ser etiquetados como “tartamudos”. Los indicadores que permiten reconocer a los peor dotados son los siguientes (Yairi, 1997b; ver también Rodríguez Morejón 2000, para una revisión del tema): la frecuencia (tasa de disfluencias superior al 10 %), el tipo (repeticiones de segmentos de la palabra con más de dos unidades repetidas y prolongaciones), los concomitantes (tensión muscular y movimientos asociados) o la evolución (empeoramiento progresivo de fluidez). Todos estos indicadores se resumen en la figura 1B. Al mismo tiempo los niños cuya tartamudez se acaba cronificando presentan una serie de características comunes (fig. 1C): tienen antecedentes familiares de tartamudez, otros problemas de habla asociados, son preferentemente varones, llevan tartamudeando más de 14 meses y tienen tasas de habla más rápidas de lo normal (Yairi et al, 1996).

Las demandas

Hemos dicho que la capacidad que un niño tiene en un momento determinado puede ser suficiente o no para afrontar las demandas que se están produciendo en un período concreto. Un primer tipo de demandas, las procedentes del propio desarrollo, podemos entenderlas como casi “inevitables”. El niño crece físicamente y sus órganos de articulación se modifican estructuralmente, por lo que se supone una constante reactualización de los patrones motores que producen el habla. El desarrollo del lenguaje impone la necesidad de usos lingüísticos cada vez más complejos desde el punto de vista fonológico, sintáctico, semántico y pragmático. Así por ejemplo, la asociación entre la complejidad sintáctica de la frase y el número de bloqueos está establecida empíricamente (Bernstein Ratner, 1997; Bernstein Ratner y Sih, 1997). También la personalidad del niño se empieza a conformar y se establecen diferencias temperamentales que pueden favorecer el desarrollo de la tartamudez (Guitar, 1998). Este tipo de demandas orgánicas son difícilmente abordables, la única alternativa es intentar modificar el ambiente que influye sobre ellas. Esto es, podemos tratar de ralentizar el aprendizaje del niño pidiendo a los padres que le den modelos lingüísticos más sencillos o sugiriendo al colegio la posibilidad de estudiar las ventajas de que el niño no promocione de curso. Del mismo modo podemos amortiguar la influencia de factores temperamentales haciendo a los padres sugerencias para conseguir aumentar la confianza general del niño.

Por otra parte estarían los estresores provenientes del ambiente que son, probablemente, más susceptibles de ser

Tabla 1. *Disruptores de la fluidez*

<i>Relativos al niño</i>	<i>Relativos al ambiente</i>
<p>Habilidades lingüísticas Retraso del lenguaje Lenguaje demasiado avanzado Problemas articulatorios Dificultades de comunicación</p> <p>Baja tolerancia a la frustración Intentos de llamar la atención del oyente Urgencia para comunicarse Intento de realizar tareas demasiado difíciles</p> <p>Problemas conductuales Problemas para adaptarse a nuevas situaciones Impulsividad Exceso de actividad Intentos de llamar la atención Sensibilidad Nerviosismo Miedos Tendencia a ponerse enfermo</p>	<p>Estrés comunicativo Los padres hablan rápido Turnos de conversación rápidos Exceso de preguntas Superposiciones e interrupciones Directividad de los padres Presiones para hablar Personas que dominan la comunicación Competición por hablar Corrección de patrones de habla Padres no escuchan adecuadamente</p> <p>Estrés interpersonal Rutina familiar agitada o inconsistente Problemas de disciplina Demandas poco realistas Exceso de actividades Competición/comparación con hermanos Poco tiempo con los padres</p> <p>Situaciones estresantes Cambios de domicilio Separación o divorcio Muerte de un familiar Hospitalización de un familiar Hospitalización del niño Enfermedad del niño Pérdida del trabajo de uno de los padres Nacimiento de un nuevo hermano Alguien nuevo viene a vivir a casa Uno o ambos padres pasan largas temporadas fuera de casa Cambios en la rutina de vida como vacaciones o inicio de colegio Grupos grandes de personas Experiencia traumática de cualquier tipo</p>

Tomada de Hill, 1999.

manejados. Aquí incluiríamos los más clásicos como los que tienen que ver con los padres: su forma de hablar, su estilo comunicativo, su nivel lingüístico, o sus reacciones; o los que tienen que ver con factores más inespecíficos: cambios vitales bruscos o estilos de vida acelerados. En la tabla 1 se puede encontrar un resumen amplio de éstos y otros estresores propuestos en la literatura (Guitar, 1998; Hill, 1999).

Una advertencia importante, la presencia de cualquiera de los factores reseñados en la figura 1 no implica que éstos estén necesariamente produciendo un efecto negativo sobre la tartamudez. De hecho, la investigación concluye que ni el habla de los padres, ni el estilo comunicativo de éstos ejerce efectos negativos sobre la fluidez de sus hijos (Kloth et al, 1995b; Nippold y Rudzinski, 1995); y no hay investi-

gaciones que demuestren contingencia directa entre situaciones estresantes e inicio de la tartamudez (Guitar, 1998). Por ello no nos basta únicamente con establecer su presencia, además necesitamos comprobar que tienen efectos negativos sobre la fluidez del niño. Por ejemplo, es muy habitual que establezcamos rápidamente relaciones del tipo: hay un conflicto entre los padres, ello debe estar afectando la fluidez del niño, y mantengamos esa hipótesis como cierta a pesar de que las observaciones de los padres no la ratifiquen.

La interacción entre capacidades y demandas

Hablemos, por último del tipo de interacción que se propone entre las dos variables. La versión clásica es que se

