

Relación entre disfemia y ansiedad social en población adulta de habla hispana.

Facultad de Psicología y Logopedia

Trabajo Fin de Grado de Logopedia

Andrea González Peraza

**Tutorizado por: Jonathan Delgado Hernández
y María Adela Rumeu de Lorenzo-Cáceres**

Curso Académico 2022-23

Resumen

El objetivo de este estudio es comparar la ansiedad social entre un grupo de personas que tartamudea con otro que no. Como objetivos secundarios se pretende comparar en el grupo con disfemia los niveles de ansiedad social en función del género, de los diferentes tipos de disfemia, de la asistencia al logopeda y al psicólogo. Por último se estudia el efecto de la ansiedad social en la autopercepción de la tartamudez en la vida diaria. Se pasó un cuestionario a 104 voluntarios y se dividieron en dos grupos, un grupo de personas con disfemia (n=61) y otro grupo de personas sin disfemia (n=43). El cuestionario administrado estaba compuesto por las variables sociodemográficas y la escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS). El grupo con disfemia presenta puntuaciones de ansiedad social significativamente más altas que el grupo sin disfemia ($p < .001$). No se encontraron diferencias entre géneros ($p = .73$). Dentro del grupo con disfemia el tipo de disfemia tónico y mixto tenían puntuaciones mayores al resto. Asistir al logopeda y al psicólogo no influye en los niveles de ansiedad social pero la autopercepción de la severidad de la tartamudez tiene una relación positiva con la ansiedad social ($r_p = .765, p < .001$). Las personas con disfemia presentan niveles más altos de ansiedad social que las personas sin problemas de fluidez que se incrementan a medida que aumenta negativamente la autopercepción de la gravedad de la disfemia. La disfemia tónica y mixta son la que más se relacionan con los problemas de ansiedad social.

Palabras clave: tartamudez, ansiedad social, tipos tartamudez, LSAS, autopercepción de la severidad.

Abstract

The objective of this study is to compare social anxiety between a group of people who stutter and another who do not stutter. As secondary objectives we pretend to compare in the group with dysphemia the levels of social anxiety as a function of gender, the different types of dysphemia, the attendance to the speech therapist and the psychologist. Finally, the effect of social anxiety on the self-perception of stuttering in daily life was studied. A questionnaire was passed to 104 volunteers and they were divided into two groups, a group of people with dysphemia (n=61) and another group of people without dysphemia (n=43). The questionnaire administered was composed of sociodemographic variables and the Liebowitz social anxiety scale (LSAS). The group with dysphemia presented significantly higher social anxiety scores than the group without dysphemia ($p < .001$). No differences were found between genders ($p = .73$). Within the group with dysphemia the tonic and mixed dysphemia type had higher scores than the rest. Attending the speech therapist and the psychologist did not influence the levels of social anxiety but the self-perception of the severity of stuttering had a positive relationship with social anxiety ($r_p = .765, p < .001$). People with dysphemia present higher levels of social anxiety than people without fluency problems that increase as self-perceived severity of dysphemia increases negatively. Tonic and mixed dysphemia are the most related to social anxiety problems.

Key words: stuttering, social anxiety, stuttering types, LSAS, self-perceived severity.

Introducción

Según el CIE-11 (OMS, 2022) la tartamudez entra dentro de los trastornos del desarrollo del habla o el lenguaje y a su vez en los trastornos del neurodesarrollo. Define el trastorno del desarrollo de la fluidez del habla como la interrupción del ritmo y de la velocidad, representada por repeticiones y prolongaciones de sonidos, sílabas, palabras y frases, así como de bloqueos y evitación o sustitución de palabras. Tiene como consecuencia un deterioro en la comunicación social, educativa, personal, familiar, ocupacional etc. Esta disfluencia no se explica mejor por un trastorno del desarrollo intelectual, enfermedad del sistema nervioso, deterioro sensorial o una anomalía estructural u otro trastorno del habla o de la voz.

