



# Tartamudez infantil

## Prevención e intervención

Alicia Fernández-Zúñiga

Complementos digitales 

  
EDITORIAL  
SÍNTESIS

**Tartamudez infantil.  
Prevención  
e intervención**

PROYECTO EDITORIAL  
LOGOPEDIA

*Serie*  
GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Directores:  
Carlos Gallego  
Miguel Lázaro



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

# Tartamudez infantil. Prevención e intervención

**Alicia Fernández-Zúñiga**



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**  
En ella encontrará el catálogo completo y comentado.

© Alicia Fernández-Zúñiga

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono: 91 593 20 98  
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-470-7  
Depósito Legal: M-3648-2026

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

# Índice

|  |           |
|--|-----------|
| Introducción .....   | 9         |
| <b>Capítulo 1. La tartamudez infantil .....</b>            | <b>15</b> |
| 1.1. Qué es la tartamudez .....                            | 15        |
| 1.1.1. Criterios diagnósticos del DSM V-TR .....           | 17        |
| 1.1.2. Tipos de disfluencias .....                         | 18        |
| 1.1.3. Variabilidad .....                                  | 20        |
| 1.1.4. Medir las disfluencias .....                        | 21        |
| 1.1.5. Naturalidad .....                                   | 23        |
| 1.1.6. Edad de inicio .....                                | 23        |
| 1.1.7. Recuperación espontánea .....                       | 24        |
| 1.1.8. Factores de riesgo .....                            | 24        |
| 1.1.9. Género .....  | 25        |
| 1.1.10. Incidencia y prevalencia .....                     | 26        |
| 1.1.11. Circunstancias que influyen en el tartamudeo ..... | 26        |
| 1.2. Teorías y explicaciones sobre la tartamudez .....     | 32        |
| 1.2.1. Predisposición genética .....                       | 33        |
| 1.2.2. Estructura y funciones cerebrales .....             | 33        |
| 1.2.3. Factor lingüístico .....                            | 35        |
| 1.2.4. Aprendizaje .....                                   | 35        |
| 1.2.5. Personalidad .....                                  | 36        |
| 1.2.6. Temperamento .....                                  | 37        |
| 1.2.7. Ambientales .....                                   | 37        |

|  |           |
|--|-----------|
| 1.2.8. Lo que se sabe sobre la tartamudez .....                                      | 38        |
| Ideas clave .....  | 40        |
| Caso clínico .....   | 41        |
| Autoevaluación .....   | 43        |
| <b>Capítulo 2. Bases de la evaluación .....</b>                                      | <b>47</b> |
| 2.1. Enfoque multidimensional de la evaluación .....                                 | 47        |
| 2.2. Características de los niños preescolares .....                                 | 48        |
| 2.3. Recuperación espontánea .....   | 49        |
| 2.4. Factores de riesgo .....  | 50        |
| 2.4.1. Pronóstico de recuperación .....  | 54        |
| 2.5. Toma de decisiones en la evaluación: iniciar<br>o no tratamiento .....          | 56        |
| Ideas clave .....  | 57        |
| Caso clínico .....   | 58        |
| Autoevaluación .....   | 61        |
| <b>Capítulo 3. Evaluar la tartamudez en preescolares .....</b>                       | <b>63</b> |
| 3.1. Planificar la evaluación .....  | 63        |
| 3.2. Evaluación con los padres y entorno familiar .....                              | 67        |
| 3.2.1. Entrevista con los padres. Historia clínica .....                             | 67        |
| 3.3. Evaluación del niño .....   | 79        |
| 3.3.1. Actitud del terapeuta en la evaluación .....                                  | 79        |
| 3.3.2. Ensayo del patrón del habla .....   | 82        |
| 3.3.3. Observación y pruebas de evaluación .....                                     | 82        |
| 3.3.4. Test de fluidez y otras áreas .....   | 87        |
| 3.4. Análisis de los resultados y devolución<br>de la información a los padres ..... | 89        |
| 3.4.1. Devolver la información a los padres<br>y orientaciones .....                 | 90        |
| Ideas clave .....  | 91        |
| Caso clínico .....   | 92        |
| Autoevaluación .....   | 97        |
| <b>Capítulo 4. Programas de tratamiento para preescolares .....</b>                  | <b>99</b> |
| 4.1. Enfoques de intervención temprana .....   | 99        |
| 4.2. Prevención .....  | 100       |
| 4.2.1. Inicio del tratamiento .....  | 100       |

