Rev. Chil. Pediatr. 58(6); 456-460, 1987

Aspectos clínicos y psicopatológicos de la tartamudez precoz patológica

Dr. Carlos Almonte V.¹; Psicof. Sofía Lecaros Z.²; Fonoaudiol. Edith Schwalm A.³;
T. Ocupac. M. Astric Salen Ch.⁴

Clinical and psychopathological aspects of early pathological stuttering

The authors analyse 13 children of both sexes who began stuttering before 7 years of age and consulted during this period. A distinction is made between "physiological" stuttering and early "pathological" stuttering, focusing the study in the latter group. The different areas of neuropsychological development are analyzed, finding disturbances in speech and language organization in 77% of the children, (n = 10) and difficulties in mother-child communication in 100% of the cases. The authors pose that early "pathological" stuttering should be treated considering language and interpersonal relationships, since in a high percentage of patients it becomes chronic, possibly persisting along school years, adolescence, and even adulthood, disturbing the development of personality and interpersonal relationships. This is not the case with "physiological" stuttering, which shows spontaneous remission.

(Key words: early pathological stuttering, development of language, family relations).

Durante los últimos doce años los autores han estudiado la tartamudez de 150 niños.

En el año 1986 se publicaron los resultados obtenidos en una muestra de 52 niños con tartamudez de curso crónico, en la cual se analizaron diversos aspectos clínicos y psicopatológicos¹. Los hechos más significativos fueron que 71% de ellos había iniciado la tartamudez antes de los 7 años, y ésta se asociaba con frecuencia a perturbaciones del desarrollo psicomotor, de las funciones perceptivomotoras y a trastornos específicos del aprendizaje de la lecto-escritura, así como a perturbaciones del desarrollo de la personalidad y de las relaciones interpersonales.

Estos hechos sugerían la conveniencia de enfocar un estudio en los menores de 7 años lo que

permitiría apreciar las características de la tartamudez en sus inicios, como también el compromiso de las funciones del desarrollo mencionadas.

La información que se ofrece a continuación se refiere a las tartamudeces precoces patológicas, las que comienzan antes de los 7 años de edad, persisten más de 6 meses, se asocian a menudo a trastornos del habla y del lenguaje y tienden a la cronicidad, todo lo cual las distingue de las tartamudeces fisiológicas.

Los objetivos de este estudio fueron describir el estado evolutivo de las diferentes áreas del desarrollo neuropsíquico, su eventual compromiso en los niños afectados de tartamudez precoz patológica y describir sus relaciones interpersonales dentro del ámbito familiar.

MATERIAL Y METODO

Se diseñó un estudio exploratorio, clínico, descriptivo, en una muestra compuesta por todos los niños menores de 7 años de ambos sexos que iniciaron tartamudeo antes de los 6 años y que consultaron en el Centro de Investigaciones del desarrollo integral del niño (CIDIN), entre el 3 de marzo de 1982 y el 31 de mayo de 1983. La muestra estuvo constituida por 11 varones y 2 mujeres, cuyas edades en el momento de consultar fluctuaban entre 4 y 6 años 9 meses; todos ellos habían

1. Psiquiatra Infantil.

2. Psicóloga.

3. Fonoaudióloga.

4. Terapeuta Ocupacional.

Centro de Investigaciones del Desarrollo Integral del Niño. Servicio de Neurología y Neurocirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile y Servicio Otorrinolaringología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

iniciado la tartamudez entre los 2 y los 6 años. El tiempo de evolución del síntoma variaba entre 7 meses y 3 años.

Se estudiaron diferentes aspectos del desarrollo: en primer término se examinaron las funciones neurológicas y maduración neuromotora; la psicomotricidad se evaluó mediante las pruebas de Oseretski revisión Guilmain modificada por Pierre Vayer correspondiente a la primera y segunda infancia^{3,4}; para el estudio de las funciones perceptivo-motoras, se consideró el desarrollo de la organización perceptiva, la integración del esquema corporal y de las relaciones tiempo-espaciales. La comunicación verbal se estudió con un examen fonológico, observando la respiración, los órganos articulatorios, la voz, habla, lenguaje y la conducta comunicativa. Esto se llevó a cabo mediante el examen anatómico funcional de los órganos articulatorios, una evaluación lingüística semiestructurada que contempló la articulación, denominación, descripción y narración y la aplicación de la Prueba de rastreo de gramática española, "Screening Test of Spanish Grammar" (STSG) de Toronto⁵, para analizar los aspectos gramaticales de la recepción y expresión del lenguaje.

