South American Publishing

SAP Dentistry. 2024; 2:194
doi: 10.62486/dent2024194

CASE REPORT

Characterization of the physiologic tartaleo from the point of view logofoniátrico

Caracterización del tartaleo fisiológico desde el punto de vista logofoniátrico

Lázaro Modesto Blanco Corrales[1], Madeleivis Iglesias Hernández[1], Bárbara Acosta Torres[1], Armando Armentero Conill[1]

[1]Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Facultad de Ciencias Médicas Ernesto che Guevara de la Serna. Pinar del Río, Cuba.

Cite as
Blanco Corrales LM, Iglesias Hernández M, Acosta Torres B, Armentero Conill A, Characterization of the physiologic tartaleo from the point of view logofoniátrico. SAP Dentistry. 2024; 2:194. https://doi.org/10.62486/dent2024194

Publication History
Submitted: 19-03-2024
Revised: 21-07-2024
Accepted: 01-12-2024
Published: 02-12-2024

Corresponding Author
Lázaro Modesto Blanco Corrales

ABSRACT

Physiological staccato is the most common speech disorder in pediatric age. Its etiology is multifactorial. The diagnosis is based on a correct anamnesis and clinical examination. Despite the fact that a large number of cases resolve spontaneously, treatment should not be delayed for more than a year, because long-standing forms have a worse prognosis. A literature review was carried out, finding 35 articles in total, of which only 15 fulfilled the validity criterion in order to explain the evolution of a clinical case with physiological stagnation from the point of view of Logofoniatric rehabilitation. Physiological tartarus is considered one of the chronic logofoniatric diseases that occur more frequently in the child population, which shows that the family's knowledge about the management and treatment of this condition in their children is still insufficient.

Keywords: Speak; Stammering; Disorder; Verbal Fluency; Forecast; Treatment.

RESUMEN

El tartaleo fisiológico es el trastorno del habla más frecuente en la edad pediátrica. Su etiología es multifactorial. El diagnóstico se basa en una correcta anamnesis y exploración clínica. A pesar de que un gran número de casos se resuelve espontáneamente, no se debe retrasar más de un año el tratamiento, porque las formas de larga evolución tienen peor pronóstico. Se realizó una revisión de literatura encontrándose 35 artículos en total de los cuales solo 15 cumplían el criterio de validez con el objetivo de explicar la evolución de un caso clínico con tartaleo fisiológico desde el punto de vista de la rehabilitación Logofoniátrica. El tartaleo fisiológico está considerada dentro de las enfermedades Logofoniátrica crónicas que se presentan con mayor frecuencia en la población infantil lo que demuestra que aún es insuficiente el conocimiento de la familia acerca del manejo y tratamiento de esta afección en sus hijos.

Palabras clave: Habla; Tartamudez; Trastorno; Fluidez Verbal; Pronóstico; Tratamiento.

© 2024; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUCCIÓN

El tartaleo fisiológico no es más que la alteración patológica del ritmo de la palabra. Es una alteración involuntaria de la fluencia de la expresión verbal que se caracteriza por la repetición de sonidos, sílabas o palabras, acompañadas de gestos faciales, o cambios en la frecuencia respiratoria, adamas de los bloqueos al hablar o las pausas prolongadas entre sonidos y palabras.[1,2] El mismo es la forma más frecuente y constituye en torno al 80 % de los casos. Ocurre en niños que están desarrollando las habilidades del lenguaje, generalmente entre los tres y los seis años.

Típicamente se inicia en pacientes que presentaban un desarrollo del lenguaje normal y con frecuencia lo hace de forma súbita (en la mitad de los casos entre uno y tres días y en un tercio en un único día). Dicho inicio no se asocia a factores ambientales o sociales concretos y la timidez no supone un factor de riesgo. El diagnóstico se basa en la clínica y no son necesarias pruebas complementarias.[1,2]