|   |     |
|---|-----|
| 4.2.2. Opción de seguimiento sistemático .....  | 100 |
| 4.2.3. Opción de tratamiento inmediato .....  | 101 |
| 4.3. Programas de tratamiento para preescolares .....                                     | 102 |
| 4.3.1. Programa de demandas y capacidades .....   | 103 |
| 4.3.2. Programa Lidcombe .....  | 104 |
| 4.3.3. Programa Palin PCIT .....  | 106 |
| 4.3.4. Diferencias y similitudes entre los tres tratamientos .....                        | 107 |
| 4.4. Otras terapias de tartamudez para niños preescolares .....                           | 108 |
| 4.4.1. Tratamiento de la tartamudez en preescolares<br>centrado en la familia .....       | 110 |
| 4.4.2. Terapia MINI-KIDS .....  | 112 |
| 4.4.3. Programa preventivo para preescolares .....  | 114 |
| 4.5. Consideraciones finales sobre los programas<br>de intervención en preescolares ..... | 114 |
| Ideas clave .....   | 116 |
| Caso clínico .....  | 117 |
| Autoevaluación .....  | 118 |

**Capítulo 5. Programa preventivo de la tartamudez en preescolares**

|  |     |
|--|-----|
| 5.1. Bases del programa preventivo .....                         | 121 |
| 5.2. Intervención con los padres .....                           | 123 |
| 5.2.1. Estrategias para la sesión con los padres .....           | 123 |
| 5.2.2. Modificar la forma de comunicación y las actitudes .....  | 131 |
| 5.2.3. Disminuir las demandas .....                              | 133 |
| 5.3. Intervención con el niño .....                              | 147 |
| 5.3.1. Estrategias para la sesión terapéutica con el niño .....  | 148 |
| 5.3.2. Generalizar lo aprendido .....                            | 148 |
| 5.3.3. Otras alteraciones coexistentes con la tartamudez .....   | 150 |
| 5.3.4. Cómo hablar del tartamudeo en función<br>de la edad ..... | 151 |
| 5.3.5. Qué decir al niño .....                                   | 152 |
| 5.3.6. Graduar el alta de la terapia .....                       | 156 |
| 5.3.7. Prevenir recaídas .....                                   | 157 |
| 5.4. Guía para el profesor de la escuela infantil .....          | 157 |
| 5.4.1. Actitud del profesor dentro del aula .....                | 159 |
| Ideas clave .....  | 162 |
| Caso clínico .....   | 162 |
| Autoevaluación .....   | 173 |

|   |     |
|---|-----|
| Capítulo 6. Guía para padres .....        | 175 |
| 6.1. Introducción .....                   | 175 |
| 6.2. Aprender a hablar .....              | 175 |
| 6.3. ¿Qué es el tartamudeo? .....         | 176 |
| 6.4. Recuperación espontánea .....        | 178 |
| 6.5. Origen de la tartamudez .....        | 179 |
| 6.6. ¿Qué pueden hacer los padres? .....  | 179 |
| 6.6.1. ¿Cómo hablar al niño? .....        | 182 |
| 6.6.2. Facilitar el habla fluida .....    | 183 |
| 6.6.3. ¿Cómo conversar con el niño? ..... | 184 |
| 6.7. Cómo se trata la tartamudez .....    | 185 |
| 6.8. Resumen .....                        | 188 |
| <br>                                      |     |
| Solucionario .....                        | 191 |
| Referencias bibliográficas .....          | 193 |



#### WEB

#### *Complementos digitales*

El código que se facilita en la primera página del presente libro da acceso a estos materiales complementarios en la página web [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com).