Las funciones intelectuales fueron evaluadas con las pruebas de Wechsler (escala infantil) o con las pruebas de Binet, de acuerdo a las características de cada caso. Las funciones psicolingüísticas fueron estudiadas con la prueba de Habilidad Psicolingüística de Illinois, de Kirk y Mc Carthy.

Dentro del área de las relaciones interpersonales sólo se estudiaron las relaciones parento-filiales. Para evaluar estas relaciones se utilizaron datos de anamnesis, observación de las interacciones en situación de entrevista y conclusiones de las pruebas proyectivas (CAT, dibujo de la familia).

RESULTADOS

En el estudio neuropsiquiátrico se repitió como antecedente familiar más relevante el de la tartamudez en familiares adultos, que se encontró en 46,2% de los casos (n=6). En cuanto a la ubicación en la fratría, no se registró ningún niño de ubicación intermedia en la familia: 61,5% (n=8) eran los últimos hijos, 30,8% (n=4) hijos únicos y 7,7% (n=1) primeros hijos. Entre los antecedentes personales se registraron aquellos que pudieran tener alguna relación con la tartamudez 77% (n=10) habían iniciado el lenguaje en la edad correspondiente; 15,4% (n=2) con discreto retardo y sólo 7,7% (n=1) presentó franco retardo, iniciando el lenguaje después de los 36 meses.

Se registraron antecedentes de dislalias múltiples en 38,5% de los niños (n=5). En la mayoría, 69,2% (n=9), la tartamudez se había presentado en forma persistente y sin intermitencias, en tanto

que en 30,8% (n=4) se habían producido intermitencias. El síntoma era estacionario en 53,8% (n=7), en 38,5% (n=5) tendía a acentuarse y en 7,7% (n=1) había ido atenuándose.

El tipo de tartamudez fue tónico-clónico en 84,6% (n=11); sólo en un caso era tónica y en otro clónica aislada.

El grado de tartamudez, de acuerdo a la magnitud descrita en un trabajo anterior¹, fue variable predominando las formas moderadas y leves: 53,8% (n=5) y, 38,5% (n=5), respectivamente. Sólo se encontró un caso de tartamudez severa y ninguno muy severo.

Había conciencia de tartamudear o al menos de presentar dificultades del habla en 69,2% (n=9) pacientes, los otros 4 no manifestaron conciencia de algún tipo de dificultad en la expresión oral.

Sólo 46,2% (n=6) habían recibido medicamentos, psicoterapia, o manejo ambiental, sin obtener resultados positivos. En 69,2% (n=9) de los casos el examen neurológico fue normal, en los demás no se encontraron alteraciones leves que no configuraban síndromes neurológicos definidos.

La neuromotricidad fue normal en 53,8% (n=7) de los niños, en los otros 6 se encontró inmadurez (46,2%), que fue considerada leve en 30,8% (n=4) y moderada en un 15,4% (n=2) del total.

El estudio de la psicomotricidad dio por resultado normalidad del desarrollo psicomotor en el 61,5% (n=8) de la totalidad del grupo examinado, en tanto que 38,5% (n=5) presentaban diferentes formas de retardos parciales de la psicomotricidad.

Las funciones perceptivo-motoras fueron normales en 69,2% de los niños (n=9), los restantes mostraron inmadurez leve o moderada.

El examen anatómico funcional de los órganos articulatorios mostró la ausencia de alteraciones significativas orofaciales. La respiración era normal en 69,2% (n=9). Los 4 niños con alteraciones, correspondían a respiradores bucales y espasmos respiratorios durante la emisión del habla.