El tartaleo fisiológico o Disfluencia en el habla es un trastorno de la comunicación (no un trastorno del lenguaje) que se caracteriza por interrupciones involuntarias del habla acompañadas de tensión muscular en cara y cuello, miedo y estrés. Ellas son la expresión visible de la interacción de determinados factores orgánicos, psicológicos y sociales que determinan y orientan en el individuo la conformación de un ser, un hacer y un sentir con características propias. Los efectos psicológicos del tartaleo fisiológico pueden ser severos afectando el estado de ánimo de la persona de forma continua llegando a ser causa en muchos casos, de un importante aislamiento social.[1,2]

Además, el tartaleo fisiológico es una discapacidad muy estigmatizada, donde continuamente se cuestiona la inteligencia y habilidad emocional de la persona que tartamudea, pues se cree que con "calmarse" o "concentrarse más en lo que se dice" se logrará hablar de forma fluida. Comienza, de modo característico, entre el segundo y cuarto año de vida, aunque se suele confundir con las dificultades propias de la edad a la hora de hablar. Al final, solo uno de cada 20 niños acaba tartamudeando y muchos de ellos superan el trastorno en la adolescencia.[1,2]

El tartaleo fisiológico no distingue clase social ni raza, sin embargo, es de tres a cuatro veces más común en hombres que en mujeres. Aún no se ha encontrado una causa específica para este desorden, sin embargo, en febrero de 2010 científicos anunciaron el descubrimiento de tres genes asociados con la prevalencia de esta enfermedad. Esto se ha estudiado desde hace varios años, cuando se comenzó a notar que la tartamudez prevalece en las familias. A pesar de creencias populares, esta enfermedad no está asociada con la ansiedad ni es un efecto de ella para su desarrollo; sin embargo, sí genera ansiedad en los individuos que la poseen, llegando a convertirse en fobia social, en donde se teme tartamudear frente a las personas, provocando en muchos casos el aislamiento social de quien tartamudea.[3]

Por lo antes planteado se presenta como objetivo explicar la evolución del cuadro clínico de un paciente con tartaleo fisiológico desde el punto de vista de la rehabilitación Logofoniátrica.

REPORTE DE CASO

Paciente de cuatro años de edad que, de forma súbita, hace diez días presenta alteración del habla consistente en vacilaciones, titubeos, imprecisiones orales, repeticiones de sonidos, sílabas y palabras, elongaciones de sonidos y contracciones musculares espasmoideas aisladas y pocas. No tiene otra sintomatología neurológica. Los padres lo relacionan con un traumatismo craneal sufrido el día previo al inicio del cuadro. Previamente su lenguaje era pausado y se consideraba como normal para su edad. Presentaba una adecuada adquisición de habilidades del lenguaje y otros hitos del neurodesarrollo hasta el momento actual.

Exploración

En la exploración, el paciente presenta un lenguaje coherente con repetición de fonemas en las frases y pausas prolongadas entre los mismos. La pronunciación es correcta pero el paciente tiene que esforzarse para controlarla. Organiza oraciones de tres o cuatro palabras sin problemas sintácticos. Muestra una adecuada comprensión oral. El resto de exploración neurológica normal.

Diagnóstico

El niño en esta etapa tiene la facultad de pensar prácticamente sin límites en desventaja con su capacidad articulatoria y vocabulario limitado en estos primeros años de la vida, caracterizándose por vacilaciones, titubeos, imprecisiones orales, repeticiones de sonidos, sílabas y palabras, elongaciones de sonidos y contracciones musculares espasmoideas aisladas y pocas (Tonus).

Ante estos datos se diagnostica que el paciente presenta un trastorno de la fluidez verbal que es el tartaleo fisiológico, etapa previa a la tartamudez y se recomienda la valoración por un especialista.

DISCUSIÓN

Tartaleo fisiológico o disfemia es una alteración involuntaria de la fluencia de la expresión verbal. Se caracteriza por la repetición de sonidos, sílabas o palabras, los bloqueos al hablar o las pausas prolongadas entre sonidos y palabras. El tartaleo fisiológico es la forma más frecuente donde el porciento mayor de los niños evoluciona a la normalidad a través del equilibrio pensamiento-habla y por lo tanto hay una expresión verbal idónea, adquiriéndose mediante el proceso de maduración del lenguaje infantil, en la que influye notablemente el medio familiar, debiendo adoptar una posición inteligente y comprensiva, ignorando las dificultades normales de esta etapa y facilitando lenta y gradualmente la adquisición de un mayor vocabulario.[4,5]