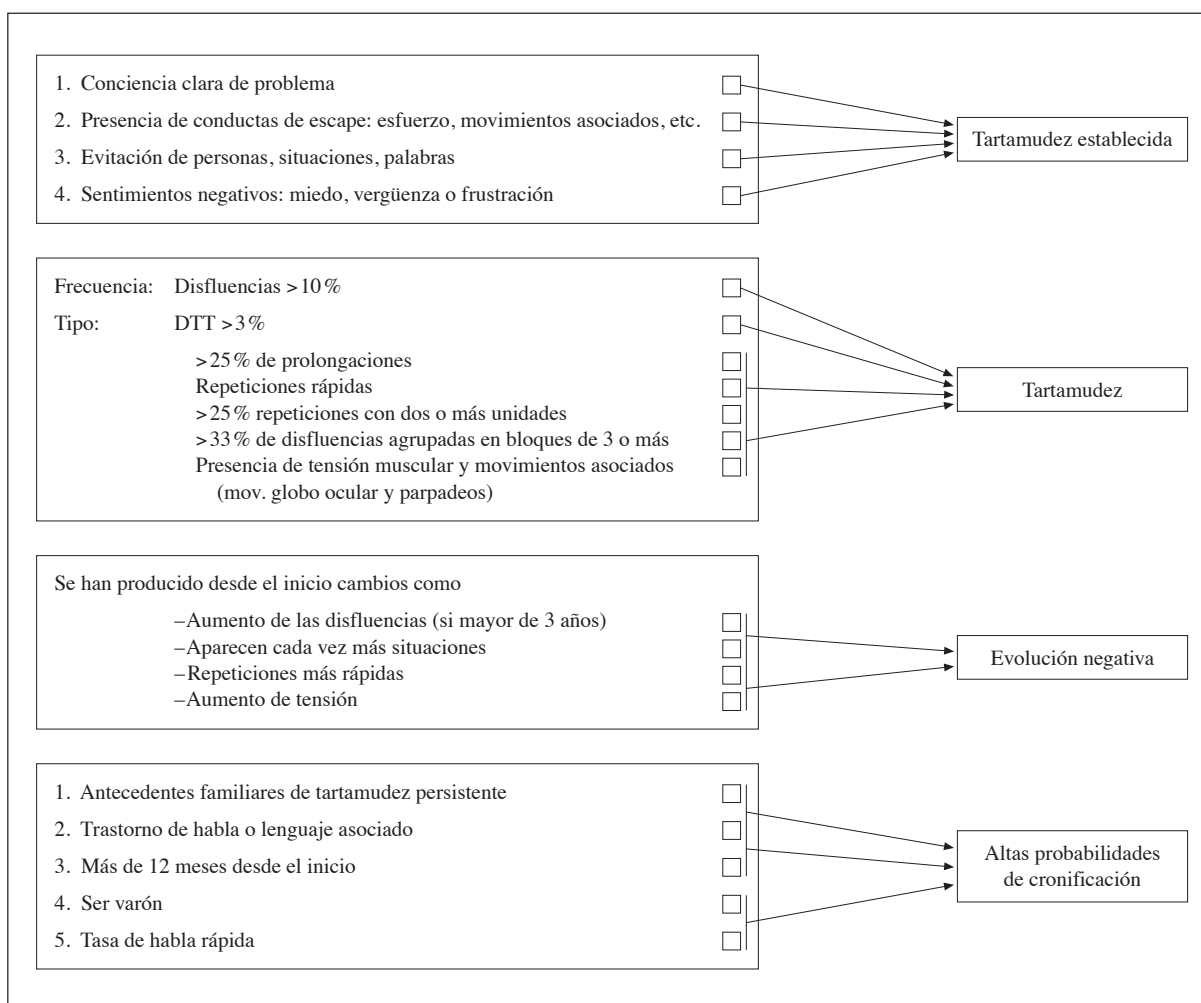


Figura 1. Indicadores diagnósticos en tartamudez temprana. **A)** Criterios de tartamudez ya establecida. **B)** Criterios diagnósticos de tartamudez. **C)** Evolución negativa. **D)** Predictores de cronificación.

hereda una cierta predisposición para el trastorno que se manifestará o no dependiendo de las influencias ambientales (Andrews y Hairis, 1964). Esta idea ha sido, sin embargo, matizada últimamente por algunos investigadores de la genética de la tartamudez. Así, Felsenfeld (1997, 1998) propone que adoptemos lo que denomina un modelo diátesis-estrés similar al que se ha manejado en otras problemáticas como depresión o esquizofrenia. Admitiendo la idea de que la tartamudez es el producto de la influencia de variables ambientales y variables constitucionales (genéticas), tendremos que la tartamudez se manifestará si y sólo si: existe un mínimo de carga genética y una cierta influencia ambiental. Cuanto menor sea la carga genética más alto debe ser el nivel de demanda y, lo contrario, una carga ge-

nética muy alta hará que se desarrolle una disfemia sin apenas influencia exterior.

Esta teoría, impecable desde el punto de vista lógico, cuenta además con algún apoyo empírico. Poulos y Webster (1991) estudian un grupo de 169 personas con tartamudez dividiéndolas en dos grupos, según tengan o no antecedentes familiares de tartamudez. Sus resultados muestran que únicamente el 2,4 % de los que tienen antecedentes familiares, y por lo tanto mayor carga genética de tartamudez, informan sobre la existencia de factores estresantes en torno al inicio de su problema. La cifra para el grupo sin antepasados está en el 37 %, confirmando así la hipótesis de que los de menor carga genética han sufrido en cambio un índice más elevado de demandas externas.

La pregunta clínica: ¿falta de capacidad o exceso de demanda?

Resumiendo lo anteriormente dicho podemos concluir que, el que un niño de menos de 6 años tartamudee es el resultado de la confluencia de dos tipos de variables: *a*) una capacidad constitucional y genéticamente determinada para hablar bien, y *b*) una serie de demandas que pueden ser tanto internas (desarrollo físico y aprendizaje) como externas. En el momento que la capacidad sea superada por las demandas aparecerán los síntomas que denominamos tartamudez.

Entendiendo las cosas de esta manera, y bajando ya a la práctica, el planteamiento que debiéramos hacernos ante cada nuevo caso de tartamudez temprana es: ¿los factores que predominan nos hacen pensar en un problema producido más por un déficit constitucional (una baja capacidad) o por un exceso de demandas ambientales? La distinción es relevante porque en el segundo caso trataríamos sobre todo de hacer una intervención sobre el contexto, mientras que en el primero tenderíamos a hacer directamente una intervención con el niño que tartamudea. Sabemos que tal dicotomía es irreal porque lo más probable en todos los casos se pueda leer la acción de ambos tipos de variables; de cualquier forma, el ver las cosas desde el punto de vista que planteamos puede tener una utilidad que explicamos a continuación.

Parece que durante sus inicios la tartamudez está muy afectada por cualquier tipo de variaciones procedentes del entorno en el que el niño está inmerso; después, con el tiempo, la tartamudez se hace más independiente de las influencias externas y pasa a depender más de las internas, de la forma de vivir el problema que cada persona tiene. Por ejemplo, un niño pequeño tartamudeará cuando percibe tensión en su casa, para que un adulto lo haga bastará únicamente con que anticipe que la tensión se puede producir. En otras palabras en los niños el origen de las demandas parece que es más bien externo, mientras que en los adultos es más importante la demanda interna que ellos mismos se generan. Es como si en los primeros momentos del desarrollo del trastorno la tartamudez se produjera sí, y sólo si existieran presiones ambientales. Pero, con el tiempo, el síntoma se hiciera autónomo del sistema que lo produce y se mantuviera por sí mismo. Por eso, en el caso del niño que comienza a tartamudear, cuando todavía la tartamudez está controlada por el ambiente, será suficiente con reducir el estrés en éste para que la fluidez mejore. Mientras que en el caso del adulto, los cambios en el exterior tendrán mucha menos influencia sobre su habla, y serán más útiles las modificaciones que se consigan a nivel psicológico.

Por último, ¿cómo saber si el ambiente está controlando o no la disfemia? Hay dos maneras, la primera y más lógica es analizar con las personas significativas que rodean al niño qué tipo de factores de los que aparecen en la columna

de la derecha de la tabla 1, están presentes en su contexto. Análisis que será completado con el estudio de la interacción de los padres con su hijo. El segundo tipo de pistas que nos hace pensar que la tartamudez ha empezado a depender de aspectos internos (aunque pueda seguir siendo influida por los externos), son las que produce el niño que se ha hecho consciente de su problema y ha empezado a reaccionar ante él (fig. 1A). Pistas como que el niño tenga conciencia de problema y se describa a sí mismo como alguien que tartamudea o que tenga sentimientos negativos ante su habla (vergüenza, frustración). Otros dos indicadores claros serían la presencia de conductas de escape de los bloqueos como tensión o fijaciones articulares extrañas, y la evitación de sonidos, palabras, personas o situaciones. Todos ellos serían síntomas de que nos hallamos ante una tartamudez establecida o, utilizando los términos que hemos expuesto anteriormente, una tartamudez que ya ha empezado a depender de factores internos más que de externos. Obviamente, la presencia de este tipo de indicadores de nuevo haría pensar en una tartamudez que no va a remitir si intervenimos únicamente sobre el ambiente, por lo que se hará necesario un tratamiento directo con el niño.

CRITERIOS PARA INTERVENIR: ¿CUÁNDO Y CÓMO?

Estas son dos cuestiones para abordar conjuntamente por estar estrechamente vinculadas. En realidad la pregunta cuándo, como ya hemos dicho en otro sitio (Rodríguez Morejón, 2000) se contesta muy fácilmente: desde el primer momento en que aparezcan las disfluencias; mientras que el cómo ya va a depender de más factores. Elegir un modelo de intervención va a depender de las creencias de diferentes autores (Attanasio, 1999), de las características de las propias disfluencias y de otra serie de aspectos que tienen que ver con el propio niño que presenta el trastorno. En este apartado presentaremos algunos criterios para tomar decisiones y en el siguiente los diferentes modelos de intervención que podríamos usar atendiendo a estos criterios.

