



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

GRADO EN LOGOPEDIA

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

**INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA
CENTRADA EN LA FAMILIA Y EN EL
ENTORNO EN PACIENTES CON
DISFEMIA EN EDAD ADULTA**

AUTORA: HELENA OTERO RUBIO

TUTOR: JORGE GUTIÉRREZ BLANCO

AÑO ACADÉMICO: 2024-2025

26 de junio de 2025



ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	5
2.1. ¿Qué es la disfemia?.....	5
2.2. Epidemiología.....	6
2.4. Síntomas.....	7
2.5. Clasificación.....	7
2.6. Modo de aparición.....	8
2.7. La evolución.....	8
2.7.1. Fases y características evolutivas:.....	9
2.8. Modelo centrado en la familia y el entorno.....	9
3. OBJETIVOS.....	13
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
4.1. Estrategia de búsqueda.....	14
4.2. Procedimiento de selección.....	14
4.2.1. Criterios de inclusión.....	14
4.2.2. Criterio de exclusión.....	14
5. RESULTADOS.....	16
6. DISCUSIÓN.....	30
7. CONCLUSIONES.....	35
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
9. AGRADECIMIENTOS.....	40
10. ANEXOS.....	41
ANEXO I. FACTORES CAUSANTES DE LA TARTAMUDEZ.....	41
a) Factores genéticos:.....	41
b) Factores fisiológicos:.....	41
c) Factores psicosociales:.....	42
d) Factores lingüísticos:.....	42
e) Factores ambientales:.....	42
ANEXO II. FASES Y CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS.....	43
ANEXO III. PAUTAS PARA LA FAMILIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFEMIA.....	44

1. RESUMEN

La disfemia es un trastorno en la fluidez del habla que se caracteriza por síntomas como bloqueos o la repetición de sonidos, sílabas o palabras que aparece en la infancia y se mantiene hasta la vida adulta. El presente texto se centra en la intervención de esta patología en pacientes en edad adulta centrada en la familia y el entorno del sujeto en cuestión. El objetivo es determinar la importancia de la red familiar y social de personas adultas que sufren tartamudez. La estructura del documento está formada por las siguientes partes: una introducción, donde se explica qué es la disfemia, su etiología y epidemiología, síntomas, clasificación, modo de aparición y evolución. Además, se desarrolla el modelo de intervención centrado en la familia; a continuación, se explican los objetivos que se pretenden conseguir con esta revisión bibliográfica; en tercer lugar, se explica la metodología utilizada para obtener la información en las diferentes bases de datos. Acto seguido, se analizan los resultados obtenidos tras la revisión de los artículos estudiados; en cuanto a la sintomatología a nivel físico, emocional y conductual, la importancia de la participación familiar en la intervención, las pautas que deben evitar la familia y el entorno, así como, las conductas de actuación que deben realizar, los tipos de tratamiento logopédico y los profesionales que forman parte de la intervención multidisciplinar que se pueden llevar a cabo en los pacientes con disfluencias. Tras ello, se discuten los hallazgos del apartado anterior y, para finalizar, se desarrollan las conclusiones de este trabajo.

Palabras clave: *tartamudez, método centrado en la familia, entorno, adultos, intervención logopédica.*

ABSTRACT

Dysfluency is a speech fluency disorder characterized by symptoms such as blockages or repetition of sounds, syllables, or words that appear in childhood and persist into adulthood. This article focuses on the treatment of this condition in adult patients, focusing on the individual's family and environment. The object is to determine the importance of the family and social network of adults who stutter. The document is structured as follows: an introduction, which explains what dysfluency is, its etiology and epidemiology, symptoms, classification, mode of onset, and progression. The family-centered intervention model is also developed; then, the objectives sought to be achieved with this literature review are explained. The methodology used to obtain information from the various databases is explained. The results obtained after reviewing the articles studied are then analyzed; regarding the physical, emotional, and behavioral symptoms, the importance of family participation in the intervention, the guidelines that the family and the community should avoid, as well as the appropriate behavioral interventions, the types of speech therapy, and the professionals involved in the multidisciplinary intervention that can be carried out with patients with dysfluencies. Following this, the findings from the previous section are discussed, and finally, the conclusions of this work are presented.

Keywords: *stuttering, family-centered approach, environment, adults, speech therapy intervention.*

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En el presente trabajo se va a abordar la intervención en la disfemia en personas adultas, pero para ello, es necesario explicar conceptos teóricos que van a ayudar a comprender posteriormente el tratamiento.

2.1. ¿Qué es la disfemia?

En Rodríguez Morejón (2003), se recoge que, en cuanto a la definición de ésta, no hay un consenso unánime por parte de los especialistas, ya que los autores según el origen optan por una descripción de la patología diferente.

Según (Wingate, 1964, p. 488), la disfemia se define como detenciones en la fluidez de la expresión verbal, caracterizada por repeticiones o prolongaciones inconscientes, audibles o silenciosas de pequeños elementos del habla (sonidos, sílabas, o palabras monosilábicas). Estas variaciones o son muy frecuentes o, tienen un carácter muy marcado y no son fáciles de controlar. A veces, las disrupciones van acompañadas de actividades accesorias que implican el aparato del habla u otras partes del cuerpo que no están relacionadas con este, o estereotipias del habla. Estas actividades dan la apariencia de que hay conflicto al hablar. También, es frecuente hallar señales de la presencia emocional que van desde la excitación o tensión a emociones específicas negativas, como miedo, irritación o similares. El origen inmediato de tartamudez es la falta de coordinación manifestada en el mecanismo periférico del habla; en la actualidad, se considera que la causa es desconocida y compleja. Así pues, Wingate considera que la disfemia es una incoordinación en los mecanismos periféricos del habla.

Otros autores como Nicolossi, Harryman y Kresheck (1996) defienden que la causa de la disfemia es neuromuscular. Consideran que es una alteración en la fluidez normal y el patrón temporal del habla. En cuanto a las características, llaman primarias a los bloqueos audibles o silenciosos, repeticiones de sílabas o sonidos, prolongaciones de sonidos, interjecciones, palabras partidas, circunloquios y palabras producidas con un exceso de tensión. Y secundarias, al uso de la musculatura del habla u otras partes del cuerpo que la persona con tartamudez utiliza para realizar conductas como escaparse, disimular o modificar la difluencia. En definitiva, estos autores la consideran una reiteración inconsciente o extensión de sonidos y sílabas, e interrupciones de la frecuencia contra las que el individuo se enfrenta.

Por su parte, (Shapiro, 1999) se focaliza en comprender el componente de interacción de la comunicación y en la causa multidimensional. Este cree que, la tartamudez se refiere a las suspensiones individuales e involuntarias en el flujo del habla y a las reacciones grabadas que interaccionan con ellas y producen pensamientos y sentimientos sobre cada uno como locutor, como comunicador y sobre el mundo de la comunicación en el que se vive. La etiología, todavía es desconocida, se supone que está relacionada con una serie de factores, entre ellos fisiológicos, psicológicos, psicosociales, psicolingüísticos y ambientales. La tartamudez ocurre en el contexto de un sistema comunicativo, por lo que afecta y es afectada por todos los sujetos que establecen un diálogo con la persona que tartamudea. La tartamudez se contempla como una etiqueta diagnóstica referida a un complejo y multidimensional resumen de conductas, pensamientos y sentimientos.

2.2. Epidemiología

Según (Bloodstein, 1995; Mansson, 2002), la incidencia de la disfemia está entorno a un 5% de la población, que en algún momento de su vida ha sido diagnosticada de padecer tartamudez. En este porcentaje también se contabilizan los casos que remiten. (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008).

Conforme a (Bloodstein, 1995), esta cifra aumenta a un 15% si se utilizan criterios menos estrictos, incluyendo a personas que han tenido algún periodo de tartamudez importante durante toda su vida (Rodríguez Morejón, 2003).

En cuanto a la prevalencia es más baja. La tartamudez perdura sobre el 1% de la población escolar en la sociedad de occidente (APA, 2022). Según Andrews y Harris (1964), durante la edad escolar el riesgo es superior entre los 2,5 años y los 4 años entre un 3 y un 4,5%. Este autor también refiere que entre los 3 y los 4 años se encuentra el riesgo más alto para tartamudear en la mitad de la población y, entre los 5 y 6 años se reduce en un 25%. (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008).

Sin embargo, la Fundación Americana de la Tartamudez considera la incidencia del tartamudeo en la comunidad total en un 2,3%. En nuestro país, según (Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1991) hay una incidencia de la tartamudez de un 1,49%. En cuanto al sexo, se da con una frecuencia superior en varones, siendo la proporción de 4 niños por 1 niña. (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008).

2.3. Etiología

Ante el origen de la tartamudez, todos los autores dicen que no hay una respuesta clara y precisa, sino que la causa es multifactorial y desconocida. (Dinville, 1997).

Dentro de los factores que pueden ser la causa y también el efecto del mismo tenemos los factores fisiológicos, genéticos y ambientales (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008). Ver **ANEXO I**.

2.4. Síntomas

Según (Rodríguez Morejón, 2003), en cuanto a los síntomas son variables en función del sujeto, pero hay una serie de ellos que se producen normalmente en distintos grados de severidad. En el habla suceden errores como repeticiones de sonidos, sílabas, palabras o frases; prolongaciones de sonidos; bloqueos con paradas en la fonación, con tensión evidente y esfuerzo por continuar hablando.

Además, se acompaña de tensión muscular, sobre todo en los involucrados en el habla y lo hace a través de temblores, muecas o tics. No obstante, también se pueden observar movimientos oculares extraños, parpadeos, oclusión labial tensionada y movimientos asociados de cualquier parte del cuerpo, como movimientos de la cabeza.