El 1 % de los niños evolucionan hacia un tartaleo definido, existiendo una incoordinación entre la mecánica del habla y la concepción verbal con una base orgánica heredo- constitucional.[4,5]

Existe un 2 % de los casos que desarrolla una vivencia anormal y conciencia exagerada de las dificultades orales inherentes a esa

etapa fisiológica de integración del habla, detienen y desvían la formación del automatismo oral, reaccionando de manera neurótica y convirtiéndose en tartamudos. Este proceso ocurre por dos vías: la exógena y la endógena.[4,5]

La tartamudez por vía exógena se produce por presiones familiares. Es el medio ambiente que rodea al niño en que insiste para que le mismo hable mejor, en un afán "perfeccionista oral" completamente fuera de tiempo, la mayoría de las veces en tono exigente, demandando la supresión de las repeticiones y titubeos. Se puede comprender fácilmente la situación crítica en que es colocado el pequeño, dándose cuenta de que no habla bien, queriendo suprimir sus dificultades, para lo cual no encuentra a su disposición nada más que su esfuerzo muscular articulatorio, ya que el equilibrio pensamiento-habla, que es en definitiva lo que va a resolver la situación, no puede llegar más que por un proceso de maduración y enriquecimiento del vocabulario. Estas exigencias orales de los familiares, aun de buena fe, colocan al niño en el callejón sin salida de las contracciones espasmoideas que adonde único pueden conducirlo es a la tartamudez.[4,5]

Otra vía, la endógena en la que algunos niños, evolucionan hacia la tartamudez sin presiones externas, percatar por sí mismo de sus dificultades orales y desarrollan de esta forma el trastorno.[4,5]

Evolución del tartaleo fisiológico

Hay algunos autores que partiendo del tartaleo fisiológico han llegado a plantear el concepto de tartamudez evolutiva. Es a Fröschels a quien se le reconoce entre otros méritos, el ordenamiento estructural de la evolución de la tartamudez.

La evolución del cuadro clínico partiendo de las repeticiones del sonido, sílabas y palabras (clonus) propias de la etapa del tartaleo fisiológico, vendrían las primeras contracciones musculares para constituir una etapa de clonus- Tonus, al aumentar la incidencia del esfuerzo muscular, predominaría un estado de Tonus- clonus, hasta llegar por último a una etapa caracterizada mayormente por Tonus más frecuentes, de mayor intensidad y más organizados, enmarcándose la tartamudez inicial. Estas dificultades continúan llamando la atención de los demás y del propio niño que autocriticándose e insistiendo cada vez más en el empleo de la fuerza muscular, lo llevan rápidamente a una concatenación de síntomas que lo conducen hacia la tartamudez definida donde predomina la toma de conciencia de sus dificultades.[6,7]

Gran parte de los casos empiezan en el tercer año de vida y a partir de los cinco años el riesgo de inicio de tartamudeo es muy bajo. Las diferencias entre los dos sexos son escasas en los primeros años de vida, mientras que en los adultos la relación hombres-mujeres es 4:1, lo que indica que las mujeres se recuperan más frecuentemente que los varones. Los efectos de la raza, cultura, bilingüismo o nivel socioeconómico en la incidencia y prevalencia de la tartamudez siguen siendo dudosos.[8]

Existe un gran número de casos de recuperación completa de forma espontánea, cuyas cifras varían entre los diferentes estudios. En general se considera adecuado realizar un seguimiento de estos pacientes durante un año antes de instaurar el tratamiento. Sin embargo, en los casos en los que el niño esté angustiado, sea reacio a comunicarse con los demás o si existe gran ansiedad paterna, está indicado comenzar el tratamiento de manera inmediata. Las formas de larga evolución tienen peor respuesta al tratamiento. Uno de los métodos más eficaces y utilizados por los logopedas es el llamado Lindcombe, en el que se enseña a los padres a utilizar técnicas de retroalimentación positiva en el domicilio.[9,10]

Consejos Familiares

La regla de oro consiste en que el niño no puede percibir que recibe un tratamiento para el habla y, mucho menos, que está siendo observado o controlado en cada una de las actividades.[10,11,12,13]

Orientarle al niño

- Hablar despacio.
- Respirar antes de hablar o apoyarse sobre la palabra del interlocutor.
- Pensar antes de hablar.