- Anexo I. Guías clínicas de tartamudez
- Anexo II. Cuestionario de fluidez (padres)
- Anexo III. Cuestionario inicial para tartamudez infantil
- Anexo IV. Perfil de interacción padre-hijo
- Anexo V. SLS: lista de detección de la tartamudez
- Anexo VI. Escala de inteligibilidad en contexto (ICS)
- Anexo VII. Cuestionario para el colegio

## 2.1. Enfoque multidimensional de la evaluación

Los trastornos de la fluidez y el tartamudeo se han abordado tradicionalmente desde la patología del habla, atendiendo fundamentalmente a las características de la fluidez, como las repeticiones, las prolongaciones, los bloqueos, etc. A partir de la explicación de la tartamudez como un trastorno multifactorial del neurodesarrollo, se extiende el marco de estudio y comprensión de la tartamudez de manera integral, al incorporar diferentes habilidades y capacidades del desarrollo del niño (en los aspectos cognitivo y afectivo, los relativos al temperamento, etc.) y poder valorar cómo interactúan entre sí (DSM-V-TR-APA, 2022; Smith y Weber, 2017).

Paralelamente, permite incorporar los factores ambientales que estén incidiendo en el aumento o la disminución de la dificultad del habla. En este sentido, la evaluación debe ser coherente con este enfoque e incluir los datos que la evidencia científica muestra.

Para el terapeuta, esta perspectiva teórica proporciona un marco de actuación y una guía sobre cómo abordar, en su conjunto, los diferentes componentes que conforman el trastorno.

La aparición y el desarrollo de la tartamudez se relacionan con la existencia de una cierta predisposición genética, que posteriormente interactúa con otras fortalezas y debilidades durante el

desarrollo del niño, en los aspectos lingüístico y motor, emocional, temperamental y social, así como con el ambiente en el que el pequeño se desarrolle (familia, cuidadores, escuela, etc.).

## 2.2. Características de los niños preescolares

La aparición y el desarrollo de la tartamudez entre los dos y los cuatro años coincide con un periodo de amplia evolución en diferentes áreas. El lenguaje y el habla avanzan de manera rápida, lo cual se produce junto con la evolución en otros campos del desarrollo (cognitivo, motor, emocional, social, etc.) (cuadro 2.1).

Estas nuevas adquisiciones del niño entre los dos y los cuatro años difieren de las que muestra a los cinco o seis años, y, al evaluar a niños de edades tempranas, hay que tener en cuenta su situación de constante cambio, con el desarrollo de algunas áreas a un ritmo acelerado mientras que en otras el avance es más lento.

Cuadro 2.1. *Desarrollo en la etapa de dos a cuatro años*

|   |  |
|---|--|
| <i>Desarrollo cognitivo y lingüístico</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nivel de comprensión situacional, del lenguaje y social. Desarrollo del juego simbólico, acciones secuenciadas. Crea historias.</li> <li>– Evolución rápida en el lenguaje expresivo y comprensivo, sorprendente.</li> <li>– Desarrollo amplio del léxico.</li> <li>– Emisiones de mayor longitud y complejidad.</li> <li>– Evolución en la comunicación efectiva.</li> </ul> |
| <i>Componente fonológico-fonético</i>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ampliación en el número de fonemas o sonidos que produce y combina.</li> <li>– Avance en el conocimiento y el dominio de las reglas fonológicas.</li> <li>– Aumento de la inteligibilidad del habla (con tres años es entendible por su entorno inmediato).</li> </ul>  |
| <i>Habilidades motoras</i>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Adecuadas planificación, coordinación y precisión motora en la producción del habla.</li> <li>– Perfecciona y mecaniza la coordinación de los movimientos de los órganos que intervienen en la fonoarticulación.</li> <li>– Avanza en la precisión de los sonidos vocálicos y consonánticos.</li> </ul>   |

[.../...]