Los trastornos de la voz correspondían a alteraciones del timbre vocálico (disfonía); alteraciones de la resonancia vocal (nasalización); emisiones vocálicas espasmódicas y voz inspiratoria ocasional alcanzando a 61,5% (n=8), los restantes (n=5) mostraban formación normal.

En el habla, además del trastorno del ritmo

característico de la tartamudez se encontró en 77% (n=10) trastornos fonológicos, siendo el habla uno de los aspectos cuantitativamente más perturbados en todos los niños estudiados. Dentro de las alteraciones del habla, coexistían las dislalias propiamente tales con las deformaciones asistemáticas de la estructura de la palabra, producidas por asimilación, disimilación, inserción, contaminación, etc., semejantes a las observadas en los retrasos simples del lenguaje. Como cuadros aislados las "dislalias múltiples" representaron 30,4% (n=4) de la muestra, el rotacismo 7,7% (n=1) y el ceceo 7,7% (n=1).

En el 77% de los casos (n=10) habían alteraciones de la organización del lenguaje entre las que se consignaron trastornos morfosintácticos y semánticos, que se pusieron en evidencia en las pruebas más complejas, que exigían un "corpus" verbal más amplio y semi-espontáneo. Los trastornos morfosintácticos aislados, alcanzaron a 53,8% (n=7). En el aspecto morfosintáctico expresivo lo más característico fueron los agramatismos que ocurrieron en 38,5% (n=5) de los niños que se manifestaron como omisión de nexos gramaticales, alteraciones en el manejo de gramemas y de estructuras sintácticas. En lo receptivo se presentaron perturbaciones semejantes pero sólo en la decodificación de enunciados complejos.

Los trastornos semánticos ocurrieron en 69,2% (n=9) pacientes y se hicieron evidentes en lo expresivo y lo receptivo, caracterizándose por marcada pobreza léxico-semántica, contaminación de elementos dentro del mismo campo semántico, distorsión e incoherencia semántica en el relato. Estos desórdenes no fueron tan evidentes en el lenguaje espontáneo, pero sí en los exámenes específicos.

La conducta comunicativa fue adecuada a la situación de examen en 77% (n=10). Los otros 3 niños, tenían trastornos caracterizados por verborrea, oposicionismo, distractibilidad y dificultad en el contacto afectivo.

En el estudio de las funciones intelectuales se encontró 53,8% (n=7) con niveles normales o superiores a lo normal y 46,2% (n=6) de subnormalidad, considerando ésta entre cocientes intelectuales (CI) de 70 a 89. El funcionamiento intelectual de la mayoría de los niños, 61,5% (n=8), presentó armonía u homogeneidad entre rendimientos verbales y perceptivo-motores, en tanto que los demás mostraban disarmonía significativa, correspondiendo en la totalidad a una

baja verbal.

La edad psicolingüística fue igual o mayor que la edad cronológica en 61,5% (n=8) y menor en los restantes casos. No se encontró un perfil típico de las diferentes funciones examinadas por la prueba.

En el estudio de las relaciones parento-filiales los resultados obtenidos difieren según la procedencia de los datos, existiendo en general conciencia sobre la información lograda por la observación de las interacciones y los resultados de las pruebas proyectivas. Sin embargo, los datos de la anamnesis entregados por el niño y por los padres no siempre fueron coincidentes.

Para calificar las relaciones como satisfactorias o insatisfactorias se usaron los criterios señalados en una comunicación anterior¹.

De acuerdo a los datos de anamnesis de los padres, la relación padre-hijo era satisfactoria en 69,2% de los casos, insatisfactoria en 15,4% (n=2) y no se obtuvieron datos de los otros dos. La relación madre-hijo fue satisfactoria en 53,8% (n=7) e insatisfactoria en los demás casos. Según los datos proporcionados por los niños, la relación padre-hijo fue satisfactoria en 53,8% (n=7); insatisfactoria en 23,1% (n=3) no consignada en 23,1% (n=3). La relación madre-hijo fue satisfactoria en 46,2% (n=6), insatisfactoria en el 46,2% (n=6), sin datos en el 7,7% (n=1). La coincidencia entre la información del hijo y la de sus propios padres, sólo se dio en 46,2% (n=6).