2.5. Clasificación

Según los síntomas (Dinville, 1997):

- Forma clónica: se caracteriza por la repetición de una sílaba o de un grupo de ellas.
- Forma tónica: se produce un espasmo de la palabra con bloqueos al inicio o a mitad de las frases. Se puede acompañar de tensión corporal y de fijación de la mirada.

Según la evolución (Rodríguez Morejón, 2003):

- Disfluencia neurogénica: tartamudez adquirida como consecuencia de una alteración neurológica en el sistema nervioso central.
- Disfluencia psicogénica: tartamudez adquirida como consecuencia de una alteración psicológica como una fuerte experiencia traumática.

- Disfluencia o tartamudez de desarrollo: aparece antes de los 6 años y no tiene una causa esclarecida.

2.6. Modo de aparición

La disfemia suele aparecer entre los 3 y los 4 años con la emisión de las primeras frases, donde tienen que ordenar el lenguaje. En este momento son habituales estas disfluencias mientras el sujeto piensa lo que va a decir. Sin embargo, cuando el sujeto sabe lo que va a decir y aun así se producen estos bloqueos, es cuando se puede considerar la tartamudez.

En otra ventana de edad, entre los 5 y los 6 años también se puede producir el inicio de esta patología, debido a una mayor demanda por parte de los profesores en el colegio e incluso por la familia, que no permite al infante tener un lenguaje acorde a su edad. Por último, entre los 10 y los 12 años, es la última etapa en la que se puede presentar estas disfluencias debido a que, en este momento, los sujetos son plenamente conscientes de sus bloqueos y se considera la “tartamudez real” (Dinville, 1997).

2.7. La evolución

Según Dinville, 1997, la evolución puede ser intermitente o de forma continuada. En el primer caso, se da en situaciones en las que se presenta inicialmente en la infancia, desaparece temporalmente y después, vuelve a aparecer por un acontecimiento que afecta a la vida emocional del sujeto.

En el caso de la tartamudez persistente, se pueden combinar la forma tónica y la forma clónica.

Hay factores que influyen en esta, tanto agravantes como atenuantes. En cuanto a los factores agravantes de la disfemia hay que darle importancia al entorno familiar y ver cómo se comportan ante las disfluencias además del medio escolar mal adaptado, ya que también se considera un factor de riesgo en la evolución de la tartamudez.

Entre los 14 y los 20 años, también hay que considerar los factores psicológicos en situaciones nuevas como jefes en los puestos de trabajo, más responsabilidades, etc.

Por último, el uso del teléfono es una gran controversia para los adultos con tartamudez. Para algunos, una minoría, se encuentran más cómodos hablando por teléfono con su interlocutor, sin verlo físicamente. Sin embargo, para la gran mayoría

les supone una situación incómoda, la cual les produce estrés y, por tanto, intentan evitarla.

Por otro lado, el principal factor atenuante es la distracción del sujeto. Esto se consigue en situaciones como leer en voz alta, utilizar frases hechas, decir un texto que ha sido preparado por el sujeto previamente, hablar una lengua extranjera, rodeados de ruido, cantando ya que el texto es conocido y sigue un ritmo y una melodía, hablando sólo o a un animal como su mascota y en voz cuchicheada.

Para concluir, los factores que más atenúan la tartamudez de un sujeto es la comprensión familiar, un entorno laboral beneficioso, poder expresarse sin angustia ni preocupación debido a que los interlocutores muestran interés por lo que están escuchando.

2.7.1. Fases y características evolutivas:

Según Bloodstein (1960,1965) existen 4 fases evolutivas en la tartamudez. (Rodríguez Morejón, 2003). Ver **ANEXO II**.

2.8. Modelo centrado en la familia y el entorno

Otro concepto teórico que es necesario explicar es la forma de intervención. En este caso, se habla del método centrado en la familia y el entorno.

Debido a la gran relevancia que tiene la reacción de las personas cercanas al sujeto cuando aparecen las disfluencias en el discurso, tanto en etapas iniciales como en una disfemia ya instaurada en niños/as, adolescentes y/o personas adultas, es importante abordar estas necesidades no únicamente sobre la persona que sufre de estas disfluencias, sino también sobre su familia y/o su entorno, ayudándole a crear un contexto más favorable para su evolución y su bienestar general. Ahora vamos a describir qué es la Intervención Centrada en la Familia y el Entorno.

Este tipo de Intervención es más común en la infancia, pero en adultos también puede ser beneficiosa, principalmente en patologías como la que se describe en el presente documento, ya que la disfemia suele tener un impacto significativo en la calidad de vida y en la interacción social de las personas que lo sufren.

La disfemia suele generar estrés, ansiedad y evitación social por lo que, incluir a la familia y al entorno va a ayudar a crear un ambiente de apoyo que reduzca la presión

y el miedo a hablar.

Muchas veces los familiares y personas cercanas al sujeto con disfemia (amistades, compañeros/as de trabajo...) pueden tener actitudes que refuerzan la disfemia como insistir o mostrar impaciencia para que termine su discurso, acabando las frases por la persona con tartamudez, corregir su habla, etc. Sensibilizar al entorno mejorará la confianza del sujeto y con ello, también su comunicación.

La participación del entorno facilitará también la generalización de las estrategias que se trabajen durante las sesiones. Estas estrategias también pueden estar dirigidas directamente hacia las personas del entorno del sujeto, como el uso de un habla más pausada, aumentar los tiempos de espera a la respuesta, el no realizar preguntas muy directas, etc.

No hay una definición perfecta del término de “familia”, pero sí podemos decir que es una “relación estrecha de afecto y un vínculo de apoyo entre las personas” (III Congreso de familias. Zaragoza, 2006) (Díaz, 2019). La familia se considera una unidad fundamental en el enfoque centrado en la familia.

Dentro de una familia las relaciones que se dan son recíprocas dentro de un contexto social y ambiental y cada una tiene una serie de creencias, costumbres y culturas diferentes. Los acontecimientos o situaciones que se producen a nivel de salud, social o familiar afecta en mayor o menor medida a la unidad familiar en su conjunto y a cada miembro que la forma de manera individual. Asimismo, como sus comportamientos ante dichas situaciones influyen directa o indirectamente en el funcionamiento de la persona, en este caso con disfluencias. Para el desarrollo y bienestar de las personas con disfemia se necesitan interacciones y relaciones positivas del sujeto con su familia y entorno (Villaescusa y Martínez-Rueda, 2022).

El Enfoque Centrado en la Familia (ECF) es un “modelo de apoyo a familias basado en la colaboración entre familia y profesionales (Arellano y Peralta, 2015) que hace referencia a un conjunto de creencias, valores, principios y prácticas orientados a dar apoyo y fortalecer la capacidad de las familias para promover el desarrollo y aprendizaje de sus familiares (Dunst, 2002; Dunst et al., 2002). Desde esta perspectiva centrada en la familia, se habla de capacitación/empoderamiento como proceso y de calidad de vida familiar como resultado (Turnbull, 2003)” (Villaescusa et al., 2022).

Aunque la investigación sitúa el progreso del enfoque centrado en la familia (ECF) en la década de los 90, hay algunas referencias de los años 50 como Birt en 1956 (Dunst & Dempsey, 2007) (Villaescusa et al., 2022).

En esta práctica, es básico tener en cuenta a las unidades familiares y contextos ambientales para actuar de forma efectiva en ellos (Leal, 2008). No hay literatura en modelos sistemáticos de puesta en práctica en nuestra investigación que son las personas adultas con disfemia (Villaescusa et al., 2022).

En el caso de la intervención en personas adultas con cualquier tipo de patología, que no afecten a nivel cognitivo como es la tartamudez, se deben implicar todos los miembros de la familia. El punto de partida es la persona con disfluencias, pero también tienen que estar presentes círculos de apoyo como la familia, la cual debe de colaborar y confiar en el profesional.

Por ello, el abordaje del Programa de Apoyo para la calidad de vida familiar (Martínez et al., 2016a), debe de tener una doble vertiente, por un lado, planificación centrada en la persona y a su vez, la planificación centrada en la familia y el entorno. Ambos procesos están presentes en la intervención y se pueden incorporar en mayor o menor medida en función del grado de aceptación y compromiso de la patología a tratar (Villaescusa et al., 2022).

Para que la intervención sea eficaz, la persona y su familia son partes esenciales, siendo así la propia persona adulta que padece disfemia un sujeto activo en la intervención y la familia y el entorno deben actuar de forma indirecta como colaboradores, ya que al ser interdependientes sus reacciones influyen positiva o negativamente.

Para el logopeda, la familia, las amistades, miembros del personal laboral... deben ser personas funcionales de su red de apoyo social y según este enfoque, éste debe respetar sus creencias, valores y principios.

Varios autores (Dunst y Trivette, 1996; Dunst et al., 2002) señalan dos importantes componentes: relacional y participativo. (Villaescusa et al., 2022).

- Prácticas relacionales: “hacen referencia a la forma en que el profesional desarrolla sus interacciones con la familia” (García-Sánchez *et al.*, 2014: 289) escucha activa, empatía, aceptación y honestidad, crear relaciones de afecto

con las familias. Adaptar el nivel de comprensión, respetar creencias individuales y culturales y desarrollar creencias positivas sobre sus fortalezas y capacidades.

- Practicas participativas: se refieren a la toma de decisiones (Martínez et al., 20216b) formadas por “prácticas individualizadas, flexibles y sensibles a las preocupaciones y prioridades de la familia”. El profesional debe colaborar con la familia en la detección de sus prioridades, así como, conocer cómo gestiona la familia la disfemia y su grado de preocupación y de aceptación.