|  |   |
|--|---|
| <b>Comunicación</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Amplía las funciones de sus intercambios comunicativos.</li> <li>– Utiliza el lenguaje de forma apropiada con diferentes personas.</li> <li>– Inicio en el uso de las reglas conversacionales:</li> <li>– Los turnos dentro de la conversación.</li> <li>– Amplía los temas e introduce otros nuevos en sus diálogos.</li> <li>– Reformula sus oraciones cuando se le pide.</li> <li>– Ajusta el lenguaje verbal y el no verbal al interlocutor.</li> <li>– Descubre que el lenguaje se puede usar para funciones básicas de su vida social.</li> </ul>  |
| <b>Desarrollo social</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Desarrollo de habilidades de relación social.</li> <li>– Avanza en la relación con personas diferentes.</li> <li>– Adaptación a situaciones de comunicación social que pueden generar tensión. Con adultos o personas no conocidas pueden aparecer inhibición social y pobre contacto ocular.</li> <li>– Niños menos sociables: escasas habilidades de escucha, tendencia a jugar solos, limitada capacidad para compartir el juego o las experiencias, problemas con el inicio de la conversación y el mantenimiento de temas, o un lenguaje no verbal poco ajustado al interlocutor (Ntourou et al., 2013).</li> </ul> |
| <b>Desarrollo emocional</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Está aprendiendo a regular sus emociones y a graduar el nivel de excitación emocional, lo que facilita la tolerancia a la frustración.</li> <li>– Mejora en el control de la conducta y en la interacción con los adultos, y avanza en la comprensión cognitivo-social.</li> <li>– Mejora la expresión de emociones (Eggers et al., 2010).</li> </ul>  |
| <b>Temperamento y funciones ejecutivas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Se está iniciando en el seguimiento de normas, patrones de conducta, tolerancia a la frustración y adaptación a los cambios del ambiente que le rodea, así como a demorar lo que desea.</li> <li>– Las características temperamentales del niño pueden incidir en una mayor reactividad o dificultad para hacer frente a situaciones estresantes de la vida diaria (Eggers et al. 2010; Ntourou et al., 2013).</li> </ul>  |

### 2.3. Recuperación espontánea

Entre los dos y los tres años, el tartamudeo aparece con alta frecuencia en los niños. Puede surgir de forma gradual o brusca, pero a lo largo del tiempo tiende a evolucionar, con gran variabilidad en intensidad y frecuencia. Dentro de estas variaciones, se pueden observar periodos

de recuperación y periodos de empeoramiento. Puede ocurrir que en uno de estos periodos las disfluencias desaparezcan de forma espontánea, sin intervención profesional (Yairi y Ambrose, 2013).

En relación con este hecho, en ocasiones se ha considerado la conveniencia de esperar hasta los cuatro años para derivar al niño a consulta, a la espera de una posible recuperación natural. Se han argumentado diferentes razones, como considerar el tartamudeo una etapa por la que atraviesan los niños en el desarrollo del lenguaje y que, con la evolución, tiende a desaparecer. Otras veces se ha planteado que una posible intervención centraría la atención del niño en sus disfluencias, lo que tendería a afianzarlas y a que tomara conciencia de su problema de habla.

Estos puntos de vista, lamentablemente, han incidido en el retraso de una intervención adecuada, confiando en el transcurso del tiempo para la remisión del tartamudeo, como informan frecuentemente los mismos padres (Pertijs *et al.*, 2014).

Sin embargo, la evidencia de los datos y la clínica indican que no todos los niños se recuperan espontáneamente, y cabe la posibilidad de que el tartamudeo se mantenga en el tiempo, pudiendo ocasionar otras dificultades en la comunicación, las relaciones sociales, las interacciones, etc., así como en los padres, por las posibles actitudes negativas hacia el habla que puedan alterar la comunicación con el niño.

Es evidente que un amplio número de niños que empiezan a tartamudear se recuperarán sin tratamiento. Numerosas investigaciones sobre la tartamudez temprana han descrito determinados factores de riesgo que pueden incidir en que el problema de fluidez sea transitorio o se mantenga a largo plazo. También hay evidencia de grandes diferencias en la posibilidad de recuperación sin tratamiento, así como de distintos factores que desempeñan un papel significativo en la recuperación o el mantenimiento del problema (Yairi y Ambrose, 2013) (cuadro 2.2).

## 2.4. Factores de riesgo

En función de estos datos, es necesario que los padres y los profesionales que estén en contacto con los niños se hallen bien informados sobre los síntomas de tartamudez que puedan indicar

una persistencia del problema, con el fin de orientar sobre los riesgos que supone no abordarlo tempranamente, así como los beneficios de intervenir a tiempo (Oonk y Busser, 2022; Pertijts *et al.*, 2014).