Para ordenar y ampliar la perspectiva práctica de todos los razonamientos hasta aquí expuestos hemos propuesto un modelo de toma de decisiones en tartamudez temprana (Rodríguez Morejón, 2000). Aquí nos limitaremos a exponer, sin entrar a comentar, los criterios que allí ofrecíamos, para poner el énfasis de nuestra exposición en el cómo, en las técnicas de intervenir. Sí queremos adelantar que los criterios que ofrecemos son, en nuestra opinión, los de mayor utilidad para decidir, basándonos en una revisión de investigaciones, las opiniones de otros autores y nuestra propia experiencia clínica. Aun así, no dejan de constituir un modelo personal cuya única validación es la que la práctica cotidiana le otorga. Entendemos que tal modelo nos permite la mínima dosis de “objetividad” que necesitamos

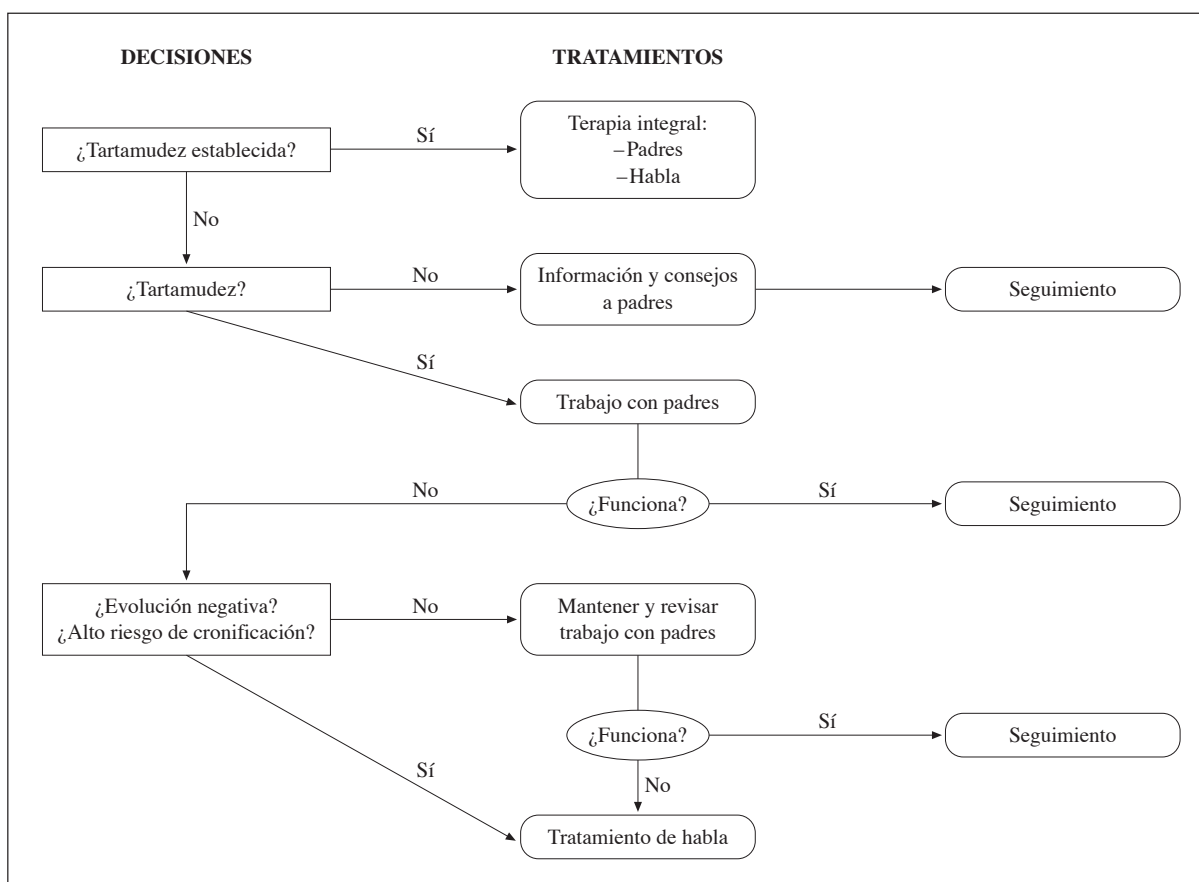


Figura 2. Decisión de modalidades de tratamiento en tartamudez temprana.

para tomar decisiones en tartamudez temprana. Por lo demás, cada caso es diferente y difícilmente vamos a conseguir trabajar nunca con certezas totales. Por ello, aunque en algunos casos hagamos referencia a qué criterios y cuántos debe cumplir un niño para que nos decidamos a hacer una intervención determinada, la decisión final no es “cuantitativa” sino “cualitativa” y relegada siempre a la percepción última del clínico encargado de valorarla. Renegamos, pues, de protocolos de decisión robotizados en los que cuando el niño alcanza una determinada puntuación se realiza tal intervención (al estilo Stuttering Prediction Instrument de Riley, 1981). Por ello, en algunos casos intervenimos cuando se cumple un solo criterio y en otros no lo hacemos hasta que se cumplan tres. La filosofía es en definitiva diseñar instrumentos al servicio del clínico, pero no conformar clínicos al servicio de los instrumentos.

Para decidir cuándo y cómo intervenir en tartamudez temprana, proponemos recoger todas las informaciones que aparecen en la tabla 1 y la figura 1, para después responder

a cuatro preguntas y tomar decisiones según los pasos que se presentan en la figura 2:

1. El primer análisis irá dirigido a descartar que exista un exceso de demandas ambientales que influyan sobre la fluidez, entendiendo por tales las que resumimos en la figura 1. Si estos factores existen y efectivamente están influyendo sobre la fluidez, sabremos que uno de los trabajos a realizar será poner en marcha medidas para hacerlos desaparecer. Ello será siempre un trabajo complementario a los que se pongan en marcha después de tomar las decisiones que se indican en los pasos sucesivos.

2. El siguiente paso propuesto es averiguar si la tartamudez está ya establecida, es decir, si el niño es completamente consciente del problema y está reaccionando ante él. Para ello utilizamos los indicadores de la figura 1A (bastan tres de los cuatro). Si la respuesta es positiva, el proceso de toma de decisiones habrá terminado. El tratamiento indicado sería disminuir las demandas ambientales, si las hubiera, y hacer una intervención directa sobre el habla

del niño. Si la respuesta es negativa pasaríamos a la tercera cuestión.

3. En este punto suele empezar el proceso de toma de decisiones en la mayoría de los casos del nivel de edad al que nos estamos refiriendo. La pregunta clave es: ¿estamos ante una tartamudez o se trata tan sólo de las disfluencias “normales” que aparecen durante el desarrollo del lenguaje? Para contestarla usamos los indicadores de la figura 1B (suele bastar para que decidamos que se cumplan los 2 primeros y al menos 1 de los 5 restantes). Si la respuesta fuera negativa el tratamiento indicado sería eliminar los factores estresantes, si los hubiera, y llevar a cabo un buen programa de información a padres de aproximadamente unas cuatro sesiones. Si la respuesta es positiva entraremos en un programa de tratamiento secuencializado en el que iremos probando diferentes técnicas de menos a más agresivas, empezando por una intervención indirecta sobre el ambiente (padres), y si ésta no funcionara acabaríamos trabajando directamente sobre el habla del niño (fig. 2). El primer paso será, entonces, poner en marcha un tratamiento con padres dirigido a generar nuevos estilos de habla y comunicación, formas de reaccionar ante la tartamudez y estilos educativos favorecedores de la fluidez. Este es ya un tratamiento prolongado de al menos 8 sesiones que puede incluir modelado con los padres y otros agentes educativos. En este caso trabajaremos para crear un ambiente facilitador de la fluidez, aunque no tengamos constancia de que el ambiente previo la afectase negativamente.

4. Si este tratamiento no funciona deberemos tener en cuenta ya las informaciones de la figura 1C y D. El que no existieran ni signos de evolución negativa ni predictores de cronificación nos haría mantener durante más tiempo la intervención a través de los padres, tal vez revisando lo hecho y analizando qué ha funcionado y qué no. Si existiera algún indicador de evolución negativa y a ello se uniera la presencia de criterios de mal pronóstico (dos de los tres primeros son a nuestro entender suficientes), deberíamos pensar en cambiar el tipo de trabajo y afrontar una intervención directa sobre el habla del niño.

MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TARTAMUDEZ TEMPRANA

La variedad de modelos posibles para intervenir en tartamudez temprana es grande, nosotros proponemos clasificarlos de la siguiente manera:

Tratamientos para introducir cambios en el ambiente:

1. Orientación e información a padres.
2. Intervención con padres para crear ambientes favorecedores de la fluidez.

Tratamientos que intervienen sobre el patrón de habla del niño:

1. Técnicas indirectas de moldeado del habla.
2. Técnicas directas de trabajo con habla.
3. Técnicas operantes de modificación del habla a través de los padres.
4. Programas estandarizados de trabajo con articulación.

Dentro de esta variedad, distintos autores parecen inclinarse por dos posibles alternativas. Por un lado están los que apuestan por una opción más “conservadora” y prefieren empezar por intervenciones menos “agresivas”, como las que se realizan sobre el ambiente que rodea al niño (Conture y Melnick, 1999; Curlee, 1999; Rustin et al, 1996; Yairi, 1997a), y la de los partidarios de trabajar directamente con el habla desde el principio (Costello Ingham, 1999; Riley y Riley, 1999). En el medio estarían los que, desde un procedimiento diagnóstico similar al que nosotros presentamos en la figura 2, prefieren asignar casos, según sus características, a las diversas modalidades de tratamiento (Gregory y Hill, 1999; Starkweather et al, 1990).

Lo cierto es que cada una de estas tres opciones constituye una alternativa válida y ratificada por la investigación de resultados. El que los tratamientos estén validados por los estudios de resultados es una adquisición reciente en el campo de la tartamudez y la petición clara de todos los autores en los últimos años (Ingham y Cordes, 1998; Ingham y Riley, 1998; Starkweather, 1999). La realidad es que los creadores de cada método terapéutico informan sobre los beneficios que proporciona, pero no contamos con investigaciones comparativas que nos permitan averiguar, de una vez por todas, cuál de ellos es el más efectivo. Y esta es la información que al final necesitamos para poder decidir. Así, la no intervención, en espera de la recuperación espontánea ha demostrado su eficacia (Yairi y Ambrose, 1999), por lo que el resto de los tratamientos deberían demostrar, al menos, que son claramente más eficaces que esta opción. En esa dirección, tenemos comprobación empírica de que los niños mejoran sólo con modificar el entorno (Langlois y Long, 1988; Manning, 1996; Wall y Myers, 1995), y también de que hay un alto grado de éxito cuando se trabaja sólo y directamente con el habla (Ingham, 1993; Onslow et al, 1994). De igual manera, tratamientos mixtos que combinan ambos tipos de intervención han avalado su eficacia (Gottwald y Starkweather, 1995; Gregory y Hill, 1999; Zebrowski, 1997). A pesar de ello, como ya hemos dicho, no hay ningún estudio que conociéramos que compare la eficacia de las distintas modalidades a las que hacemos referencia.

Programas para intervenir sobre el ambiente

Están dirigidos a intervenir con los padres para tratar de reducir aquellas condiciones ambientales que pueden afectar a la fluidez. Hemos dicho que eliminar los estresores de la fluidez va a ser objetivo de trabajo en todos los casos, lo

que ocurre es que este tipo de tratamiento puede tener diferentes niveles de intensidad dependiendo del diagnóstico que hayamos realizado previamente. Podemos diferenciar dos niveles de intervención: *a)* orientación e información a padres, y *b)* tratamiento con padres.

Orientación e información a padres

Es el indicado una vez que hemos descartado la existencia de una tartamudez y pensamos que el niño está produciendo las disfluencias típicas que acompañan al desarrollo del lenguaje. Habitualmente se lleva a cabo en unas cuatro sesiones y va encaminado a dar información a padres sobre el desarrollo del lenguaje y hacerles entender la normalidad de las disfluencias de su hijo.

En la primera sesión se describen las capacidades del niño para hablar fluidamente (nivel lingüístico alcanzado, tasas de habla) y se informa sobre las demandas ambientales detectadas, haciendo sugerencias concretas para enfren-tarlas. La variedad de sugerencias es tan grande como el número de posibles factores del entorno que pueden inter-venir. Van desde consejos sobre cómo manejar los intentos de llamar la atención de su hijo, su impulsividad o sus miedos; pasando por sugerencias específicas sobre cómo controlar situaciones potencialmente estresantes como cambios de colegio o de vivienda; o incluso indicaciones sobre cómo dar al niño informaciones comprometidas, imponer disciplina u organizar la vida diaria para eliminar el estrés. Además se añaden consejos específicos sobre cómo reaccionar ante la tartamudez. Las mejores sugerencias en este sentido son las que provienen del análisis específico de cada interacción con padres, suelen ser del estilo de éstas: evitar comentarios críticos y correcciones, permitir hablar sin presión comunicativa (respetando turnos conversacio-nales, sin interrupciones), aumentar el número de comenta-rios y disminuir el de preguntas.

En las restantes sesiones se revisa y apoya los cambios realizados y su efecto sobre la fluidez. También se les enseña a identificar señales de empeoramiento, lo que supone un pequeño entrenamiento para reconocer los síntomas de una tartamudez problemática y los indicadores de una mala evolución que se resumen en las figuras 1B y C. Si todo va bien se establece un programa de seguimiento y si no se valora la posibilidad de realizar un tratamiento intensivo del tipo que se expone en el apartado siguiente (ejemplos de este tipo de orientación pueden encontrarse en Gregory, 1999, y en Johnson y Heinze, 1994).

Tratamiento con padres

Este es el modelo para intervenir sobre el ambiente indi-cado en aquellos casos en los que hemos hecho ya un diag-nóstico de tartamudez, aunque el cuadro no se correspon-da todavía con tartamudez establecida o cronificada (fig. 2).

El objetivo de la intervención es introducir cambios radi-cales en el ambiente para disminuir demandas y potenciar así la fluidez.

El primer paso, al igual que en la modalidad de trata-miento anterior, será detectar y eliminar posibles factores desencadenantes de las disfluencias, pero lo distintivo del tratamiento será que además intentaremos construir un en-torno facilitador de la fluidez. Ya hemos dicho que la inves-tigación no ha conseguido evidencias claras de que los pa-dres de niños con tartamudez sean diferentes o presenten estilos comunicativos especialmente dañinos (Kloth et al, 1995b; Nippold y Rudzinski, 1995). Por lo que es posible que en algunos casos, después de analizar los estilos comu-nicativos de la familia, no encontremos nada que nos haga pensar en la necesidad de una intervención para modifi-carlos.

Es aquí donde sugerimos al lector que cambie su punto de vista, tal vez sería útil que dejemos de pensar en térmi-nos de padres ansiosos que hablan rápido y se comunican mal, que serían los responsables directos de desencadenar la tartamudez. Para empezar a pensar que, aunque los pa-dres no tengan un efecto perjudicial sobre el habla de sus hijos, sí puedan tener uno beneficioso. Por muchas razones, la primera porque es posible que el efecto de la conducta de los padres vaya a depender de variables personales del niño, y a este respecto diversos autores han propuesto que el temperamento, la sensibilidad o la capacidad para adap-tarse a los cambios que tiene cada niño pueden ser factores esenciales (Guitar, 1998; Conture y Melnick, 1999). De ad-mitir el influjo de estas variables personales, tendríamos que concluir que las mismas condiciones ambientales afec-tarían o no a un niño dependiendo de sus peculiaridades ca-racteriales. Una segunda razón para pensar en los padres como elemento positivo de cambio es absolutamente obvia, la comunicación es un proceso interaccional y los padres están todo el tiempo generando situaciones de habla con sus hijos. Parece entonces lógico que haya que trabajar con éstos para enseñarles a promover situaciones comu-nicativas de mayor calidad, aun aceptando que las que han estado creando hasta ese momento no sean especialmente malas o perjudiciales (Conture y Melnick, 1999).

Las indicaciones para crear estos contextos favorecedo-res provendrán, como siempre, del análisis de la interacción de cada familia, y de una serie de normas que la lógica y la experiencia clínica parecen demostrar como favorecedoras de la fluidez. A continuación incluimos algunas, entendián-dose siempre como posibles sugerencias a valorar que serán o no llevadas a la práctica dependiendo de las características especiales de cada caso (Ainsworth y Fraser, 1989; Gre-gory y Hill, 1999; Nelson, 1985; Rustin et al, 1996; Shapi-ro, 1999; Starkweather et al, 1990):

1. Entrenar a los padres en un modelo de habla más len-to y relajado, y con un contenido más simple tanto sintác-tica como semánticamente.