La observación de las interacciones espontáneas padre-hijo fueron consignadas como insatisfactorias en 61,5% (n=8) de los casos, satisfactorias en 7,7% (n=1), los demás casos no ocurrieron. En esta misma situación las interacciones madre-hijo fueron insatisfactorias en todos los casos.

De los resultados obtenidos por las pruebas proyectivas, la relación padre-hijo fue insatisfactoria en 53,8% (n=7), satisfactoria en 30,8% (n=4) y no se obtuvieron datos en dos pacientes. La relación madre-hijo se reveló insatisfactoria en 92,3% (n=12), no obteniéndose datos en el otro niño.

COMENTARIO

Al comparar los resultados de esta muestra con los obtenidos en un trabajo anterior¹, cuya

muestra abarcaba desde los 3 a 19 años, se observaban algunos hechos interesantes que permiten individualizar mejor este grupo.

En el trabajo anterior la mayoría de los niños tenía conciencia de tartamudear, predominaban las formas mixtas de intensidad moderada, seguidas por las formas severas o muy severas. En esta muestra, la tercera parte no tenía conciencia de tartamudear y menos aún de presentar otro tipo de dificultad en la expresión verbal, predominando las formas mixtas de intensidad moderada, seguidas en frecuencia por las formas leves. En ambos grupos se da la tendencia a la agravación o mantención del síntoma. Todo esto nos permite postular que las experiencias negativas y las secuencias interaccionales ansiógenas van acentuando la conciencia de dificultad que se expresa en la fijación del síntoma, en la agravación de la intensidad de éste, en la dificultad de las relaciones interpersonales, lo que finalmente puede perturbar el desarrollo de la personalidad.

Al analizar los resultados obtenidos en el examen anátomo-funcional de los órganos articulatorios, no se observaron alteraciones. Por otra parte, con respecto al desarrollo neurológico, de la neuromotricidad y psicomotricidad, como de las funciones perceptivo-motoras, se aprecia una gran proporción de normalidad, en tanto que un porcentaje menor presenta inmadurez leve. Por el contrario, los datos en cuanto a voz, habla y organización del lenguaje, muestran esta área altamente comprometida, lo que corrobora los hallazgos de otros autores^{6,7}. Así, en la mayoría de los niños se revelan alteraciones de la voz, alteraciones fonológicas, trastornos de tipo morfosintáctico, semántico o ambos, viéndose a menudo comprometido el desarrollo cognitivo, especialmente en cuanto al pensamiento verbal. Esto plantea la existencia de condiciones biológicas favorables a la aparición y mantención del síntoma como a la perturbación de los aprendizajes que requieren de buen desarrollo verbal, por ejemplo la lecto-escritura. La determinante biológica también se ve avalada por la proporción de varones respecto a niñas que en esta muestra fue de 5:1 y los antecedentes familiares de tartamudez, presentes en alto porcentaje; por otra parte, aunque en los antecedentes personales del niño a menudo no hay constancia de retardo en la aparición del lenguaje, los trastornos en la organización de éste son muy frecuentes.

En esta muestra, desde el punto de vista del niño y su entorno llama la atención la ubicación de estos niños en la fratriá, ya que al iniciarse la tartamudez 92% (n=12) era hijo único o último, lo que en general favorece la sobreprotección: la sobre involucración emocional coarta la autonomía y debilita la eficiencia del niño en su enfrentamiento a las diversas situaciones de vida propias de su edad. Esto explicaría que a diferencia de los niños mayores en que se encontraban situaciones específicas perturbadoras, en esta muestra no se encontraron situaciones acentuadoras de síntomas.

Al estudiar las relaciones familiares se observa gran variabilidad en los resultados, que dependen del procedimiento utilizado, ya sea que se interroge al niño o a los padres, que se observen las interacciones, o que se utilicen pruebas proyectivas. Esto plantea la dificultad de las personas involucradas para enjuiciar objetivamente sus relaciones, siendo los resultados más concordantes los de los observadores externos.