Sangorrin (2005) clasifica los trastornos de la fluidez del habla en: neurogénica, psicógena, disfemia (tartamudez), tartamudez evolutiva, taquifemia y tartamudez encubierta. Definiendo la tartamudez neurogénica aquella que es adquirida, originada después de una lesión o enfermedad cerebral, donde la persona afectada antes disponía de condiciones normales en la fluidez del habla. La tartamudez psicógena se inicia en la edad adulta sin causa neurológica y con una escasa repercusión emocional, la causa en concreto es un episodio estresante. Otro tipo de tartamudez es la disfemia evolutiva, es importante tener en cuenta que las faltas de fluidez son habituales en los inicios del desarrollo del lenguaje, cuando las disfluencias son recurrentes, pueden ser señal de presencia de tartamudez. Este tipo de disfemia aparece a la vez que la disfemia típicamente dicha, la diferencia es que la primera remite espontáneamente sin intervención entre año y medio y los dos años después de haber comenzado (Fernández-Zuñiga, 2014).

Los niños con disfemia evolutiva tienden a realizar repeticiones al comienzo de las oraciones, artículo o frase y este hecho se acentúa cuando el niño está excitado o inquieto, cuando tiene algo importante que decir o cuando está bajo condiciones de comunicación donde le presionan. (Bloodstein, 1987, como se citó en Rodríguez-Carrillo, 2020)

Haynes et al. (2008) determinan unas variables a tener en cuenta a la hora de decidir si las disfluencias que presenta el niño son normales o nos habla de tartamudez.

- Tipo predominante de disfluencia: es señal de tartamudez la repetición frecuente de sílabas o sonidos, al igual que prolongaciones de sonidos y repeticiones de partes de palabras.
- Frecuencia de la disfluencia: si repite sílabas en tres o más ocasiones en 100 palabras y si la prolongación se excede en una por cien palabras, es indicativo de tartamudez.
- Duración de la disfluencia: Si las prolongaciones y los bloqueos exceden un segundo, son señal de tartamudez
- Ritmo y velocidad del habla: Son señales de tartamudez si se evidencia un ritmo irregular o agitado del habla y se acelera la velocidad en las repeticiones
- Comportamientos asociados: Si se evidencia fuerza al hablar, largas prolongaciones, bloqueos, aumento de la tensión muscular y aumento del volumen de la voz, se puede sospechar de tartamudez
- Agrupaciones de disfluencias: Aparecen varios tipos de disfluencias para decir la misma palabra (ten-ten-tengo, esto teeeeeengo, tengo que...).