2. Crear estilos comunicativos que impliquen baja presión para los niños, para ello:

- Evitar situaciones de habla estresantes.
- Hacer más comentarios y menos preguntas.
- Hacer las preguntas de una en una, despacio y disminuyendo su complejidad tanto sintáctica como semántica (p. ej., hacer preguntas más cerradas).
- Esperar a que el niño termine de hablar evitando interrupciones y superposiciones (contar 1 o 2 segundos de silencio antes de comenzar a hablar).
- Enseñar a los padres a hacer escucha activa con sus hijos.

3. Entrenar formas adecuadas para reaccionar ante los bloqueos.

- No dar ayuda para salir de ellos si el niño no la pide (como terminar frases o intentar adivinar palabras).
- Controlar la conversación si los bloqueos empiezan, simplificando las intervenciones de los niños o incluso tratando de disminuir su participación.
- Evitar reacciones punitivas ante los bloqueos (reacciones verbales o no verbales).
- Prestar atención a la forma y no al contenido.

4. Introducir algunos cambios en su estilo de vida:

- Disminuir el ritmo de vida general de la familia (evitando que los niños tengan un exceso de ocupaciones).
- Planear las actividades para generar rutina.
- A la hora de disciplinar, castigar sobre la conducta sin pedir al niño explicaciones sobre lo que haya hecho, mientras se le castiga tiene prohibido hablar.
- Apoyar al niño en cualquier punto fuerte que tenga y evitar un exceso de críticas (trabajar la ratio apoyo/exigencia).

Para entrenar a los padres resultan muy útiles los formatos de modelado. Durante las primeras sesiones el clínico trabaja con el niño poniendo en marcha todas las habilidades que hemos explicado. Ofrece un estilo de habla fácil y relajada, dando tiempo al niño a responder, disminuyendo el número de preguntas y aumentando el de comentarios, introduciendo una pausa del interlocutor antes de responder, siendo muy reforzante con el niño. Si se cuenta con un espejo unidireccional o un circuito cerrado de televisión, otro clínico puede ir explicando a los padres las habilidades que se están trabajando en cada momento. Otra opción es grabar el trabajo en vídeo y analizarlo detenidamente con los padres, o en último caso, tenerles dentro de la sesión y explicarles antes y después qué y cómo se hace. Poco a poco, conforme los padres van aprendiendo, ellos ocupan el lugar del terapeuta y éste se limita a darles retroalimentación al final de las sesiones. Este tipo de trabajo suele extenderse unas cuatro o cinco sesiones que se pueden programar durante 2 o 3 semanas.

A partir de ahí se pide a los padres que pongan en marcha ese nuevo estilo de hablar en situaciones de juego durante unos 15 a 20 minutos diarios, y se conciertan con ellos sesiones semanales de revisión. Éstas se dedicarán a comentar lo sucedido desde la sesión anterior, identificar éxitos y dificultades, felicitar y afianzar los primeros, y pensar en cómo solucionar las segundas. Más o menos una vez al mes pueden traer al niño para que veamos en vivo el trabajo que están haciendo en casa, y de paso controlemos la evolución de su fluidez.

En algunos casos este tipo de intervención será suficiente para que los problemas desaparezcan totalmente, en otros se hará necesaria una intervención más directa sobre el habla. Si somos eficaces a la hora de ayudar a crear una atmósfera favorecedora de la fluidez, los efectos de este cambio se harán notar muy rápidamente en el habla de los niños. De forma que si el ambiente está verdaderamente jugando un papel importante en el caso con el que estemos trabajando, los cambios se notarán en pocas sesiones. Pero, ¿y si no se producen las mejorías esperadas?, ¿cuánto tiempo debemos seguir trabajando con padres antes de decidirnos por un tratamiento de habla? Ello va a depender de cómo respondamos a la última de las preguntas que nos hacíamos en la figura 2. Si existiesen indicios de evolución negativa o indicadores de riesgo de cronificación nos plantearíamos trabajar directamente sobre el habla del niño. De manera que si ha pasado más de un año desde el inicio (y además las disfluencias aumentan, aparecen en más situaciones, son más tensas o más rápidas), la tartamudez aparece asociada a un retraso del habla y hay antecedentes de familiares de tartamudez persistente, pasaríamos a uno de los tratamientos que describimos en el siguiente apartado. Cualquiera de los indicadores anteriores por sí solo puede ser razón suficiente para que nos decidamos a cambiar de tratamiento. Se suele dar especial importancia a la presencia de otro trastorno del habla; este hecho por sí solo haría a los niños candidatos desde el principio a una intervención sobre el habla (Curlee, 1999; Gregory, 1999). En este caso, además, se podría plantear una intervención adicional para estimular el desarrollo lingüístico de los niños (Louko et al, 1999).

En el caso de que no existieran los indicadores negativos comentados, continuaríamos interviniendo únicamente a través de los padres. Tal vez replanteando el tratamiento, pensando cuáles de las cosas intentadas hasta el momento han tenido algún efecto sobre la fluidez del niño y tratando de potenciarlas.

Tratamientos de habla

Van dirigidos a ofrecer al niño estrategias para mejorar su fluidez y son, por lo tanto, intervenciones similares a las que se llevan a cabo con niños más mayores y ya completamente conscientes de su problema. El uso de este tipo de

intervenciones es relativamente nuevo, es la consecuencia lógica de considerar que la eficacia de intervenir sobre habla compensa con creces el riesgo de hacer al niño consciente de su problema (Attanasio, 1999). Para exponerlas hemos diferenciado los tratamientos en cuatro tipos: en el primero se trabaja la fluidez intentando no generar conciencia de tartamudez, en el segundo se ofrecen estrategias para que el niño reconozca y “corrija” sus disfluencias, en el tercero se usa un programa de refuerzo del habla fluida a través de los padres, el último bloque lo conforman programas estandarizados para potenciar habilidades articulatorias.

Una aclaración antes de seguir adelante, si el lector revisa la figura 2 observará que el tratamiento de habla puede ser la primera opción si hemos hecho un diagnóstico de tartamudez establecida, o la segunda en caso de que no fuera así. De cualquier manera, un tratamiento de habla no constituye una alternativa excluyente a las intervenciones sobre el ambiente, más bien al contrario, lo habitual es que se lleven a cabo las dos al mismo tiempo.

Técnicas indirectas de moldeado del habla

La primera es una técnica desarrollada por nosotros a la que llamamos moldeado indirecto. A través de ella el terapeuta ofrece al niño un modelo de habla que haga desaparecer la tartamudez, en un contexto de juego y sin ningún tipo de exigencia al niño para que hable fluidamente. La idea que subyace a esta forma de actuar es evitar que el niño se haga consciente de su problema, al no mencionar en ningún momento la tartamudez, al tiempo que se entrena un modelo que ayuda a hablar más fluidamente.

En la primera fase del tratamiento buscamos con el niño una forma de hablar sin disfluencias, por ello probamos diferentes tipos de habla combinando dos criterios: velocidad y entonación. Todo este trabajo inicial se realiza en un contexto de juego, para lo cual usamos diferentes tipos de material que no sirvan para adaptarnos a los intereses de cada niño. Por ejemplo, usamos un juego “tipo oca” compuesto por planetas por los que el niño va pasando por azar, por la puntuación obtenida al tirar un dado; en cada planeta hay un “personaje extraterrestre” y le enseñamos al niño a hablar con él. También podemos poner sobre la mesa diferentes animales, e invitar al niño a hablar como lo hacen cada uno de ellos: los saltamontes silabeando, las orugas despacio pero con entonación, etc. Este contexto lúdico nos permite ofrecer al niño diferentes modelos de habla con una jerarquía que va desde el silabeo, a un habla a un ritmo casi normal. Para trabajar elegiremos el habla que más se parezca a la normal y que garantice en el niño la ausencia de tartamudez.