La familia y el entorno van a tener diferentes grados de participación, de intensidad y distintas funciones dentro de la intervención. El empoderamiento de estos, adquirir conocimientos sobre la tartamudez y, sobre todo, adquirir las habilidades de cómo gestionar la disfemia para que impacte positivamente sobre el sujeto. En el caso de los adultos, su papel de apoyo y de colaboración es imprescindible para que, de forma unánime basándose en sus preocupaciones y fortalezas, el sujeto, su familia y su entorno se fortalezcan y afronten diversos retos de la vida cotidiana. (Villaescusa et al., 2022).

3. OBJETIVOS

El presente trabajo ha sido realizado con el objetivo principal de analizar el papel de la familia y el entorno en el curso de la disfemia en pacientes adultos.

Los objetivos específicos con los que se ha realizado este documento son los siguientes:

1. Describir las características de la disfemia en personas de edad adulta.
2. Averiguar cómo influye la participación familiar en la evolución de la disfemia en adultos.
3. Conocer las conductas a evitar por la familia y el entorno ante las disfluencias características de las personas con disfemia.
4. Describir las estrategias de actuación a la familia y entorno ante los bloqueos de la persona con disfemia.
5. Recopilar las estrategias basadas en la evidencia científica utilizadas en la intervención logopédica en adultos con disfemia.
6. Adaptar el modelo centrado en la familia a la intervención logopédica en personas adultas.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Estrategia de búsqueda.

La búsqueda se realizó desde octubre del 2024, siendo más intensiva durante el mes de marzo de 2025. Dicha búsqueda se llevó a cabo en diferentes bases de datos como son: PubMed, Dialnet, AlmenaUva y ComDisDome.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda han sido: “stammering”, “stuttering”, “tartamudez”, “dysphemia”, “adults” y “family-centered model”.

4.2. Procedimiento de selección.

Se utilizaron una serie de pautas para facilitar la búsqueda debido al gran número de artículos encontrados en la primera de las búsquedas.

4.2.1. Criterios de inclusión

- ❖ Estudios publicados entre el 01/01/2020 y el 28/02/2025.
- ❖ Publicaciones en las que el texto sea en inglés y español.
- ❖ Artículos que tengan acceso al texto completo.
- ❖ Artículos en los que la población sea adulta.

4.2.2. Criterio de exclusión

- ❖ Artículos en los que haya un enfoque exclusivo psicoterapéutico.
- ❖ Publicaciones de Trabajo Fin de Grado o Tesis doctorales.
- ❖ Acceso restringido al texto completo.

Primeramente, se seleccionaron los artículos por su título y resumen del mismo. Tras acceder al documento completo, se descartaron los que no cumplían los criterios establecidos. En la búsqueda inicial se obtuvieron 210 artículos, en un segundo filtrado se obtienen 30 y finalmente, la revisión se va a hacer sobre 17 artículos.

Los idiomas en los que se encuentran los artículos seleccionados son inglés mayoritariamente y español; y fueron publicados entre los años 2020 y 2025.

Una vez seleccionados los artículos, se comenzó la elaboración del trabajo. La determinación de objetivos se llevó a cabo en octubre de 2024. Durante el mes de febrero se redactó la introducción y el marco teórico. En marzo se llevó a cabo la metodología, y durante los meses de abril y mayo se realizaron los apartados de resultados, discusión y conclusiones.

Al tratarse de una revisión bibliográfica del ámbito de las ciencias de la salud, pero la patología tiene un abordaje multidisciplinar, el estilo de citación que se sigue para citar las referencias es el estilo APA.

5. RESULTADOS

Una vez revisados los artículos, se han seleccionado los siguientes artículos para elaborar la tabla de resultados.

En la **Tabla 1** se muestran los hallazgos encontrados relacionados con los objetivos de la revisión. Los apartados en los que se ha dividido son:

- **Autor/año/país.** En la primera columna se detalla el autor o autores de cada artículo, el año y el país dónde se ha llevado a cabo.
- **Número de pacientes (n), sexo y edad.** Hace referencia al tamaño de la muestra de cada estudio, esto da información sobre el número de individuos que han participado en ellos, a la proporción de hombres y mujeres de la misma, así como, a su edad.
- **Sintomatología.** Se recogen los diferentes síntomas físicos, emocionales y conductuales incluidos en cada estudio.
- **Participación familiar.** Se indica los artículos en los que tienen en cuenta a la familia y el entorno.
- **Pautas a evitar.** Se recogen pautas que son perjudiciales para el paciente con disfemia por parte de la familia y el entorno.
- **Pautas de actuación.** Se indican conductas de actuación dirigidas a la familia y al entorno.
- **Técnicas de intervención.** Se recogen los diferentes enfoques de tratamiento recogidos en los distintos estudios.
- **Intervención multidisciplinar.** Se recogen las terapias complementarias al tratamiento logopédico para tratar la disfemia.

AUTOR/ AÑO/PAÍS	MUESTRA (Número, sexo y edad)	SINTOMATOLOGÍA	PARTICIPACIÓN FAMILIAR	PAUTAS A EVITAR	PAUTAS DE ACTUACIÓN	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR
(Brignell et al., 2020); Australia.	n=216 Sexo: 181 hombres 35 mujeres Edad: >18 años					Este estudio tiene como objetivo la reestructuración del habla, con ella se pretende la sustitución de las disfluencias por otro patrón.	Muestra que se puede llevar a cabo la terapia cognitivo-conductual a través de la terapia psicológica.
(Tomisato et al., 2022); Japón.	n= 44 Sexo: 35 hombres 9 mujeres Edad: entre 15 y 74 años Grupo control n=40 Edad: entre 15 y 74 años					Refiere que las personas con tartamudez deben aprender medidas adaptativas para mejorar su fluidez.	Muestra que la terapia psicológica es importante para reducir la ansiedad.
(Parsons et al., 2022); Australia.	n= 470 Sexo: 198 hombres 268 mujeres 4 no contestan. Edad: entre 20 y +60	Repeticiones de sílabas, bloqueos de sonidos. Comportamientos extraños, como parpadeo prolongado. Conductas de evitación. Comportamientos compensatorios.					
(Loucks et al., 2022); Canadá.	n= 13 personas tartamudas Sexo: 10 hombres 3 mujeres Edad: entre 19 y 60 años. Grupo control n=11 Sexo: 7 hombres 6 mujeres Edad: entre 21 y 47 años					Defiende la reestructuración del habla como tratamiento, concretamente el Programa Integral del Habla.	Lo ideal es hacer la combinación de las siguientes estrategias: 1. Modificación de la tartamudez. 2. Terapia cognitivo-conductual 3. Habilidades de fluidez.

Tabla 1. Resultados.

AUTOR/ AÑO/PAÍS	MUESTRA (Número, sexo y edad)	SINTOMATOLOGÍA	PARTICIPACIÓN FAMILIAR	PAUTAS A EVITAR	PAUTAS DE ACTUACIÓN	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR
(Singh y Shankar, 2022); India.	n=20 Sexo: 16 hombres 4 mujeres Edad: entre 15 y 50 años.	Este estudio considera que los síntomas habituales en las personas con disfemia son: Complicaciones para comunicarse con los demás. Torpeza para expresarse y en menor proporción vergüenza. Incompetencia para reunirse con los demás o actuar en público. Problemas para realizar entrevistas de trabajo. Sus relaciones sociales se han visto afectadas.		Tener creencias inapropiadas e infravalorar a las personas que tartamudean son conductas a evitar.		Aboga por herramientas de autogestión como habla enlentecida, practicar con desconocidos, leer en voz alta.	Combina la terapia logopédica con el tratamiento médico y quirúrgico por anomalías en la cavidad oral.
(Svenning et al., 2021); Estados Unidos.	n= 33 personas y sus parejas.	Reacciones afectivas, conductuales y cognitivas más negativas de su habla. Hablan menos frente a un superior. Evitan las llamadas por teléfono. Tienen pensamientos negativos sobre su forma de hablar.	Este estudio considera que la pareja de un sujeto con disfemia tiene un papel determinante dentro de la intervención, por lo que, debe ser un aliado y participar en el tratamiento.		Considera que la familia debe de tener una actitud positiva frente al tratamiento.	Se considera que una herramienta básica e imprescindible es la actitud positiva por parte del sujeto.	
(Werle et al., 2021); Estados Unidos.	n= 51 24 tartamudos Sexo: 16 hombres 8 mujeres Edad: de 18 a 49 años. 26 no tartamudos	Menor competencia comunicativa autopercebida.					

Tabla 1. Resultados (continuación).

AUTOR/ AÑO/PAÍS	MUESTRA (Número, sexo y edad)	SINTOMATOLOGÍA	PARTICIPACIÓN FAMILIAR	PAUTAS A EVITAR	PAUTAS DE ACTUACIÓN	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR
(Türkili et al., 2022); Turquía.	n=45 Sexo: 13 hombres 32 mujeres Edad: +18 años	Baja autoestima y desesperanza. Alteraciones en el desarrollo social y la competencia comunicativa.		El entorno debe evitar: Evaluaciones negativas de los oyentes. Burlas, apodos. Tener reacciones negativas hacia las disfluencias. No dar el suficiente apoyo.	Se debe dar apoyo al familiar con disfemia.		
(Briley et al., 2020); Estados Unidos.	n= 29 Sexo: 20 hombres 9 mujeres Edad: entre 18 y 55 años	Alta frustración, vergüenza y ansiedad, siendo inestables. Tensión en los músculos durante la emisión de las palabras, interjecciones al inicio de las palabras y parpadeos. Sustitución de palabras, circunloquios. Darles la palabra a otras personas para evitar hablar.				Un aspecto importante en la intervención es incrementar la confianza en sí mismos.	Es conveniente acudir a otros profesionales para conseguir objetivos como incrementar la confianza de sí mismos.
(Connery et al., 2021); Irlanda.	n=48	Sensación de perder el control o de estar atascado. Efectos negativos en las relaciones sociales. Irse de situaciones incómodas o estar callado en una conversación.				La intervención tiene que basarse en la integración de múltiples formas de evidencia para garantizar la mejor práctica clínica. Tiene que tener en cuenta principios basados en la teoría, prácticas de intervención, factores contextuales y elementos estructurales. Y el propio individuo debe asumir la responsabilidad del cambio.	Es importante integrar aspectos psicosociales de la tartamudez en el tratamiento. Hay que considerar como parte de la intervención a psicólogos y psiquiatras ya que las intervenciones afectivas y cognitivas (la terapia cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso) son eficaces.