Desde que los niños empiezan a tartamudear, pueden dejar de hacerlo en un plazo de doce a veinticuatro meses sin tratamiento (Tumanova *et al.*, 2014; Walsh *et al.*, 2021; Yairi y Ambrose, 1999) (cuadro 2.4).

Los datos indican que entre el 75 % y el 80 % de los niños que se recuperan antes de los seis años lo hacen de forma natural. Esto indica que al menos entre un 20 % y un 25 % no se recuperarán de forma natural y que la dificultad se mantendrá en el futuro, con consecuencias importantes, como desarrollar tensión o miedo a hablar, evitar palabras o situaciones, reducir los contactos sociales, etc., que pueden afectar negativamente a la persona en su comunicación y su calidad de vida.

El inicio del tartamudeo después de los tres años y medio supone mayor riesgo que el de los niños que empiezan antes. La probabilidad de restablecimiento espontáneo de la fluidez disminuye en proporción directa a la cantidad de tiempo que el niño haya mantenido el tartamudeo.

Aproximadamente la mitad de los niños que comienzan a tartamudear tienen un familiar que también ha tartamudeado. El riesgo de que el niño siga tartamudeando aumenta si ese familiar sigue tartamudeando en la actualidad.

Otros factores de riesgo son los siguientes:

- Ser varón: de tres a cuatro niños por cada niña.
- Manifestar disfluencias atípicas con tensión, esfuerzo o movimientos asociados.
- Presentar dificultades en el lenguaje y retrasos en la comprensión o la expresión, así como errores de pronunciación, procesos de sustitución o alteración de los sonidos en las palabras –de tipo fonológico–, puede suponer una probabilidad mayor de mantener el problema (Oonk y Busser, 2022; Pertijts *et al.*, 2014).
- Dificultades en la coordinación o lentitud en los movimientos motores del habla.

- Una alta preocupación o ansiedad de los padres por el tartamudeo de su hijo puede influir, al mostrar involuntariamente reacciones emocionales ante las dificultades del hijo o desarrollar actitudes ante la comunicación de pena, impotencia, etc., así como al evitar hablar con él. Estas manifestaciones, habitualmente no verbales, pueden ser percibidas por el niño en las interacciones con sus padres (Fernández-Zúñiga, 1994; Yairi y Ambrose, 2005).
- Mostrar un temperamento reactivo, con signos emocionales de tensión o frustración ante sus disfluencias, puede aumentar el riesgo de tartamudez persistente. Asimismo, los niños sensibles y con un control emocional en desarrollo, que muestran reacciones negativas y menor autorregulación ante determinados eventos estresantes (cambios en el ambiente o en las rutinas, situaciones comunicativas nuevas, interlocutores poco conocidos, etc.) pueden verse afectados negativamente y mantener el habla disfluyente.

El aumento o mantenimiento de las dificultades de fluidez después de haber disminuido el problema al inicio puede ser un signo de riesgo para mantener el tartamudeo. Igualmente, presentar alteraciones adicionales al problema de fluidez, como conductuales o atencionales, supone una dificultad añadida. Sin embargo, la severidad del tartamudeo, con la presencia de bloqueos o movimientos asociados, no está relacionada con el mantenimiento o la recuperación (Yairi y Ambrose, 2005; Yairi y Seery, 2021).

Recientemente, se ha encontrado una mayor probabilidad de persistencia del tartamudeo en niños con menor rendimiento en tareas de repetición de pseudopalabras (Smith y Weber, 2017; Walsh *et al.*, 2021). Probablemente la investigación vaya incorporando factores que delimiten aquellos niños disfluyentes que tienen menos o más riesgo de mantener el problema. En la figura 2.1. se indican los factores de riesgo.

Si un niño presenta alguno de estos factores de riesgo o todas las señales de alarma, se debe recomendar a los padres que consulten a un terapeuta. Abordar el problema desde un punto de vista

preventivo, valorando la situación actual, puede evitar posibles consecuencias negativas del tartamudeo.



FIGURA 2.1. Factores de riesgo.