Orientarles a los familiares:

- No apurarlo.
- No rectificarlo.
- No felicitarlo cuando hable bien
- No regañarlo si habla mal.
- En resumen, ignorar su habla.

Realizar actividades para el trabajo con la respiración, tales como:

- Inflar globos
- Soplar velas(o cualquier otro objeto que sea de su interés) aumentando la distancia paulatinamente.

Narrar de forma oral apoyándose en láminas de cuentos de su interés, facilitando así la fluidez oral y el desarrollo del vocabulario.
Utilizar el juego como actividad fundamental y por medio de este realizar la labor correctiva.
Eliminar métodos educativos incorrectos:

- Evitar someterlo a situaciones que provoquen tensión tales como hablar ante personas que no desee, mostrar sus conocimientos.
- No hacer consciente al niño de su dificultad para realizar satisfactoriamente la comunicación oral.

Garantizar una dinámica familiar adecuada, que el niño se sienta aceptado, querido, escuchado, comprendido, rodearlo de vivencias positivas.

Estimular el desarrollo del niño, tratando de evitar siempre en él la ansiedad motivada por la comunicación y garantizando un adecuado régimen del día e higiene física, mental y ambiental.

Realizar conteos o sonidos sostenidos en un tiempo determinado sin interrupción, dando a entender siempre que es un juego, teniendo en cuenta la edad del niño.

Ejemplo: 1, 2, 3,4…. Aaaaaaa….

La realización de estas actividades y el tener en cuenta estos consejos, sin dudas facilitará la comunicación de los niños.

Tratamiento

Este está basado en una serie de medidas encaminadas a prevenir el surgimiento de la enfermedad o a evitar serias complicaciones. Para lograr este objetivo es necesario:[12]

- Cumplir con todos los consejos familiares antes mencionados.
- Estimular o favorecer el desarrollo del vocabulario en el niño (leyéndole cuentos, relatándole anécdotas, hablándole mucho de manera clara, precisa y sin deformar palabras)
- Prolongación vocálica: en palabras o frases cortas prolongar las vocales:

Laaaaaaaaaaa peeeeeeeeeeloooooooooootaaaaaaaaaa

CONCLUSIONES

El tartaleo fisiológico es un trastorno muy frecuente cuya incidencia epidemiológica aún no se ha definido totalmente. Puede sobrevenir a consecuencia de varios trastornos neurológicos y lesiones de diversa ubicación, y a pesar de avances recientes no se ha descubierto ningún mecanismo fisiopatológico que la explique plenamente. Su tratamiento se basa en los abordajes habituales de un programa rehabilitador logopédico.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Lázaro Modesto Blanco Corrales, Bárbara Acosta Torres, Armando Armentero Conill.

Curación de datos: Lázaro Modesto Blanco Corrales, Bárbara Acosta Torres, Armando Armentero Conill.

Análisis formal: Lázaro Modesto Blanco Corrales, Madeleivis Iglesias Hernández, Bárbara Acosta Torres, Armando Armentero Conill.

Investigación: Lázaro Modesto Blanco Corrales, Bárbara Acosta Torres, Armando Armentero Conill.

Metodología: Lázaro Modesto Blanco Corrales, Madeleivis Iglesias Hernández, Bárbara Acosta Torres, Armando Armentero Conill.

Supervisión: Lázaro Modesto Blanco Corrales, Madeleivis Iglesias Hernández, Armando Armentero Conill.

Validación: Lázaro Modesto Blanco Corrales, Bárbara Acosta Torres, Armando Armentero Conill.

Visualización: Lázaro Modesto Blanco Corrales, Madeleivis Iglesias Hernández, Armando Armentero Conill.

Redacción – borrador original: Lázaro Modesto Blanco Corrales, Madeleivis Iglesias Hernández, Bárbara Acosta Torres, Armando Armentero Conill.