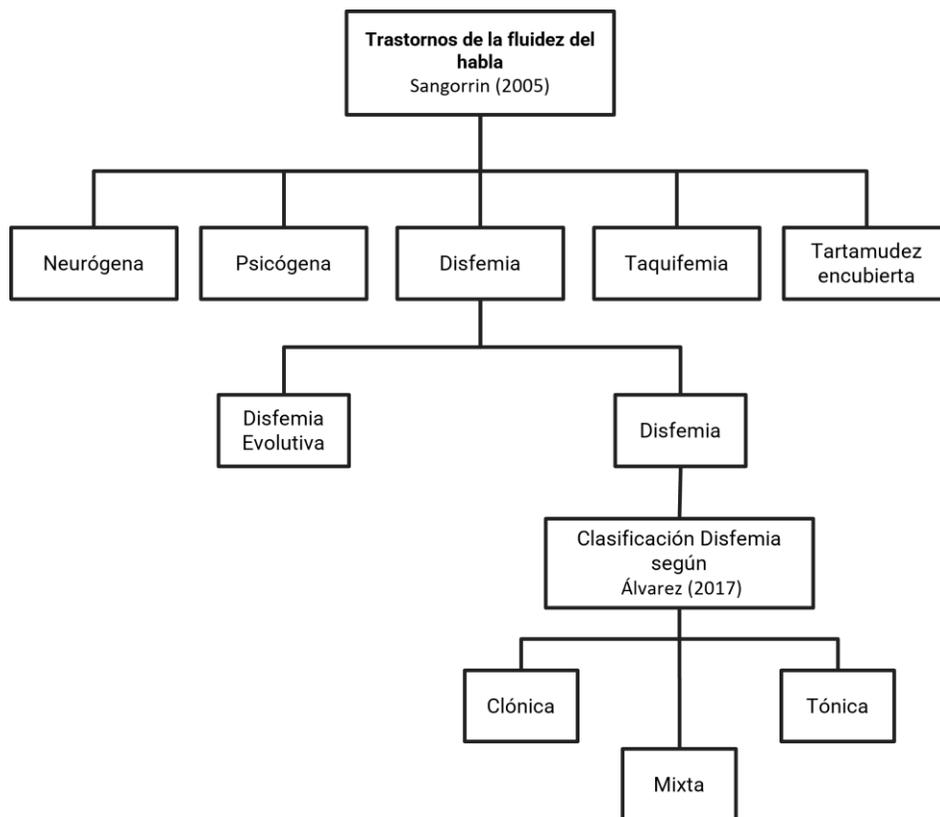
Normalmente la disfemia comienza sin desencadenantes aparentes aunque hay un subgrupo el cual manifiesta la tartamudez gracias a factores desencadenantes estresantes, en este subgrupo los antecedentes familiares son mucho menos frecuente que en el grupo mayoritario y es importante tener en cuenta que son típicos de las personas con personalidad con alta reactividad emocional y/o rasgos de ansiedad. Cuando las disrupciones persisten durante más de dos años a partir del comienzo, se cronifica y pasa de Tartamudez evolutiva a Disfemia (Sangorrin, 2005).

Dentro de la disfemia según Álvarez (2017) hay 3 tipos: clónica, tónica o mixta. La tartamudez clónica la define como la más conocida es la repetición involuntaria, explosiva y brusca de sílabas o palabras. La tónica está caracterizada por la interrupción del habla durante un tiempo de forma total

debido a una alta tensión muscular que puede llegar a producir espasmos musculares involuntarios, se asocia a movimiento de pies, mano o cabeza. Por último se encuentra la mixta que combina los síntomas de las dos anteriores, es la más frecuente. (Véase figura 1.)

Figura 1

Esquema de los trastornos de la fluidez del habla según Sangorrin (2005) y los tipos de disfemia según Álvarez (2017).



No se sabe cuál es la causa que desencadena la tartamudez pero saben que existe un factor genético que no se ha podido demostrar de manera absoluta. También se habla de un origen neurológico donde el área premotora del cerebro, encargada de la programación de los movimientos del habla tendría una actividad diferente a lo esperado. Además se encontró una implicación directa de los núcleos de la base, relacionados con el sistema límbico que es aquel encargado de las emociones. Otra posible causa se dice que son los factores sociales porque estos intervienen de forma importante y

constante, ya que los oyentes exigen que las personas con tartamudez hablen de forma fluida y rápida, en caso de no producirse se les rechaza y se vuelven objeto de burlas produciendo en consecuencia un agravamiento de las disfluencias (Álvarez, 2017).

Cuando el niño con disfemia alcanza la edad escolar existe un riesgo de cronificación y empeoramiento de la disfemia ya que sobre los 7 años comienza a tener conciencia de su habla y tiende a reaccionar ante esta dificultad a la vez que reacciona su entorno (correcciones, burlas, acoso...), provocando que aparezcan conductas anticipatorias y el temor a no poder expresarse produciendo conductas de evitación en situaciones comunicativas donde pueden llegar a presentar patrones de tensión y esfuerzo al hablar y a su vez unos altos niveles de ansiedad. Cuando estos síntomas suceden se puede decir que la tartamudez está cronificada (Fernandez-Zuñiga, 2014).