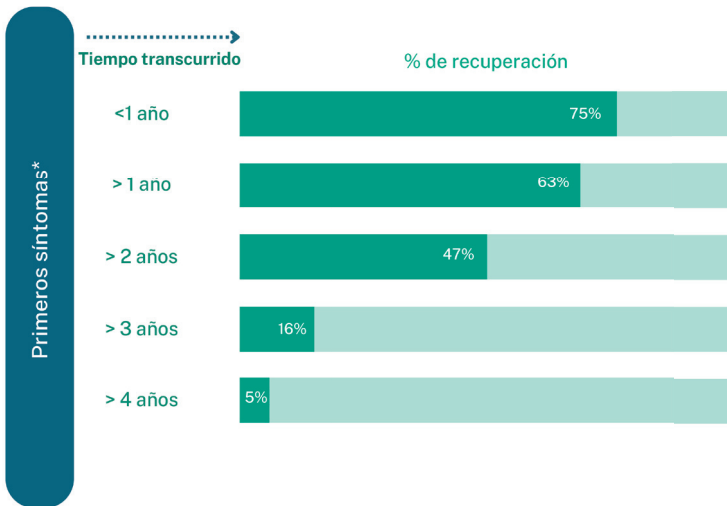
Contactar con un logopeda, fonoaudiólogo o profesional especializado en trastornos de fluidez es fundamental para identificar aquellos factores de riesgo del niño que puedan reducir o aumentar la posibilidad de que el tartamudeo persista o se dé una recuperación en el futuro.

Después de la valoración del niño y la familia, el profesional podrá determinar la existencia de los síntomas de alarma que presenta y, con esa información, estimar si es posible esperar un tiempo vigilando la evolución o si se debe empezar el tratamiento sin demora. Asimismo, podrá orientar a los padres para que puedan decidir qué hacer, informándoles de las ventajas y las desventajas de retrasar o comenzar el tratamiento bajo la supervisión de un logopeda o un especialista en fluidez.

Actualmente, hay una tendencia a recomendar una evaluación de todos los niños que han comenzado a tartamudear, independientemente del perfil del factor de riesgo (Zebrowski *et al.*, 2022).

### 2.4.1. Pronóstico de recuperación

La investigación informa de que el pronóstico de recuperación aumenta y alcanza un 82 % si el profesional proporciona orientaciones a los padres antes de que el niño tenga cinco años, mientras que esta proporción se reduce a un 37 % si la valoración del niño se retrasa después de los cinco años (figura 2.2).



\* La aparición de primeros síntomas de tartamudez después de los 4 o 5 años se ha asociado con un riesgo mayor de tartamudez persistente. Iniciar el tratamiento antes de que la tartamudez dure más de 15 meses aumenta la probabilidad de recuperación.

FIGURA 2.2. Pronóstico de recuperación.

Asimismo, como factor de recuperación se especifica la importancia de evaluar al niño cuando el tartamudeo está en sus inicios. Los datos revelan que los niños que superaron la dificultad fueron evaluados en una media de cuatro meses después de iniciado el problema, mientras que los niños que no la superaron habían sido evaluados diecinueve meses después de comenzar a tartamudear, como promedio.

En resumen, el periodo de persistencia del tartamudeo, desde que comienza, es un factor negativo para desarrollar un problema crónico. Esperar o retrasar la evaluación o el tratamiento de un niño

disfluyente es un riesgo innecesario, ya que aplicar a tiempo algún procedimiento de intervención puede aumentar significativamente las posibilidades de hablar con fluidez (Oonk y Busser, 2022; Pertijns *et al.*, 2014; Walsh *et al.*, 2021; Walkens y Van Eerdenbrugh, 2023; Yairi y Ambrose 2005; Yairi y Seery, 2021).

No obstante, los datos cuantitativos sobre remisiones espontáneas indican grandes diferencias, como se muestra en el cuadro 2.2.