En la muestra de niños mayores las disfunciones familiares eran moderadas o severas y los patrones de comunicación rígidos, con gran resistencia al cambio. Por el contrario, en esta muestra a pesar del alto número de relaciones insatisfactorias, las disfunciones familiares eran leves, con alta proporción de dificultades de la comunicación verbal y no verbal, especialmente en la relación madre-hijo. Sin embargo, los patrones de comunicación eran más flexibles en la interacción.

Las características que individualizan a este grupo de niños menores de 6 años, permiten afirmar que existen tartamudeces precoces que tienden a hacerse crónicas, por lo cual aquellos niños que presentan el síntoma más allá de 6 meses, que tienen perturbaciones en la organización del lenguaje, antecedentes familiares de tartamudez prolongada, y familias que no estimulan el desarrollo emocional, social y de la comunicación deberían ser considerados de riesgo. Este riesgo estaría en dos planos, el de la fijación del síntoma y el de la posible asociación de trastornos de aprendizaje y alteraciones en el desarrollo de la personalidad.

En este sentido, parecería conveniente separar las tartamudeces precoces, para el tratamiento, en "fisiológicas" y "patológicas".

Las tartamudeces precoces "fisiológicas" podrían ser, a menudo, expresión de un momento

crítico en la vida de niños con cierta fragilidad en el área del lenguaje; sería una forma de reaccionar, como ocurre en otros síntomas, a una situación de tensión. Estas podrían remitir solas al desaparecer el factor externo. Sin embargo, en otros casos el síntoma no remite solo ya que el entorno del niño mantiene la situación desfavorable o comienza a reaccionar frente al síntoma del niño.

Este tipo de tartamudeces precoces requerirían orientaciones generales a los padres frente al síntoma mismo e indicaciones para favorecer el desarrollo normal del niño en las áreas del lenguaje, emocional, de las interacciones y de la integración social.

En las tartamudeces precoces "patológicas", existe un trastorno prolongado de la comunicación y por lo tanto requerirían las mismas orientaciones anteriores; si hubieran índices de perturbaciones del lenguaje ya sea en el examen clínico, en su rendimiento escolar, sería necesario una evaluación de funciones cognitivas y eventualmente un tratamiento en esta área. Además se requeriría de técnicas terapéuticas que estimularan el crecimiento personal, la comunicación verbal y no verbal, el habla y lenguaje espontáneo en un contexto protegido y directivo.

RESUMEN

Se estudian 13 niños de ambos sexos portadores de tartamudez iniciada antes de los 7 años y que consultaron en este período etario. Diferen-

cian en este período la tartamudez fisiológica de la precoz patológica, focalizando el estudio en el último grupo. Se analizan las diferentes áreas del desarrollo neuropsicológico, comprobando en el 77% (n=10) perturbaciones en el habla y en la organización del lenguaje y en 100% dificultades en la comunicación madre-hijo. Se plantea que la tartamudez precoz patológica a menudo debe ser tratada en cuanto a organización del lenguaje y relaciones interpersonales ya que en un alto porcentaje se hace crónica, pudiendo persistir durante el período escolar, adolescencia e incluso adultez, perturbando el desarrollo de la personalidad y de las relaciones interpersonales. Esto no ocurriría con la tartamudez fisiológica que es de resolución espontánea.

REFERENCIAS

1. Almonte C., Lecaros S., Sepúlveda G. et al: Tartamudez infanto-juvenil. Enfoque Multidisciplinario. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1986; 32: 297-306.
2. Berthodín M.L.: Le Bégaiement Précoce. Approche orthophonique. *Neuropsych de l'enfance* 1979; 27: 265-267.
3. Vayer P.: El diálogo corporal. Barcelona Editorial Científico-médica. 1977; 20-41.
4. Vayer P.: El niño frente al mundo. Barcelona. Editorial Científico-médica. 1977; 201-240.
5. Toronto A.: Screening Test of Spanish Grammar. Evanston Ill. Northwestern. University Press 1973.
6. Wall M., Myers F.: A review of linguistic factors associated with early childhood stuttering. *J. Commun Disord* 1982; 15: 441-449.
7. Homzie M.J., Lindsay J.S.: Language and young stutterer: a new look at old theories and findings. *Brain Lang* 1984; 22: 232-252.