Tabla 1. Resultados (continuación).

AUTOR/ AÑO/PAÍS	MUESTRA (Número, sexo y edad)	SINTOMATOLOGÍA	PARTICIPACIÓN FAMILIAR	PAUTAS A EVITAR	PAUTAS DE ACTUACIÓN	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR
(Freud y Amir, 2020); Israel.	n=30 Sexo: 24 hombres 6 mujeres Edad: 19-55 años			Las reacciones sociales negativas y el acoso deben evitarse.	Contar con un buen apoyo social.	Un aspecto importante del tratamiento es la resiliencia.	Se puede aplicar en la terapia cognitivo conductual y en la terapia de aceptación y compromiso mediante otros profesionales de la salud mental.
(Lei et al., 2024); Estados Unidos.	n= 64 Sexo: 37 hombres 27 mujeres Edad: 39,31 de media		La interacción con familia o amigos tiene un efecto menos negativo en la ansiedad social, que si interactúa con desconocidos.				
(Rama Rodríguez et al., 2023); España.	n= 123					La técnica del manejo de la disfemia y el modelado de la fluidez utilizando estrategias de modelado y autogestión	
(Tichenor y Scott Yaruss, 2021); Estados Unidos.	n=204 Sexo: 127 hombres 59 mujeres 18 no se refleja Edad: entre 18 y 83 años	Presentan tensión física. Pensamientos negativos. Sonidos, sílabas o palabras con más probabilidad de sufrir bloqueos. Situaciones con más probabilidad de bloqueo como llamadas telefónicas.					Tratamiento para ayudar a comprender sus pensamientos e intentar reducir sus sentimientos negativos, siendo así realizado por otros profesionales relacionados con la salud mental.
(Byrd et al., 2024); Estados Unidos.	n=81 Sexo: 43 hombres 38 mujeres					Tratamiento centrado en la comunicación basado en el modelo CARE de Blank Center evitando la idea de cambiar el habla.	

Tabla 1. Resultados (continuación).

AUTOR/ AÑO/PAÍS	MUESTRA (Número, sexo y edad)	SINTOMATOLOGÍA	PARTICIPACIÓN FAMILIAR	PAUTAS A EVITAR	PAUTAS DE ACTUACIÓN	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR
(Gerlach-Houck y Rodgers 2022); Estados Unidos.	n= 11 adultos con tartamudez. Edad: entre 24 y 78 años Sexo: 9 hombres 2 mujeres n=12 logopedas, 5 de ellos tartamudos Sexo: 5 hombres 7 mujeres Edad de los logopedas: entre 32 y 77 años					Modelo transteórico, el cual se basa en hacer un cambio positivo hacia la tartamudez.	
(Sønsterud et al., 2020); Noruega.	n= 21 Sexo: 16 hombres 5 mujeres Edad: entre 21 y 61 años	Pérdida de control o temor a ella y esto les genera frustración y pensamientos negativos. Sienten frustración, vergüenza e impotencia. Evitan hablar en ciertas situaciones. Evitar decir ciertas palabras. Miedo a la evaluación negativa.	Las personas con disfemia con familiares y amigos no tienen tantas dificultades en la comunicación. Casi el 50% de los participantes tenían bajas expectativas hacia el tratamiento por falta de apoyo en el entorno del hogar.			El logopeda debe valorar la comunicación en el habla del día a día. Cuáles son los momentos más importantes para el paciente y así abordarlos como parte del tratamiento. El logopeda y el paciente deben trabajar juntos para conseguir los objetivos. El logopeda debe adaptarse a las características individuales y específicas del paciente. Y debe considerar la motivación del paciente ante el tratamiento.	

Tabla 1. Resultados (continuación).

Los países donde se publicaron los 17 artículos son variados, siendo 10 en total. En la *Figura 1* se observa que 7 se llevaron a cabo en Estados Unidos, 2 en Australia, 1 en Japón, 1 en Canadá, 1 en la India, 1 en Turquía, 1 en Irlanda, 1 en Israel, 1 en España y 1 en Noruega.

En cuanto a los años en los que se han publicado los artículos seleccionados son entre el año 2020 y el año 2024.

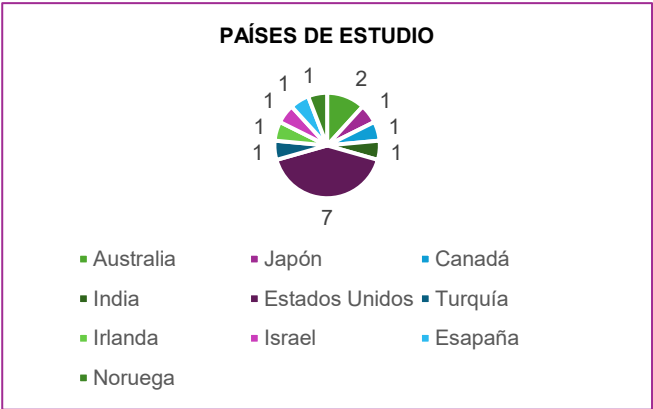


Figura 1. Países de estudio

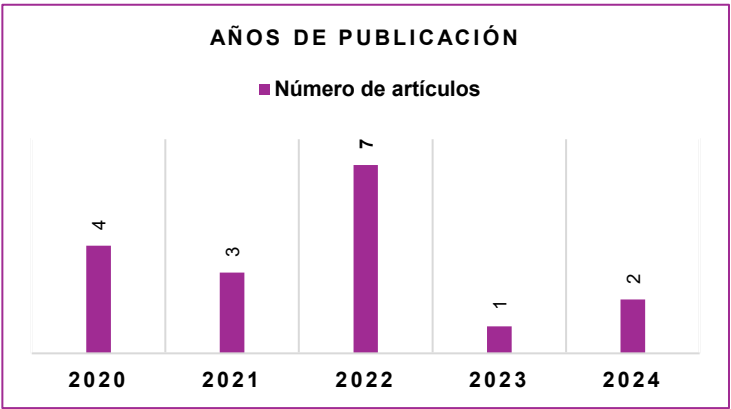


Figura 2. Años de publicación

SINTOMATOLOGÍA

Los datos recopilados se mencionan en 9 de los 17 artículos seleccionados. En la *Figura 3* se exponen las categorías de la sintomatología encontrada junto con su frecuencia de aparición. En la *Figura 4* se exponen las manifestaciones físicas, en la *Figura 5* las manifestaciones emocionales y, por último, en la *Figura 6* las manifestaciones conductuales.

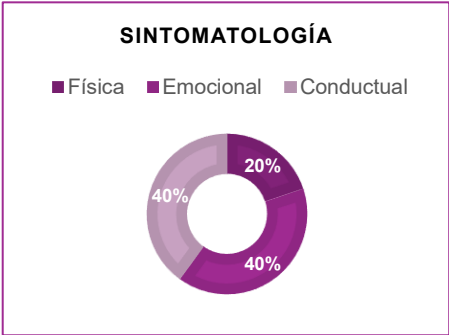


Figura 3. Sintomatología

Los aspectos más desafiantes en el día a día son físicos, emocionales y conductuales. (Sønsterud et al., 2020). Constantino et al., 2016; R.J. Ingham, 1975; Shulman, 1955; Yaruss, 1997a) reflejan que la periodicidad de estos síntomas varía en función de la situación, del grado, del entorno y de los interlocutores (Tichenor y Scott Yaruss, 2021).



Figura 4. Manifestaciones físicas.



Figura 5. Manifestaciones emocionales.

En cuanto a los sentimientos y pensamientos negativos se especifican algunos como frustración (Tichenor y Scott Yaruss, 2021), vergüenza, ansiedad y soledad (Briley et al., 2020), miedo a la evaluación negativa (Singh y Shankar, 2022), (Sønsterud et al., 2020), ansiedad anticipatoria (Parsons et al., 2022), inseguridad, baja autoestima y desesperanza (Türkili et al., 2022), reacciones negativas de su habla (Svenning et al. 2021).



Figura 6. Manifestaciones conductuales.

Relacionado con las conductas de evitación, se especifican algunos como la sustitución de unas palabras por otras, uso de circunloquios (Briley et al., 2020), evitar el uso de algunos sonidos, palabras o situaciones (Tichenor y Scott Yaruss, 2021), evitar hablar por teléfono (Tichenor y Scott Yaruss, 2021), (Svenning et al., 2021) o no aceptar puestos laborales de responsabilidad (Parsons et al., 2022).

En cuanto a los comportamientos de escape, se especifican algunos como realizar exposiciones en público, debates o reuniones, así como entrevistas de trabajo (Singh y Shankar, 2022), disminuir las intervenciones con individuos de rango superior (Svenning et al., 2021), irse de determinadas situaciones incómodas (Connery et al., 2022), esquivar mirar a los ojos o decir no conocer la respuesta (Werle et al., 2021).