**Cuadro 2.2. Pronóstico de recuperación y mantenimiento**

| <i>Pronóstico de recuperación</i>   | <i>Pronóstico de mantenimiento</i>  |
|---|---|
| Mayor probabilidad si se trata al niño dentro de los quince meses posteriores al inicio.  | Más probabilidad de que persista el tartamudeo si el tratamiento se inicia después de haberse mantenido la tartamudez durante más de quince meses.  |
| Una clara señal de posible recuperación es la tendencia a disminuir la severidad del tartamudeo durante el primer año desde que comenzaron los síntomas de tartamudez.  | La gravedad del tartamudeo y la presencia de conductas secundarias, bloqueos, prolongaciones, etc., son predictores de tartamudez persistente, si el tartamudeo se ha mantenido durante un año o más.                                     |
| La severidad de la tartamudez en el primer año no es un factor predictivo de la tartamudez persistente, ni un indicador de recuperación del tartamudeo.**   | La puntuación media ponderada (SLD) disminuye mínimamente en el grupo de niños que continúan tartamudeando de seis meses a un año después de comenzar. Una tendencia similar es evidente para los que adolezcan de una tartamudez severa. |
| Si la frecuencia del tartamudeo disminuye entre los seis meses y el año después del inicio del trastorno, en más de la mitad en la escala de severidad (SLD) (al menos en 2 puntos* o de 2 puntos en la escala de Lidcombe**). Esta disminución debe ser observada tanto por los padres como por el logopeda o especialista en fluidez. | Los trastornos adicionales, una mayor reacción negativa y una menor autorregulación pueden complicar los problemas de tartamudez, así como aumentar la probabilidad de tartamudez persistente.  |

CONT. CUADRO 2.2

| <i>Pronóstico de recuperación</i>  | <i>Pronóstico de mantenimiento</i>   |
|--|--|
| Las niñas se recuperan más rápidamente que los niños.  | Si una niña tartamudea desde hace más de un año y no se observa una recuperación clara, aumenta la probabilidad de que la tartamudez persista. |
| El pronóstico es alto (82 %) si se dan orientaciones a los padres antes de que el niño tenga cinco años.   | El pronóstico es más bajo (37 %) si la evaluación es posterior a los cinco años del niño.  |
| La dificultad del habla se recuperó antes cuando se evaluó cuatro meses después de iniciado el tartamudeo. | Los casos que no se recuperaron fueron evaluados diecinueve meses después de iniciado el tartamudeo.   |

\* Yairi y Ambrose (1999); \*\* Onslow y Packman (2001) (ver Oonk y Busser, 2022, en anexo I).

## 2.5. Toma de decisiones en la evaluación: iniciar o no tratamiento

Cuando el profesional recibe una consulta de un niño con tartamudez, basándose en la evidencia acumulada sobre las variables que influyen en que se recupere del tartamudeo o que persista, es necesario que estime las probabilidades de recuperación natural o de continuidad. Para ello, se debe realizar una evaluación inicial del niño y de los padres (Walkens y Van Eerdenbrugh, 2023; Walsh *et al.*, 2021; ver los factores de riesgo).

En la evaluación se recoge información sobre el niño en una entrevista con los padres acerca las variables relacionadas con los síntomas de riesgo (lenguaje, antecedentes familiares, temperamento, reactividad, nivel de ansiedad de los padres, etc.). La valoración del niño se lleva a cabo observando su interacción con los padres mientras comparten una sesión de juego: dificultades de fluidez, habilidades comunicativas del niño, nivel y uso del lenguaje, conducta, atención, temperamento, etc., así como forma de interactuar y reaccionar de los padres ante las disfluencias (ver el apartado sobre factores de riesgo de este capítulo).

En función de los datos recogidos, el terapeuta realiza la estimación del riesgo de que el tartamudeo se mantenga y está en disposición de informar y asesorar a los padres para que puedan tomar la decisión de iniciar un seguimiento de la evolución de la tartamudez del niño o un tratamiento preventivo (ver lo relativo a la prevención en el capítulo 5) (figura 2.3).