Una vez conseguido este tipo de habla, el resto del tratamiento consiste en entrenarla y automatizarla. Para ello realizaremos en sesión las actividades que el niño prefiera,

siempre y cuando favorezcan contextos comunicativos. En los primeros momentos del tratamiento el terapeuta ofrece constantemente el modelo y refuerza verbalmente al niño cuando lo usa. En caso de que lo pierda, le corregimos suavemente usando un gesto, recordándole que hay que hablar como el personaje, o simplemente repitiendo nosotros la frase tartamudeada en el modelo correcto. Poco a poco, a través de la práctica y el modelado, vamos consiguiendo que el niño automatice esta forma de hablar y la vaya transformando hasta llegar a un modelo enlentecido pero que suene natural. En ocasiones las transiciones las marcamos con cambios de personaje: “ya sabemos hablar como las orugas, ahora vamos a aprender como las mariposas”; en la mayoría de los casos el modelo evoluciona hacia la naturalidad por sí solo, bajo el control del terapeuta.

En el momento en que hemos conseguido un modelo sin disfluencias y apto para ser usado en contextos diferentes a la clínica, iniciamos la transferencia a otras situaciones. La sucesión de pasos es la siguiente:

1. El terapeuta deja de usar el modelo aunque sigue animando al niño a hablar como el personaje seleccionado.
2. Introducimos personas diferentes en la sesión, aunque el terapeuta siga presente dando el modelo en caso de que el niño lo pierda.
3. Metemos a los padres en sesión para que el niño hable usando el modelo delante de ellos, aprovechamos para enseñarles a mantener al niño hablando de la forma que le hemos enseñado.
4. Pedimos a los padres que pongan en práctica esta forma de hablar en casa, durante unos 15 minutos al día, llevando a cabo una actividad que resulte gratificante tanto para ellos como para su hijo.
5. Llegado el caso tratamos de pasar el control sobre el modelo de habla al niño: “¿podrías hablar así en otros sitios?”.

Técnicas directas de trabajo con el habla

La mayoría de estos tratamientos trabajan al mismo tiempo tanto aspectos comunicacionales como de habla. Están basados en el modelado y el uso de programas de refuerzo. En ellos el terapeuta ofrece al niño un modelo favorecedor de la fluidez: habla algo más lenta de lo normal, con aproximaciones articulares suaves y una entonación normal. Todo ello en un contexto comunicacional no exigente, con numerosas pausas y silencios, turnos conversacionales lentos y relajados y sin peticiones directas para que el niño hable. Al mismo tiempo se usa un registro lingüístico simplificado, con frases sencillas y cortas, y cambiando comentarios por preguntas (Foosnot y Woodford, 1992; Gregory, 1999; Starkweather y Gottwald, 1999). Se anima al niño a imitar al terapeuta siempre en un contexto de baja exigencia y mucho apoyo de los logros. Resulta de utilidad usar imágenes para describir esta forma de hablar

(“hablamos como los caracoles”) y apoyo gestual para modular el habla (“objetos que se deslizan lenta y sinuosamente por la mesa”).

Con el tiempo, y a medida que el niño consigue usar el modelo correctamente, se introduce más complejidad en las situaciones: pidiendo respuestas cada vez más largas y complicadas, dejando que el niño asuma cada vez mayor responsabilidad comunicativa, pasando de las situaciones de juego a las conversaciones cada vez más formales (Gregory, 1999). Este tipo de trabajo se suele llevar a cabo en unas 12 semanas a razón de dos sesiones semanales.

Una posible estrategia a incorporar en el tratamiento es la de enseñar a identificar los bloqueos y a percibir la diferencia entre hablar tenso y hablar relajado. Para ello Conture y Melnick (1999) proponen dar nombres a los tipos de errores y enseñar al niño a reconocerlos. Por ejemplo, llaman “golpe” a repetir una palabra, “golpecito” a repetir una sílaba, “atasco” al bloqueo y “resbalón” a las prolongaciones. Para trabajar esta delicada tarea de hacer conscientes a los niños de sus errores, se empieza haciendo que el niño descubra este tipo de errores sobre el habla del terapeuta y se los señale (Guitar, 1998; Gottwald y Starkweaker, 1999). Posteriormente será el terapeuta quien haga lo mismo sobre el habla del niño, enseñándole a cambiar la disfluencia por el habla más relajada que se ha modelado o enseñando técnicas de modificación específicas como hablar lento y estirado, hablar en voz un poco más baja o hablar suave al tiempo que se mueve el dedo índice (Pindzola, 1999).

Un ejemplo de este tipo de programas es el propuesto por Runyan y Runyan (1999a, 1999b). Estos autores parten del presupuesto de que la fluidez depende del cumplimiento de tres reglas: *a*) hablar despacio; *b*) decir las palabras una sola vez, y *c*) pronunciar corto (sin prolongaciones). Ellos enseñan a los niños a cumplir estas reglas usando material simbólico: “las tortugas van despacio”, “si corres demasiado te tropiezas”. El terapeuta señala a los niños con gestos las disfluencias: levantar un dedo significa repetición y el gesto de corto con los dedos índice y pulgar significa prolongación. El tratamiento tendría los siguientes pasos:

1. Establecer qué reglas se han roto.
2. Enseñar los conceptos que sea necesario (despacio, una vez, corto).
3. Automatizar habilidades para cumplir cada regla: detectar fallo y hacer lo correcto.
4. Practicar a través de juegos.
5. Generalizar avances y transferirlos a la casa y el colegio: enseña a los padres y maestros a hacer las señas y reforzar.

Técnicas operantes de modificación del habla a través de los padres

La más representativa es el Programa Lidcombe para el Tratamiento de la Tartamudez Temprana desarrollado por la Universidad de Sydney (Harrison y Onslow, 1999; Lin-

coln y Harrison, 1999; Onslow y Packman, 1999). Se trata de una intervención en el habla de los niños a través de los padres, usando una metodología operante. La idea es enseñar a los padres a dar respuestas contingentes al habla infantil, reforzando los momentos de fluidez con comentarios del tipo “muy bien” o “¡qué suave!”, y ofreciendo correcciones al habla tartamuda. Las reacciones posibles ante las disfluencias son muy variadas y lo más importante es que consigan señalar al niño “el fallo” sin generar ansiedad, algunos ejemplos de estas estrategias son: ignorar, comentar (“ahí se te escapó un salto”), pedir con amabilidad que repita elogiando el logro, o devolver un modelo correcto.

La primera parte del trabajo se realiza en la clínica donde el terapeuta del lenguaje enseña a los padres a identificar expresiones tartamudeadas y momentos de fluidez, a corregir las primeras y reforzar los segundos. Una vez que los padres son hábiles haciendo este trabajo, se les pide que lo lleven a cabo en casa en microsесiones de 15 minutos. Éstas consisten en realizar con sus hijos alguna actividad que sea divertida para todos y que será aprovechada para reforzar el habla fluida y corregir los tartamudeos. Al mismo tiempo se les sugiere que cuando puedan refuercen en cualquier situación de la vida cotidiana los momentos de mayor fluidez, sin emitir correcciones. En un paso posterior se enseña a los padres técnicas para pasar a los niños el autocontrol de las correcciones, a través de preguntas como: “¿fue eso suficientemente suave?”.

El terapeuta ejerce un control constante sobre todo el proceso, enseña a los padres a tomar medidas del habla del niño (sobre una escala de 1 a 10), y hace frecuentes revisiones que se pactan desde el principio del tratamiento. Después de tres semanas de entrenamiento inicial, a razón de dos sesiones por semana, se cita a las familias con periodicidad decreciente: primero cada 15 días, luego una vez al mes, y así haciendo seguimientos de hasta 9 meses. Cada uno de los contactos se aprovecha para ayudar a los padres a resolver problemas que vayan apareciendo a la hora de poner en marcha el programa y tomar medidas de la evolución del habla del niño. Finalizan el tratamiento cuando el niño muestra tasas de tartamudez inferiores al 1 % de palabras tartamudeadas. Los resultados de este programa son además sorprendentes, indican una desaparición completa de la tartamudez en 43 casos, llegando sus seguimientos a abarcar 7 años después del tratamiento (Lincoln y Onslow, 1997).