PARTICIPACIÓN FAMILIAR

Los datos recopilados para este apartado han sido escasos, ya que solo se mencionan en 3 de los 17 artículos. En la *Figura 7* se detalla el porcentaje de preferencia por parte de los pacientes acerca de la participación familiar dentro de la intervención logopédica.



Figura 7. Participación familiar.

Según Beilby et al., 2013; Boberg y Kully, 1985, las parejas sentimentales de las personas con tartamudez tienen un papel determinante dentro de la intervención logopédica de su cónyuge. Tal y como argumentan Svenning et al., 2021, las personas que son importantes para el sujeto que tiene disfemia, además de lograr entender la causa y la inestabilidad de las disfluencias, es importante que se incorporen a la intervención ya que, seguramente, sean las personas más próximas con quien compartan más diálogos. Por ello, se consideran un aliado en el tratamiento de esta patología. Autores como (Conture, 1997; Ramig, 1993; Ramig y Bennett, 1995; Shapiro, 2011), (Ramig, 1993), sugieren que la familia en la fase inicial de la intervención sea observadora y a medida que avance el tratamiento de forma gradual, vayan participando en las técnicas y sean reforzadores de estas.

Ante las reacciones negativas de los demás, las personas con disfemia presentan un mayor grado de disfluencias; en cambio, se sienten más seguros frente a personas de su confianza, como familia y amigos (Lei et al., 2024). En Sønsterud et al., 2020, la muestra refiere tener menos dificultades a la hora de hablar con personas conocidas o con su familia, considerando estos entornos más seguros.

PAUTAS A EVITAR

Los datos recopilados para este apartado han sido escasos, ya que solo se mencionan en 3 de los 17 artículos. En la *Figura 8* se muestran más detalladamente dichas pautas.

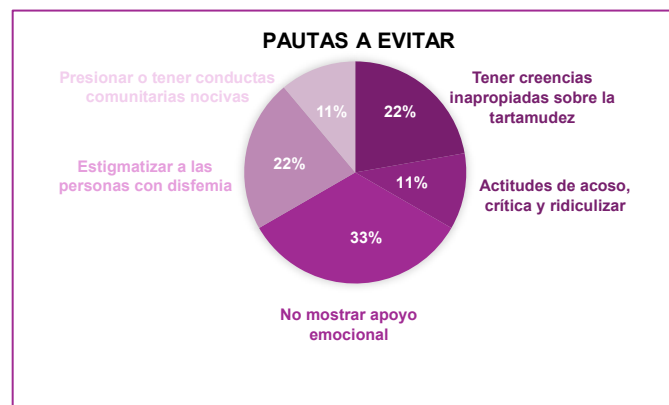


Figura 8. Pautas a evitar.

(Türkili et al., 2022) afirman que, si las familias evitan este tipo de conductas, la calidad de vida de la persona con disfemia va a aumentar.

PAUTAS DE ACTUACIÓN

Los datos recopilados para este apartado han sido limitados, ya que solo se mencionan en 3 de los 17 artículos. En la *Figura 9* se recogen dichas pautas.

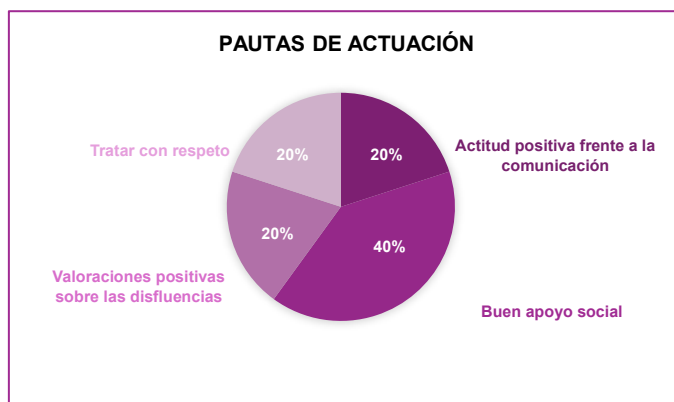


Figura 9. Pautas de actuación.

(Craigetal., 2009; limuraetal.,2018; Olson y Zanna, 1993) dicen que, según la teoría del aprendizaje y el diagnóstico eugenésico, la disfemia es una disposición de advertencia-refuerzo iniciada por aspectos sentimentales del entorno y la familia y, se desarrolla debido a las valoraciones negativas de los oyentes sobre las disfluencias y a sus conductas negativas hacia estas personas (Türkili et al., 2022).

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO

Los datos recopilados para este apartado han sido los más abundantes, por ello se mencionan en 12 de los 17 artículos. Las técnicas a utilizar se clasifican en dos tipos, detalladas en la *Figura 10*.

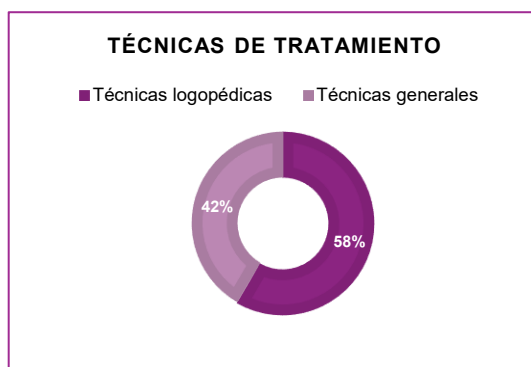


Figura 10. Técnicas de tratamiento.

Según (Connery et al., 2022), la intervención debe basarse en la integración de múltiples formas de evidencia para garantizar la mejor práctica clínica. Hay que tener en cuenta los principios basados en la teoría, las prácticas de intervención, los factores contextuales y los elementos estructurales.

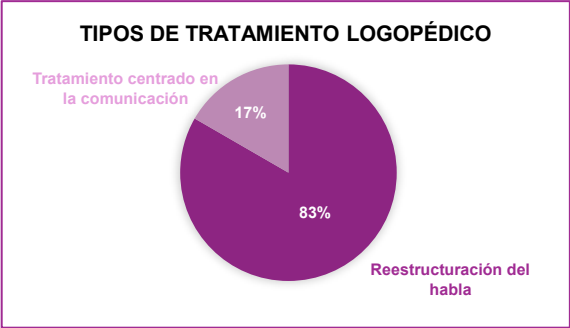


Figura 11. Tipos de tratamiento logopédico.

Dentro del tratamiento logopédico para abordar la disfemia, hay dos enfoques. La reestructuración del patrón del habla y el tratamiento centrado en la comunicación basado en el Modelo CARE de Blank Center, en la **Tabla 2** se muestra una comparación detallada de ambos.

COMPARACIÓN DE ENFOQUES DE TRATAMIENTO LOGOPÉDICO	
REESTRUCTURACIÓN DEL PATRÓN DEL HABLA	TRATAMIENTO CENTRADO EN LA COMUNICACIÓN
Objetivo: Disminuir la tartamudez en formas de habla de la vida diaria modificando el patrón de habla (Brignell et al., 2020).	Objetivo: Modificar la perspectiva de la persona con disfemia hacia la comunicación y hacia sus habilidades comunicativas para aumentar la comunicación general (Byrd et al, 2021) (Byrd et al., 2024).
Técnicas: - Programa Camperdown para la tartamudez (O'Brian, Carey, Onslow, Packman y Cream, 2010), - Programa de Habla Suave (Universidad de La Trobe, 2017). - Intervalos de Fonación Modificados (Gow e Ingham, 1992). - Programa Integral del Habla (Louks et al., 2022). - Estrategias de autogestión (Singh y Shankar, 2022). - Técnicas de modelado de la fluidez del habla (Rama Rodríguez et al., 2023)	Técnicas: Modelo transteórico (Gerlach-Houck y Rodgers, 2022).
Estrategias: Disminuir la velocidad del habla, la extensión de la duración de las vocales, inicios suaves, sonoridad continua, flujo de aire continuo, exhalación controlada, respiración	Estrategias: Abordaje desde el punto de vista pragmático: uso del lenguaje, organización del lenguaje, velocidad del hablar, entonación, volumen, gestos, posición corporal, contacto

diafragmática (Brignell et al., 2020), contactos articulatorios ligeros breves (Loucks et al., 2022), habla rítmica, enmascaramiento, RAD, seguimiento y habla en coro, aumento de la longitud y complejidad, facilitación de la coordinación motora (Rama Rodríguez et al., 2023) con confianza, practicar hablar con desconocidos, leer en voz alta, hablar frente a un espejo o hablar sin miedo (Singh y Shankar, 2022).	visual y afecto facial (Byrd et al., 2024).
Actividades: Lectura oral, monólogo, conversación cara a cara y conversación mediante teléfono móvil (Brignell et al., 2020)	Actividades: Cambiar el ritmo, el volumen y la entonación según la situación y el contexto (Byrd et al., 2024).

Tabla 2. Comparación de enfoques de tratamiento logopédico.

La elección de que el tratamiento logopédico se base en un estilo u otro va a depender del objetivo principal del paciente (intervención dirigida a la corrección de disfluencias o intervención dirigida a mejorar las habilidades meramente comunicativas), al cual se va a llegar de forma conjunta y consensuada con el logopeda (Sønsterud et al., 2020).

En la intervención logopédica en disfemia, hay una serie de aspectos generales a tener en cuenta que, sin ellos no se van a poder alcanzar los objetivos propuestos. En la *Figura 12* se detallan esos aspectos.