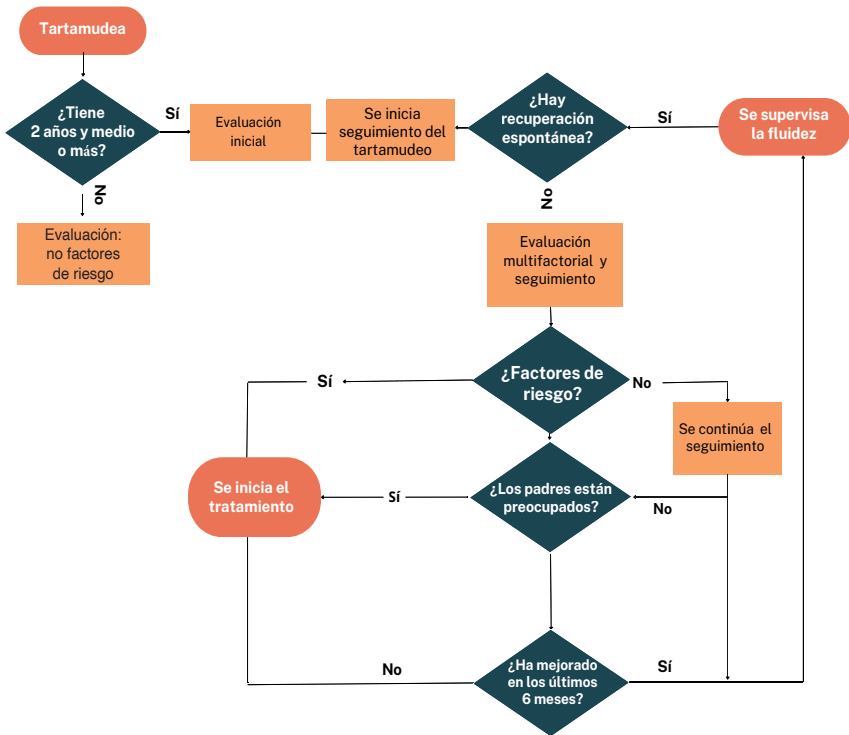


FIGURA 2.3. Toma de la decisión de iniciar o no el tratamiento.

## Ideas clave

Tradicionalmente, los trastornos de la fluidez y el tartamudeo se han tratado desde la patología del habla, enfocándose principalmente en las características de las alteraciones de la fluidez (repeticiones, bloqueos, etc.). Sin embargo, entender el tartamudeo como

un trastorno del neurodesarrollo, multifactorial, incluye aspectos cognitivos, afectivos, temperamentales y ambientales, lo cual permite hacer una evaluación más integral y coherente con la evidencia científica, con el fin de proporcionar al terapeuta una guía para valorar globalmente el trastorno.

En niños preescolares, la tartamudez surge entre los dos y los cuatro años, coincidiendo con un periodo de desarrollo rápido en diversas áreas, como el lenguaje, la cognición y las habilidades motoras y sociales. Por este motivo, en la evaluación de la tartamudez se deben considerar las competencias que se están desarrollando en el niño.

La recuperación espontánea de la tartamudez es común entre los dos años y medio y los cuatro años, sin intervención profesional (entre un 75 % y un 80 % de los casos), aunque no todos los niños logran recuperarse de forma natural. Sin embargo, en un 20-25 % de los niños no se restablece la fluidez espontáneamente, lo que puede llevar a dificultades persistentes en el habla y la comunicación, así como a problemas en sus relaciones sociales y en su calidad de vida en el futuro. Además, factores de riesgo como el inicio tardío del tartamudeo, antecedentes familiares, ser varón, el tipo y la frecuencia de las disfluencias, los problemas de lenguaje, etc., pueden influir en la persistencia del problema.

Actualmente, se recomienda hacer una evaluación a todos los niños que han comenzado a tartamudear, independientemente del perfil de riesgo. La evaluación debe incluir la observación del habla, la relación y la comunicación con los padres, y pruebas específicas, considerando las características del niño y su entorno. La valoración de los diferentes factores de riesgo y las áreas relacionadas permite tomar decisiones informadas sobre qué tipo de intervención llevar a cabo, ya sea un seguimiento sistemático o una intervención inmediata. Es importante que padres y profesionales estén informados sobre los síntomas de riesgo y la importancia de consultar a un especialista e intervenir tempranamente para evitar las consecuencias negativas del tartamudeo y su cronificación.

## **Caso clínico**

En función de los datos proporcionados por los padres en la entrevista, la historia clínica aporta datos para formular hipótesis sobre