Programas estandarizados de trabajo con articulación

Este último bloque de programas lo constituyen formas de intervención muy cerradas en las que se utiliza una serie de estímulos que el niño debe repetir siendo la tarea del terapeuta reforzar las emisiones correctas y castigar aquellas en las que aparezcan disfluencias.

En esta línea Costello Ingham (1999) ofrece un programa basado en los principios de la modificación de conducta, en

el que el niño debe producir una serie de palabras nombrando los dibujos que aparecen en diferentes láminas. Si la producción es correcta el niño obtiene un premio (normalmente fichas canjeables por una recompensa final), si tartamudea se castiga la disfluencia (el terapeuta dice “para”). El programa consta de 21 niveles de complejidad cada vez más grande. Por ejemplo, en el primero debe nombrar, sobre dibujos 50 palabras monosilábicas; en el sexto se trabaja con láminas que describen acciones y el niño debe hablar durante 3 segundos sin tartamudear; y en el decimoséptimo, en el marco de una conversación normal en la que el terapeuta habla deprisa y se superpone, se refuerza la emisión de 2 minutos sin disfluencias. Al mismo tiempo se va modificando el programa de refuerzo, pasando de una razón fija en los primeros momentos, a una razón variable con una tasa de refuerzos similar a la que un niño de esta edad recibiría en un contexto natural. Además, se establece un criterio para avanzar pasos por el programa, si el niño no lo cumple no se repite el nivel, sino que se revisa el programa de refuerzo y se genera un paso intermedio. Esta autora no ofrece ninguna estrategia al niño para mejorar su fluidez, éste debe desarrollarla espontáneamente. Sólo en el caso de que el programa estuviera fracasando se plantean entrenar algún tipo de facilitador de la fluidez como los que veíamos en el apartado anterior.

Similar al anterior, pero esta vez partiendo de una reflexión teórica sobre el origen de la tartamudez, Riley y Riley (1985, 1991, 1999) en su Programa de Entrenamiento Motor del Habla, ofrecen un método para mejorar la fluidez de niños con tartamudez temprana. Estos autores asumen que las disfluencias son causadas por un sistema motor para lo verbal que no funciona adecuadamente. Por ello su metodología está encaminada a trabajar este aspecto usando sílabas sin sentido, sin incluir ningún tipo de trabajo cognitivo, ni ofrecer ninguna estrategia favorecedora de la fluidez. El material usado consiste en conjuntos de sílabas de complejidad creciente que el niño debe repetir, la dificultad viene dada por el número de consonantes, la estructura silábica y la inclusión de consonantes sonoras y sordas. Por ejemplo, en el primer nivel se debe repetir tan sólo una sílaba “ma”, en el tres dos sílabas “ta te”, en el siete se incluyen sílabas inversas “um ju”, en el catorce (el último) secuencias de cuatro sílabas de diferente construcción “uf ai za nab”. El niño debe emitir las en la secuencia correcta, con la pronunciación correcta (sorda/sonora) y a la velocidad que se le indique (lenta: una sílaba por segundo; media: dos sílabas por segundo, y normal: tres sílabas por segundo). El terapeuta ofrece el modelo sin dar explicaciones, dado que la idea es que la tarea debe realizarse automáticamente, y refuerza o castiga la producción del niño. El criterio para pasar un estímulo es obtener en él tres éxitos consecutivos, y se promociona de nivel con un 80% de los estímulos conseguidos adecuadamente. Si falla en seis pruebas consecutivas se baja de nivel. Si se hiciera necesari-

o el terapeuta podría llevar a cabo un trabajo adicional con la respiración: controlando el número de sílabas, aumentando el número de sílabas que introduce en cada espiración.

CONCLUSIONES

La intervención en tartamudez temprana es una de las cuestiones que más interés ha suscitado en los últimos años entre teóricos y clínicos dedicados al estudio de la disfemia. El motivo de esta consideración no es otro que nuestro conocimiento sobre las altas posibilidades de éxito cuando intervenimos en los momentos iniciales del trastorno. A pesar de que sigamos desconociendo las causas que producen las alteraciones de la fluidez, contamos con criterios suficientes para decidir en qué casos es conveniente intervenir directamente y en cuáles simplemente deberemos favorecer cambios en el ambiente. Defendemos para ello la necesidad de intervenir sobre criterios organizados desde un modelo teórico, modelo que además debiera estar basado en la investigación como el que nosotros proponemos. Aceptando, además, que tanto el modelo teórico como los propios criterios debieran ser constantemente revisados a la luz de los resultados de futuros estudios sobre el tema.

El modelo de capacidades/demandas que hemos explicado nos sirve como hipótesis teórica de partida para entender por qué se origina y cómo se mantiene la tartamudez, al tiempo que explica por qué tratamientos tan aparentemente dispares como los ambientales, o los directos sobre el habla, pueden conllevar resultados similares. Los criterios que hemos propuesto nos ayudan a identificar qué niños parecen de antemano menos capacitados para hablar fluidamente. Mientras que el estudio de las demandas que presentamos puede guiar a los análisis clínicos en la búsqueda de explicaciones ambientales para el problema.

En cuanto a la elección final de la metodología de intervención, nos inclinamos por la idea de diseñar los tratamientos a la medida de las personas, por lo que entendemos que el modelo propuesto deberá poder ofrecer diferentes estrategias para distintos casos. A la hora de elegir el tratamiento optamos además por un criterio que combina la simplicidad y el bajo riesgo: elegir el método de tratamiento más sencillo que pueda ofrecer resultados eficaces. En este sentido preferimos empezar con tratamientos destinados a crear condiciones ambientales que favorezcan la fluidez, bien porque eliminemos condiciones negativas que la estén afectando, bien porque creemos entornos que sirvan para potenciarla eficazmente. Entendiendo que si esta intervención no funcionase podemos abordar directamente el habla del niño, decidiendo siempre desde los criterios que asumimos y hemos presentado anteriormente. Trabajar con el habla de niños tan pequeños es una tendencia cada vez más extendida entre especialistas y hemos presentado va-