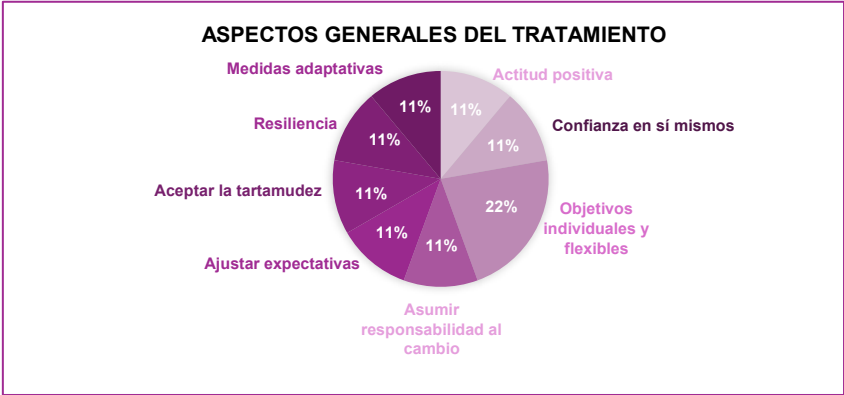


Figura 12. Aspectos generales del tratamiento.

Según Svenning et al., 2021, la actitud positiva por parte del paciente es fundamental en el tratamiento. Para ello, es conveniente que el paciente tenga conocimiento sobre el trastorno y sobre las diferentes versiones del tratamiento según los objetivos individuales que pretenda conseguir (Briley et al., 2020) y considerando las variables que influyen en dicho tratamiento (Connery et al, 2022).

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

La información obtenida para este apartado ha sido la segunda más abundante, por ello se menciona en 8 de los 17 artículos. En la *Figura 13* se muestra dicha información de forma más detallada.

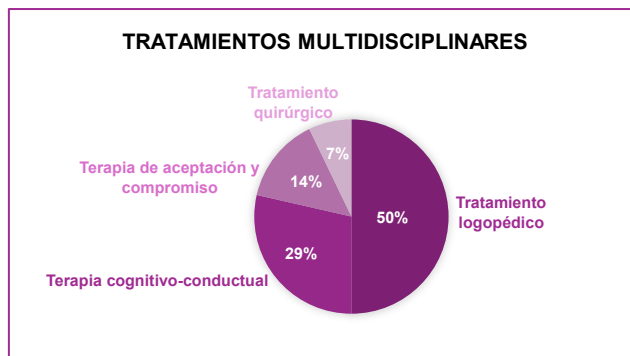


Figura 13. Tratamientos multidisciplinarios.

Según Briley et al., 2020, los hallazgos actuales apuestan por el tratamiento integral para así abordar más allá de sólo los comportamientos observables. Loucks et al., 2022, también aboga por un enfoque de intervención multidisciplinar ya que, al ser un tratamiento integrador, entrelaza habilidades de fluidez, modificación de la tartamudez y la terapia cognitivo-conductual.

En Singh y Shankar, 2022, el 35% de los participantes y el 25% de sus familias coinciden en que la logopedia es una opción viable como tratamiento. Sin embargo, el 10% de los individuos y el 15% de las familias, apostaron por un tratamiento médico, tanto convencional como alternativo debido a que suponen que el origen es por anomalías en la cavidad oral.

6. DISCUSIÓN

En esta revisión bibliográfica se han analizado y comparado diferentes artículos científicos con la finalidad principal de analizar el papel de la familia y el entorno en el curso de la disfemia en pacientes adultos. El proceso se ha llevado a cabo en base a los objetivos propuestos, contrastando y valorando los resultados obtenidos.

De las demostraciones reflejadas en el apartado anterior acerca de la sintomatología, en la **Figura 3**, los síntomas emocionales y conductuales tienen alta prevalencia de acuerdo con los datos recogidos.

En la **Figura 4**, los autores coinciden en que las manifestaciones físicas que más sobresalen son la tensión muscular y los bloqueos de sonidos, sílabas o palabras (Briley et al., 2020; Tichenor y Scott Yaruss, 2021; Parsons et al., 2022). En la **Figura 5** los autores comparten la misma opinión respecto a que las manifestaciones emocionales más destacadas son los sentimientos y pensamientos negativos (Briley, et al., 2020; Tichenor y Scott Yaruss, 2021; Singh y Shankar, 2022; Svenning et al., 2021; Connery et al., 2022; Sønsterud et al., 2020; Parsons et al., 2022; Türkili et al., 2022). Por último, en la **Figura 6** los autores están de acuerdo en que las manifestaciones conductuales más evidentes son las conductas de evitación (Briley et al., 2020; Tichenor y Scott Yaruss, 2021; Svenning et al., 2021; Connery, et al., 2022; Sønsterud et al., 2020; Parsons et al., 2022; Türkili et al., 2022; Werle et al., 2021).

Respecto a la participación familiar, falta investigación sobre la intervención de las familias y el entorno en el tratamiento de la disfemia. Como se refleja en la **Figura 7**, los hallazgos encontrados en Svenning et al., 2021; Lei et al., 2024; Sønsterud et al., 2020 coinciden en considerar a la familia como parte de la intervención. Estos mismos autores, están de acuerdo en que las familias y el entorno cercano son considerados un entorno seguro para el paciente, considerándose inseguro respecto a las personas desconocidas.

En relación a las pautas a evitar, en la **Figura 8** los autores Türkili et al., 2022; Freud y Amir, 2020; Singh y Shankar, 2022 coinciden en que la principal pauta a evitar es la no aceptación de la persona que sufre estas disfluencias. Además, como refleja Singh y Shankar, 2022, tener creencias inapropiadas sobre la tartamudez por parte de las propias personas con tartamudez, sus familias y la sociedad tiene un efecto negativo en la vida de estas personas, ya que se infravalora su capacidad para determinadas

actividades y disminuye su bienestar psicológico (Türkili et al., 2022). Esto hace pensar que se necesita concienciar a la sociedad sobre la etiología y el resultado en la calidad de vida de un usuario con disfluencias. Asimismo, es crucial dar a conocer la logopedia como tratamiento e informar de la relevancia que tiene la implicación de las familias en este proceso. Según Türkili, et al., 2022, que una persona con disfemia sufra actitudes negativas por parte de su familia y del entorno desde la infancia, va a interferir durante toda su vida. Teniendo así, más pensamientos negativos y más conductas de evitación a la hora de tener que comunicarse con los demás (Blumgart et al., 2014; Craig et al., 2011). Por eso mismo, las reacciones de la familia y el entorno se deben medir para no crear actitudes estigmatizantes hacia estas personas. Esto concuerda con (Blood&Blood, 2004, 2016), quién afirma que si las personas con disfluencias han sufrido a lo largo de su vida presión o conductas comunitarias nocivas va a afectar de forma perjudicial al crecimiento de su resiliencia. Principalmente por ello, es tan importante abordar estas necesidades desde una intervención logopédica lo más pronto posible y dirigida hacia la familia y el entorno, favoreciendo así su participación, lo que ayudaría a crear un ambiente de seguridad para el paciente, eliminando las conductas nocivas citadas en este párrafo.

En situaciones de la vida diaria en las que se producen conductas de evitación u otras por parte del paciente con disfemia (como, por ejemplo, dirigirse a la dependienta de un establecimiento para preguntar por un producto o llamar por teléfono para reservar mesa en un restaurante) la familia y el entorno debe saber cómo actuar para no perjudicar a este. Además, se si incluye a la familia en la intervención va a facilitar la generalización del tratamiento y su aplicación en situaciones reales fuera de la sala de logopedia.

Siguiendo esta misma línea, las pautas de actuación recogidas en la **Figura 9**, en la que los autores Freud y Amir, 2020; Türkili et al., 2022; Svenning et al., 2021 están de acuerdo en que la principal tarea de la familia y del entorno es ayudar y amparar al sujeto con disfluencias. Como afirman los autores (Feldman y Cohen, 2000) el apoyo social aumenta la autoestima y (Bloom, 1990) el apoyo social de la familia favorece la calidad de vida de las personas con disfemia, independientemente de su grado. Además, del apoyo familiar, Svenning et al., 2021 cree que una actitud positiva frente a la comunicación de estas personas es imprescindible para el éxito del tratamiento.

Como afirma Freud y Amir, 2020 para la disfemia es muy importante cómo se relaciona la forma de ser de la persona con el entorno social, cómo afecta la relación con los demás en el progreso de la resiliencia. Por ello, Blumgart, Tran y Craig, 2014; Boyle, 2013 demostraron que un buen apoyo social aumenta las posibilidades de que las personas con disfluencias tengan una vivencia mejor sobre la tartamudez y un enfoque más adaptativo.

Con respecto a las técnicas de tratamiento, en la **Figura 10** se detallan dos tipos. Los autores apuestan por un porcentaje mayor de técnicas logopédicas que generales. En la **Figura 11**, se detallan dos enfoques de tratamiento para la disfemia. De acuerdo con los autores Brignell et al., 2020; Louks, et al., 2022; Rama Rodríguez et al., 2023, la reestructuración del patrón del habla es la técnica más efectiva, ya que disminuyen la tartamudez en personas adultas. Dentro de este, las estrategias de modelado y la autogestión tienen mayor posibilidad de evitar una recaída del paciente, ya que el objetivo es aumentar la fluidez con el propósito de tener un habla con menos interrupciones en la comunicación, pero su objetivo no es perfeccionar la comunicación dado por hecho que las disfluencias van a continuar. Para ser una intervención de éxito, hay que ayudar a las personas con disfemia a comunicarse en la realidad (Rama Rodríguez et al., 2023).

Por el contrario, Byrd et al., 2021 muestran que una persona con disfluencias puede tener una perspectiva diferente hacia la comunicación y hacia sus habilidades comunicativas participando en una intervención específica para aumentar la comunicación general, evitando así la idea de cambiar el habla o eliminar los bloqueos (Byrd et al., 2024). Este autor concluye que, tras aplicar este tratamiento en adultos, se muestra que aumentó la competencia significativa autopercibida de la persona con disfemia, por lo que se reduce la influencia negativa que pueda tener el interlocutor.