Redacción – revisión y edición: Lázaro Modesto Blanco Corrales, Madeleivis Iglesias Hernández, Bárbara Acosta Torres, Armando Armentero Conill.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Méndez Hurtado D E, Vargas Pico J V. Recursos tecnológicos para estimular el desarrollo del lenguaje oral en niños de 4 a 5 años. Ecuador: Universidad Técnica De Ambato; 2021. https://repositorio.uta.edu.ec/server/api/core/bitstreams/afd85402-eced-42c3-a3a6-d0ec02a9c287/content

2. Agudelo Montoya C L, Pasuy Guerrero G Y, Ramírez Osorio J F. Adquisición y desarrollo del nivel fonológico del español en niños de 0 a 7 años, una aproximación desde la lingüística y la psico-lingüística. Rev. Latinoam. Estud. Educ. 2020. ; 16(1): 70-92. https://www.redalyc.org/journal/1341/134166565004/html/

3. Cueva Rey A S, Rebolledo Yange N E. El desarrollo del lenguaje oral en niños con estrabismo y ambliopía. Papel de la familia. Revista Transdisciplinaria de Estudios Sociales y Tecnológicos. 2023. ; 3(3): 5-11. https://revista.excedinter.com/index.php/rtest/article/view/86/78

4. Yépez ER, Padilla Álvarez GC. La oralidad y las dimensiones del lenguaje en los infantes. Re-vista CoGnosis.. 3 de mayo de 2021; 6(EE1): 01-22. https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Cognosis/article/view/1973

5. Alás Rupérez A, Ramos Sánchez I, Machado Casas I S, Fernández-Mayoralas D M, Gortázar Díaz M, Aguilera Albesa S. Trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación. Conceptos, clasi-ficación y clínica. Protoc diagn ter pediatr. . 2022.; 1: 19-30. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/03.pdf

6. Fernández Zúñiga Marcos de Leóna A, Gambra Moleresb S. Evaluación, intervención y evolu-ción en un caso de tartamudez temprana. Bol AELFA.. 2011. ; 11(2): 39-44. https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-aelfa-311-pdf-X1137817411272479

7. Labrada Romero B N, Rodríguez Vázquez C M, Campusano Peña R. Actividades para favore-cer el tratamiento de la tartamudez tónica en escolares de la enseñanza primaria. Rev Estudiantil de la Univ. de Granma. . 2019. ; 1(1): 14-23. https://revistas.udg.co.cu/index.php/reudgr/article/view/1774/3240

8. Rama Rodríguez A, Rehakova Novosadova L, Vidal Bouzas M, Latorre Cosculluela C, Ayllón Negrillo E, Vieiro Iglesias P. ¿Cómo evaluar e intervenir sobre la tartamudez? Un análisis de percep-ciones de especialistas en logopedia. Rev. investig. logop.. 2023. 13(1): e81643. https://revistas.ucm.es/index.php/RLOG/article/view/81643

9. El Cadaqui Calvo M, Molina Gutiérrez M A, Gómez Andrés D. Enfoque y manejo de la tarta-mudez. Rev Pediatr Atención Primaria.. 2015. ; 17: E47-51. https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v17n65/11_nota-clinica2.pdf

10. Guardia Arce K S, Garrón Prado M, Guzmán Rojas A V.Disfluencia Fisiológica en edad prees-colar. Revista Científica de Salud UNITEPC.. 2021. ; 8(1): 45-6. http://www.scielo.org.bo/pdf/rcsuni/v8n1/2520-9825-rcsuni-8-01-45.pdf

11. Millán Carrasco A M. Disfemia Guia de apoyo.. Murcia: Consejeria de Educación y Universidades; 2018. 1-49. https://www.infocop.es/pdf/Disfemia_%20gu_a%20de%20apoyo.pdf

12. Fabiana Stronati A. Características del lenguaje en un adolescente con trastorno del desarro-llo del lenguaje y tartamudez. Revista Neuronum.. 2022. ; 8(3): 2422-5193. https://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/429/507

13. Navarro Pecci L, Díaz Mesa E M. Tras-torno de la Fluidez Verbal de Inicio en la Infancia: Análisis de Causas, Consecuencias y Estrategias de Intervención. Facultad de ciencias humanas y sociales; 2020. .