rias opciones de cómo hacerlo. A este respecto nuestra idea sigue siendo seleccionar como primera opción métodos “menos agresivos” como el moldeado indirecto, o los programas de refuerzo del habla fluida a través de los padres. Dejando como segunda opción los tratamientos que suponen generar conciencia de problema en el niño, o trabajar “descarnadamente” su capacidad articulatoria. Entendemos que nuestra propuesta de simplicidad y bajo riesgo no es más que un criterio de selección de tratamiento tentativo, a la espera siempre de que los estudios comparativos determinen qué intervenciones son realmente las más eficientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth S, Fraser J. If your child stutters: A guideline for parents. Memphis: Stuttering Foundation of America; 1989.
- Ambrose N, Cox NJ, Yairi E. The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research* 1997; 40: 567-80.
- Ambrose NG, Yairi E, Cox N. Genetic aspects of early childhood stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research* 1993; 36: 701-6.
- Andrews G, Morris Yates A, Howie P, Martin N. Fenetic factors in stuttering confirmed. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 1034-5.
- Andrews G, Harris M. The Syndrome of stuttering. Clinics in developmental medicine, n.º 17. London: Spastic Society Medical Education and Information Unit in association with William Heineman Medical Books Ltd; 1964.
- Attanasio JS. Treatment of early stuttering: Some reflections. En: Onslow M, Packman A, eds. *The Handbook of early stuttering intervention*. San Diego: 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 in children disfluency. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1997; 52: 278-87.
- Bloodstein O. Stuttering as an anticipatory struggle reaction. En: Curlee RF, Siegel JM, comps. *Nature and treatment of stuttering*. New directions. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon; 1997.
- Braun AR, Varga M, Stager S, Shulz G, Selbie S, Maisog JM et al. Altered patterns of cerebral activity during speech and language production in developmental stuttering: An H sub 2 sup 1 sub 50 positron emission tomography study. *Brain* 1997; 120: 761-84.
- Couture EG, Melnick KS. The parent-child group approach to stuttering in preschool children. En: Onslow M, Packman A, eds. *The Handbook of early stuttering intervention*. San Diego: Singular Publishing Group; 1999.
- 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.
- Felsenfeld S. Epidemiology and genetics of stuttering. En: Curlee RF, Siegel JM, comps. *Nature and treatment of stuttering*. New directions. Needham Heights MA, ed. Allyn and Bacon; 1997.
- Felsenfeld S. What can genetics research tell us about stuttering treatment issues? En: Cordes AK, Ingham RJ, comps. *Treatment efficacy for stuttering. A search for empirical bases*. San Diego: Singular Publishing Group; 1998.
- Fosnot SM, Woodford LL. The fluency development system for young children. Buffalo: United Educational Services; 1992.
- Fox PT, Ingham RJ, Ingham JC, Hirsch TB et al. A PET study of the neural systems of stuttering. *Nature* 1996; 382: 158-62.
- Gregory HH. Developmental Intervention: Differential Strategies. En: Onslow M, Packman A, eds. *The Handbook of early stuttering intervention*. San Diego: 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: Williams and Wilkins; 1998.
- Harrison E, Onslow M. Early intervention for stuttering: The Lidcombe Program. En: Curlee RF, ed. *Stuttering and related disorders of fluency*. New York: Thieme; 1999.
- Hill D. Evaluation of child factors related to early stuttering: A descriptive study. En: Bernstein Ratner N, Healey EC, eds. *Stuttering research and practice. Bridging the gap*. Mahwah, NJ: LEA; 1999.
- Ingham JC, Riley G. Guidelines for documentation of treatment efficacy for young children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 1998; 41: 753-70.
- Ingham RJ. Stuttering treatment efficacy: Paradigm dependent or independent? National Institute of Deafness and Other Communication Disorders Workshop on Treatment Efficacy Research in Stuttering (1992, Bethesda, Maryland). *Journal of Fluency Disorders* 1993; 18: 133-49.
- Ingham RJ, Cordes AK. Treatment efficacy for stuttering. A search for empirical bases. San Diego: Singular Publishing Group; 1998.
- Johnson K, Heinze B. *The fluency companion: Strategies for stuttering intervention*. East Moline, IL: Lingui Sitems; 1994.
- Kidd K. Stuttering as a genetic disorder. En: Curlee R, Perkins W, eds. *Nature and treatment of stuttering*. San Diego: College Hill; 1984.
- Kloth SAM, Janssen P, Kraaimaat FW, Bruten GJ. Communicative behavior of nothers of stuttering and non stuttering high-risk children prior to the onset of stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 1995b; 20: 365-77.
- Kroll RM, De Nil LF. Positron emission tomography studies of stuttering: Their relationship to our theoretical and clinical understanding of the disorder. *Journal of Speech Language Pathology and Audiology* 1998; 22: 261-70.
- Langlois A, Long SH. A model for teaching parents to facilitate fluent speech. *Journal of Fluency Disorders* 1988; 13: 163-72.
- Lincoln M, Harrison E. The Lidcombe Program. En: Onslow M, Packman A, eds. *The Handbook of early stuttering intervention*. San Diego: Singular Publishing Group; 1999.

- Louko L, Conture EG, Edwards ML. Treating children who exhibit co-occurring stuttering and disordered phonology. En: Curlee RF, ed. Stuttering and related disorders of fluency. New York: Thieme; 1999.
- Manning WH. Clinical decision making in the diagnosis and treatment of fluency disorders. Albany: Delmar; 1996.
- Nelson L. Language formulation related to dysfluency and stuttering. En: Stuttering therapy: Prevention and intervention with children. Memphis: Stuttering Foundation of America; 1985.
- Nippold MA, Rudzinski M. Parents' speech and children stuttering: A critique of the literature. Journal of Speech and Hearing Research; 1995; 38: 978-89.
- Onslow M, Andrews C, Lincoln M. A contro/experimental trial of an operant treatment for early stuttering. Journal of Speech and Hearing Research 1994; 37: 1244-59.
- Onslow M, Packman A. The Lidcombe Program of stuttering intervention. En: Bernstein Ratner N, Healey EC, eds. Stuttering research and practice. Bridging the gap. Mahwah: LEA; 1999.
- Perkins WH. Stuttering and science. San Diego: Singular Publishing Group; 1996.
- Pindzola RH. The Stuttering Intervention Program. En: Onslow M, Packman A, eds. The Handbook of early stuttering intervention. San Diego: Singular Publishing Group; 1999.
- Poulos MG, Webster WG. Family history as a basis for subgrouping people who stutter. Journal of Speech and Hearing Research 1991; 34: 5-10.
- Riley G. Stuttering Prediction Instrument for young children. Austin: Pro-Ed; 1981.
- Riley J, Riley G. Oral motor assesment and treatment : Improving sillable production. Austin: Pro-Ed; 1985.
- Riley J, Riley G. Treatment implications of oral motor discoordination. En: Peters HF, Hulstijn W, Starkweather CW, eds. Speech motor control and stuttering. Amsterdam: Elsevier Science Publisher; 1991.
- Riley J, Riley G. Speech Motor Training. En: Onslow M, Packman A, eds. The Handbook of eary stuttering intervention. San Diego: Singular Publishing Group; 1999.
- Rodríguez Morejón A, Beyebach M, Urruticoechea I. Técnicas sistémicas de intervención en tartamudez: creando el marco de intervención. En: Rodríguez-Santos JM, comp. Logopedia: prevención, evaluación e intervención. Málaga: AELFA; 1995; 147-78.
- Rodríguez Morejón A. Intervención temprana en tartamudez: criterios para tomar decisiones. Revista de Logopedia, Foniatría y Audio 2000; 20: 136-150.
- Runyan CM, Runyam SE. The Fluency Rules Program. En: Onslow M, Packman A, eds. The Handbook of early stuttering intervention. San Diego: Singular Publishing Group; 1999a.
- Runyan CM, Runyam SE. Therapy for school-age stutterers: An update of the Fluency Rules Program. En: Curlee RF, ed. Stuttering and related disorders of fluency. New York: Thieme; 1999b.
- Rustin L, Botterill E, Kelman E. Assesment and therapy for young dysfluent children: Family Interaction. San Diego: Singular Publishing Company; 1996.
- Shapiro DA. Stuttering intervention: a collaborative journey to fluency freedom. Austin: Pro-Ed; 1999.
- Starkweather CW. The effectiveness of stuttering therapy: An issue for science? En: Bernstein Ratner N, Healey EC, eds. Stuttering research and practice. Bridging the gap. Mahwah: LEA; 1999.
- Starkweather CW, Givens-Ackerman J. Stuttering. Austin: Pro-Ed; 1997.
- Starkweather W, Gottwald S, Halfond M. Stuttering prevention: A clinical method. Englewood Cliffs: Practice Hall; 1990.
- Wall M, Myers FL. Clinical management of childhood stuttering. Baltimore: University Park Press; 1995.
- Yairi E. Home enviroment and parent-child interaction in childhood stuttering. En: Curlee RF, Siegel JM, comps. Nature and treatment of stuttering. New directions. Needham Heights: Allyn and Bacon; 1997a.
- Yairi E. Disfluency characteristics of childhood stuttering. En: Curlee RF, Siegel JM, comps. Nature and treatment of stuttering. New directions. Needham Heights: Allyn and Bacon; 1997b.
- Yairi E, Ambrose N. Spontaneous recovery and clinical trials research in early childhood stuttering: A response to Onslow and Packman (1999). Journal of Speech, Language and Hearing Research; 1999; 42: 402-9.
- Yairi E, Ambrose NG, Paden EP, Throneburg RN. Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. Journal of Communications Disorders 1996; 29: 51-77.
- Yairi E, Ambrose N, Cox N. Genetics of stuttering: A critical review. Journal of Speech and Hearing Research 1996; 39: 771-84.
- Zebrowski PM. Assisting young children who stutter and their families: Defining the role of speech language pathologist. American Journal of Speech-Language Pathology 1997; 6: 19-28.

Correspondencia:

Dr. Alberto Rodríguez Morejón
 Dpto. de Psicología Social y de la Personalidad
 Facultad de Psicología. Universidad de Málaga
 Campus de Teatinos, s/n. Málaga
 Correo electrónico: aromore@uma.es