Como afirman Beilby, Byrnes y Yaruss (2012) que las personas con disfemia acepten su tartamudez y a su vez acudan a intervención para fomentar un habla sin esfuerzo son actuaciones complementarias que podrían obtener grandes resultados (Sønsterud et al., 2020).

En la **Figura 12** se detallan los aspectos generales de la intervención. Como muestra Tomisato et al., 2022, las personas con disfemia que padecen alta ansiedad social son más afines a no pedir ayuda a los demás, no expresar emociones que involucren a

los demás y a no cambiar su punto de vista, lo que se consideran estrategias de afrontamiento desadaptativas. Por ello, es conveniente que utilicen estrategias adaptativas como pedir ayuda, o búsqueda de ayuda para adoptar una solución.

De acuerdo con la intervención multidisciplinar, en la **Figura 13** se detallan los tratamientos que forman parte de esta. En Tichenor y Scott Yaruss (2021), muchos enfoques actuales para el tratamiento de la tartamudez buscan ayudar a los hablantes a comprender sus pensamientos asociados con la tartamudez y desactivar sus reacciones emocionales a partir de esos pensamientos (Beilby et al., 2013, 2012; Sangre, 1995; Boyle, 2011; Cheasman, 2013; Emerick, 1988; Gupta et al., 2016; Harley, 2018; Helgadóttir et al., 2014; Kelman y Wheeler, 2015; Kuster et al., 2013; Menzies et al., 2008, 2009; Plexico y Sandage, 2011; Van Riper, 1973). Significativamente, se ha demostrado que estos enfoques terapéuticos disminuyen algunos de los efectos adversos relacionados con la tartamudez (Menzies et al., 2008). Esto coincide con (Briley et al., 2020), quién confirma que en la actualidad hay descubrimientos que apuestan por un tratamiento para adultos con disfemia integral, para disminuir emociones y comportamientos negativos consecuencia de la tartamudez. Del mismo modo (Louks et al., 2022), muestra que al ser un tratamiento integrador, entrelaza habilidades de fluidez, modificación de la tartamudez y la terapia cognitivo-conductual. Por lo que, se aboga de nuevo por un enfoque de intervención multidisciplinar.

La evidencia científica informa de que las intervenciones afectivas y cognitivas se pueden llevar a cabo a través de la terapia cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso de la mano de profesionales de la salud mental (Beilby et al., 2012; Menzies et al., 2009, 2019; Sonsterud et al., 2020). Al utilizar ambos enfoques se va a enriquecer el funcionamiento psicosocial y en la fluidez del habla de la persona con disfluencias. (Connery et al., 2022).

Sin embargo, en Singh y Shankar (2022), se muestra que tanto los sujetos con disfemia como sus familias apostaron por un tratamiento médico debido a que piensan que el origen de la disfemia son anomalías en la cavidad oral, siendo esto una creencia errónea.

LIMITACIONES Y FORTALEZAS

La presente revisión se ve limitada por varios motivos. La extensión de los resultados puede verse afectada por el escaso número de artículos encontrados, sobre todo, referidos a la participación familiar en la intervención con adultos y en pautas para la familia. Además, falta investigación sobre la percepción de la familia y el entorno cercano de una persona con disfemia. En cambio, la utilización de estudios recientes refuerza la autenticidad de estos.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Con la finalidad de adaptar el modelo centrado en la familia a la intervención logopédica en personas adultas, se recomienda utilizar prácticas basadas en la evidencia científica. En primer lugar, es imprescindible que los logopedas y los psicólogos trabajen de forma conjunta para abordar el tratamiento de esta patología. Con el mismo objetivo se debe concienciar a la familia y al entorno sobre la etiología de la disfemia, así como, elaborar una serie de pautas específicas de intervención para ellos.

De esta manera, la incorporación de la familia al tratamiento de la disfemia en el paciente adulto aumentará en general, su nivel de conocimiento sobre la tartamudez, lo que les permitirá comprender mejor los factores ambientales específicos del paciente que pueden favorecer o perjudicar la fluidez del habla en la vida cotidiana.

7. CONCLUSIONES

A través de esta exhaustiva revisión bibliográfica, se ha pretendido realizar una investigación sobre el papel de la familia y el entorno en el curso de la disfemia en pacientes adultos. A continuación, se presentan las conclusiones obtenidas en relación con los objetivos propuestos al inicio de esta investigación.

1. La sintomatología de la disfemia se relaciona principalmente con repeticiones y bloqueos de sonidos, sílabas o palabras a nivel físico; con pensamientos y sentimientos negativos a nivel emocional y con conductas de evitación a nivel conductual, siendo inestable a todos los niveles.
2. La influencia de la participación familiar es determinante en la actitud de la persona con disfemia hacia ella. Se considera una parte fundamental de la intervención.
3. Las conductas a evitar por parte de la familia ante los bloqueos son escasas y se deben de dar más a conocer; así como, las estrategias de actuación, las cuales son poco específicas. Ambas se deben de tener en cuenta para así aumentar la autoestima y la calidad de vida del paciente con disfemia.
4. La recopilación de estrategias de intervención ha sido variada, siendo mayoritaria la reestructuración del patrón del habla y, en menor proporción, el tratamiento centrado en la comunicación. Con el primer enfoque se consigue una disminución de los bloqueos y con el segundo se aumenta la competencia comunicativa autopercebida del paciente.
5. A pesar de que el modelo centrado en la familia está muy desarrollado en pacientes infantiles, en adultos se puede conseguir a través de la inclusión en las sesiones de estos, de manera progresiva y gradual. Así como dando a conocer aspectos relacionados con la etiología y las consecuencias de las actitudes positivas y negativas por su parte.
6. Es importante la alianza terapéutica y el establecimiento de los objetivos del tratamiento de forma conjunta, logopeda, paciente y familia. Los logopedas deben poseer habilidades sociales como empatía o escucha activa.
7. Para que la intervención no se centre sólo en un aspecto de la sintomatología y así sea multidisciplinar, los logopedas y los profesionales de la salud mental deben trabajar juntos para proporcionar al paciente con tartamudez una intervención más global, además de brindar apoyo a éste.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brignell, A., Krahe, M., Downes, M., Kefalianos, E., Reilly, S. y Morgan, A.T. (2020). A systematic review of interventions for adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 64, artículo 105766. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2020.105766>

Briley, P.M., Wright, H.H., O'Brien, K. y Ellis, C. (2020). Relative contributions to overall impact of stuttering in adults using the overall assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES). *Journal of Fluency Disorders*, 65, artículo 105775. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2020.105775>

Byrd, C.T., Coalson, G.A. y Werle, D. (2024). Observer-rated outcomes of communication centered treatment for adults who stutter: A social validation study. *PLoS ONE*, 19(5), artículo e0303024. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303024>

Connery, A., Scott Yaruss, J., Lomheim, H., Loucks, Torrey M., Galvin, R. y McCurtin, A. (2022). Obtaining consensus on core components of stuttering intervention for adults: An e-Delphi Survey with key stakeholders. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 57, 112-127. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12680>

Díaz, C. (2019). *Guía básica de Atención Temprana y transformación*. Confederación Plena inclusión España. <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/guia-basica-sobre-atencion-temprana-y-transformacion/>

Dinville, C. (1982). *La tartamudez: sintomatología-tratamiento (1a ed)*. Masson.

Fernández-Zúñiga, A. (2005). *Guía de intervención logopédica en tartamudez infantil*. Síntesis.

Fernández-Zúñiga Marcos de León, A., y Caja del Castillo, R. (2008). *Tratamiento de la tartamudez en niños: programa de intervención para profesionales y padres*. Elsevier-Masson.

Freud, D. y Amir, O. (2020). Resilience in people who stutter: Association with covert and overt characteristics of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 64, artículo 105761. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2020.105761>

Gerlach-Houck, H. y Rodgers N.H. (2022). The good, the bad, and the ugly: Unpacking the pros and cons associated with change for adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 73, artículo 105924. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2022.105924>

Leal, L. (2008). *Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia*. FEAPS. Confederación Española de Organización en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/cuaderno-de-buenas-practicas-un-enfoque-de-la-discapacidad-intelectual-centrado-en-la-familia/>

Lei, X., Sasisekaran, J. y Nguyen-Feng, V.N. (2024). The experience of stuttering in everyday life among adults who stutter: The impact of trait social anxiety and the social situations. *Journal of Fluency Disorders*, 80, artículo 106061. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2024.106061>

Loucks, T.M., Pelczarski, K.M., Lomheim, H. y Aalto, D. (2022). Speech kinematic variability in adults who stutter is influenced by treatment and speaking style. *Journal of Communication Disorders*, 96, artículo 106194. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106194>

Millán Carrasco, A.M. (2018). *Disfemia: guía de apoyo*. Región de Murcia. Consejería de Educación, Juventud y Deportes. Secretaría General. Servicio de Publicaciones y Estadística. ISBN: 978-84-617-8726-5

Parsons, V., Ntani, G., Muir, R., Madan, I. y Bricker-Katz, G. (2022). Assessing the psychosocial impact of stammering on work. *Occupational Medicine*, 2022(72), 125–131. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqab169>

Rama Rodríguez, A., Rehakova Novosadova, L., Vidal Bouzas, M., Latorre-Coscolluela, C., Ayllón-Negrillo, E., y Vieiro Iglesias, P. (2023). ¿Cómo evaluar e

intervenir sobre la tartamudez? Un análisis de percepciones de especialistas en logopedia. *Revista de Investigación en Logopedia*, 13(1), artículo e81643. <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.81643>

Rodríguez Morejón, A. (2003). *La tartamudez: naturaleza y tratamiento*. Herder.

Singh, U. y Shankar Kumar, S. (2022). Perception of Stuttering in Individuals with Stuttering. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 74(Suppl 3), S4880–S4890. <https://doi.org/10.1007/s12070-020-02344-4>

Sønsterud, H., Billaud Feragen, K., Kirmess M., Seeger Halvorsen M. y Ward D. (2020). What do people search for in stuttering therapy: Personal goal setting as a gold standard? *Journal of Communication Disorders*, 85, artículo 105944. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.105944>

Svenning, A., Panzarino, R., Vanryckeghem, M. y Vestner, T. (2021). Life partners' perceptions of the emotional, speech disruptive, and attitudinal correlates of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 67, artículo 105821. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2020.105821>

Tichenor S.E. y Scott Yaruss, J. (2021). Variability of Stuttering: Behavior and Impact. *American Journal of Speech-Language Pathology*, Vol. 30, 75–88. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00112

Tomisato, S., Yada, Y. y Wasano, K. (2022). Relationship between social anxiety and coping profile in adults who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 95, artículo 106167. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2021.106167>

Türkili, S., Türkili S. y Feryal Aydin, Z. (2022). Mental well-being and related factors in individuals with stuttering. *Heliyon*, 8, artículo e10446. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10446>

Villaescusa Peral, M. y Martínez-Rueda, N. (2022). *Enfoque centrado en la familia: Conceptualización y una propuesta de modelo operativo*. Publicaciones de la Universidad de Deusto. ISBNLM: 978-84-1325-181-3

Villaescusa Peral, M., Martínez-Rueda, N., Yurrebaso, G., (2022). *Enfoque centrado en la familia en las entidades de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo: conceptualización y orientaciones para la puesta en práctica*. Zerbitzuan. <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.76.03>

Werle, D., Winters, K.L. y Byrd C.T. (2021). Preliminary study of self-perceived communication competence amongst adults who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 70, artículo 105848. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2021.105848>

9. AGRADECIMIENTOS

A mi tutor Jorge Gutiérrez Blanco, por guiarme y ayudarme a dar forma a este trabajo y por hacer que el proceso tuviera sentido.

A mis padres, José y Elena, por darme la oportunidad de formarme gracias a su esfuerzo y a su sacrificio. Y por apoyarme en cada paso que doy. Este logro también es vuestro.

A mi hermana, Alba, por ser el motivo de este TFG, mi guía y mi ejemplo a seguir desde que era pequeña.

A mis abuelos, a las que siguen conmigo y a los que no pudieron llegar a verlo, gracias por enseñarme el significado de familia, os tengo presentes en cada logro. En especial, a mi abuelo Satur, que no pudo llegar a ver cómo lo conseguí, pero sé que estaría orgulloso.

A mi familia y amigos/as que me han acompañado, han sido mi apoyo durante esta etapa y han creído en mí, incluso cuando yo misma dudaba.

Y, por último, a mí misma, por ser constante, por no rendirme y por luchar por mis sueños. Por aprender que todo llega si lo intentas las veces que haga falta, aunque el camino no sea fácil y, que puedo conseguir todo lo que me proponga.

Gracias a todos.

10. ANEXOS

ANEXO I. FACTORES CAUSANTES DE LA TARTAMUDEZ.

a) Factores genéticos:

Los estudios demuestran que la tartamudez no es hereditaria, pero hay un consenso de que existe una predisposición a adquirirla, la cual se transfiere genéticamente (Andrews y Harris, 1964; Van Riper, 1982; Kidd, 1984; Wingate, 1988; Bloodstein, 1995; Ambrose et al., 1997; Felsenfeld, 1997 y 2000) (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008).

Las investigaciones confirman que el tartamudeo es más usual en familias con sujetos que padecen esta patología a familias sin estos sujetos. La tartamudez afecta de 5 a 10 veces más en varones que en mujeres. En el caso de hermanos gemelos monocigóticos la tartamudez aparece en el 90% de los casos. Si los hermanos son gemelos dicigóticos la tartamudez sólo aparece en el 25%.

Según (Kidd, 1980) entre familiares de sujetos tartamudos, la incidencia es un 14%. Si el sujeto tartamudo es una mujer, la familia tiene un riesgo más alto de padecerla que si el sujeto es un hombre.

En cuanto a la remisión espontánea de la tartamudez también se han hallado diferencias, hasta un 66% de mujeres en comparación con el 46% de hombres.

b) Factores fisiológicos:

- Las personas con tartamudez presentan alteraciones en relación a la producción del habla.
- Poseen dificultades en la ejecución y planificación de los movimientos del habla debido a una reacción más lenta en el tiempo y por complicaciones articulatorias y respiratorias. Algunos autores han propuesto la hipótesis de que el origen sea una falta de coordinación entre la fonación, la articulación y la respiración debido a que cuando el individuo susurra, sólo mueve los labios al hablar sin emitir sonidos, la tartamudez disminuye. (Van Riper, 1982; Starkweather, 1987; Peters y Guitar, 1991; Webster, 1997).
- Para que el movimiento de los órganos fonoarticulatorios implicados en el habla sea adecuado es conveniente que la musculatura orofacial esté tonificada y los músculos relajados. Por ello, si el sujeto con tartamudez está afectado

emocionalmente va a influir en la precisión de estos movimientos. Estas alteraciones en la fluidez se pueden dar en situaciones que requieren de un esfuerzo excesivo por parte del sujeto y este se tensa.

- En cuanto a la alteración en la coordinación respiratoria se ha demostrado que es el resultado de los espasmos de la tartamudez, no el origen de esta.
- Dentro de este tipo de factor también forma parte el temperamento del sujeto. Si el sujeto tiene un temperamento sensible, va a influir en que el estrés y la tensión muscular sean su forma de reaccionar ante situaciones nuevas o personas desconocidas. Este tipo de temperamento se asocia con respuestas como el retraimiento y la evitación ante situaciones incómodas (Conture, 1991; Peters y Guitar, 1991; Bloodstein, 1995; Guitar, 1997,2000).

En definitiva, no hay evidencia de que estos procesos sean el origen de la tartamudez. Sin embargo, el trastorno tiene una base que combinada con otros factores favorecen la manifestación de la disfemia.

c) Factores psicosociales:

En este tipo de factores hay que tener en cuenta las corrientes psicológicas del condicionamiento clásico y condicionamiento operante ya que la actitud negativa y la atención a los errores por parte de los padres o los interlocutores dificulta la fluidez verbal.

d) Factores lingüísticos:

Entre los dos y los cinco años se produce un extenso desarrollo lingüístico y hay investigaciones que apuntan a una relación entre la disfemia y alteraciones en el desarrollo del lenguaje (Bloodstein, 1995).

e) Factores ambientales:

Tras la presentación de la disfemia, hay que tener en cuenta las reacciones de la familia y del entorno ante las disfluencias, en el caso de la población infantil, en el contexto escolar para no provocar una inseguridad o toma de conciencia de los bloqueos. Ante una mala reacción de estos, el sujeto puede tender al temor a hablar y a evitar situaciones en las que pueda sufrir disfluencias.

ANEXO II. FASES Y CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS.

FASE I (2-6 años)	FASE II (6-8 años)
○ Dificultad episódica. ○ Ante excitación, cansancio o presión comunicativa. ○ Síntoma dominante: repetición. ○ Al principio de la frase, en la primera palabra. ○ Sin preocupación, con reacciones esporádicas.	○ Dificultad crónica. ○ Se percibe como tartamudo. ○ En palabras de contenido y, con mayor frecuencia, en palabras o sílabas no iniciales. ○ No hay demasiada preocupación por el habla. ○ La tartamudez aumenta con la excitación o la rapidez.
FASE III (8 años)	FASE IV (16 años)
○ La tartamudez aparece en situaciones específicas. ○ Idea de que algunas palabras o sonidos son más difíciles. ○ Hay sustituciones de palabras y circunloquios. ○ No se evitan situaciones y no hay miedo.	○ Miedo y anticipación. ○ Hay sonidos, palabras y situaciones temidas. ○ Hay sustituciones de palabras y circunloquios. ○ Evitación de situaciones.

Tabla 3. Fases y características evolutivas.

ANEXO III. PAUTAS PARA LA FAMILIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFEMIA

- Tratarle con respeto y ser comprensivos con él/ella.
- No infravalorarlo por tener bloqueos en su habla ni minimizar su trastorno.
- Evitar comentarios críticos, correcciones y reacciones negativas tanto verbales como no verbales ante las disfluencias.
- Prestar ayuda al paciente si la tolera.
- Ayudar al sujeto a aceptar su tartamudez.
- No ser exigente respecto al habla de la persona.
- Evitar interrumpirle, responder por ella, terminar frases por ella, intentar adivinar las palabras que quiere decir, hacerle repetir palabras en las que se ha bloqueado.
- No ser impacientes y dejarle tiempo para hablar.
- Respetar los turnos de habla.
- Hablar sin presionarle, de manera lenta y relajada.
- Dejar que exprese sus ideas, pensamientos y sentimientos.
- Facilitar que inicie las conversaciones con temas de su interés.
- Reducir las preguntas para que no se sienta en un interrogatorio y si se hacen, que sean preferiblemente cerradas.
- Escucha activa y prestar atención al contenido del mensaje.
- Mantener el contacto visual sin transmitir impaciencia o nerviosismo.

(Dinville, 1982; Rodríguez Morejón, 2003; Fernández-Zúñiga, 2005; Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008; Millán Carrasco, 2018).