En relación con lo dicho anteriormente podemos observar que el factor social tiene una gran carga para las personas con tartamudez, esto se puede observar en un estudio reciente (Jackson et al, 2021) que nos habla acerca de que las personas adultas que tartamudean no lo hacen cuando están solos. Llegan a la conclusión de que esto ocurre por el papel que juega la percepción del hablante al ser escuchado por otra persona. La evaluación social, la intención comunicativa, la variación prosódica fueron una de las causas que dieron para explicar este hecho.

Macías-Carballo et al. (2019) considera la ansiedad como una conducta adaptativa porque ayuda a los individuos a mantenerse alejados de situaciones y lugares peligrosos. El trastorno de ansiedad se define como la anticipación a una futura situación de peligro real o supuesta, que es provocada por la sensación de estímulos potencialmente dañinos produciendo un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia. La respuesta es persistente e incontrolable perjudicando la calidad de vida del que lo padece. El DSM-V (2014) clasifica el trastorno de ansiedad (TA) en 11 tipos con sintomatología diversa: TA por separación, Mutismo selectivo, Fobia específica, TA social, Trastorno de pánico, Agorafobia, TA generalizada, TA debido a otra afección médica, TA especificados y TA no

especificados. En este trabajo hablaré del trastorno de ansiedad social que es aquella que surge cuando el individuo se expone a situaciones sociales donde puede haber un escrutinio por parte de otros, esto hace que la persona tema actuar mostrando síntomas de ansiedad.

Iverach y Rapee (2014) definen la ansiedad social como un trastorno de ansiedad que está presente a lo largo del tiempo y por ello es crónico caracterizado por miedo a la humillación, vergüenza y la evaluación negativa en situaciones sociales en relación con su rendimiento.

El objetivo de este estudio es comparar la ansiedad social entre un grupo de personas que tartamudea con otro que no. Como objetivos secundarios se pretende comparar en el grupo con disfemia los niveles de ansiedad social en función del género, de los diferentes tipos de disfemia, de la asistencia al logopeda y al psicólogo. Por último se estudia el efecto de la ansiedad social en la autopercepción de la tartamudez en la vida diaria.

Método

Participantes

En este estudio participaron 104 voluntarios de habla hispana, 61 presentaban disfemia (GcD) y 43 no la presentaban (GsD). El primer grupo GcD, tiene una edad media de 41,8 años (DT=13,4) y el GsD 41,2 años (DT=12,8). El porcentaje de hombres recogidos en el grupo con disfemia es de 73,8% en cambio en el grupo sin disfemia es de 62,8% y el porcentaje de mujeres en el GcD es de 26,2% y en el GsD es de 37,2% en consecuencia se observa que ambos grupos no están pareados en género.

Procedimiento

Se realizaron dos cuestionarios con Google forms, constan de dos partes. En una se recogen las variables sociodemográficas y en la segunda parte se encuentra la escala de Liebowitz (Liebowitz, 1987). En el apartado de instrumento se explica con mayor detalle las partes. El cuestionario del grupo con disfemia (GcD) se abrió el 17/02/2023 y cerró el 07/03/2023 con una separación de 19 días y el otro grupo (GsD) que abrió el 12/03/2023 y cerró el 30/03/2023, es decir 24 días para intentar parear las muestras.

La distribución del cuestionario para obtener la muestra se obtuvo gracias a un muestreo por conveniencia, donde los sujetos fueron reclutados para GsD, a través de las redes sociales y familiares cercanos. En cambio para el GcD, además de lo dicho anteriormente nos pusimos en contacto con diferentes fundaciones de habla hispana relacionadas con la tartamudez. Las que nos ayudaron en la distribución del cuestionario fueron: la Asociación Catalana de la Tartamudez, la Asociación Iberoamericana de la Tartamudez, la Fundación Colombia de la Tartamudez y la Asociación Mexicana de la Tartamudez.

Instrumento

El cuestionario realizado consta de 2 partes. En la primera parte se recogen las diferentes variables sociodemográficas, para el cuestionario del grupo con disfemia se tuvo en cuenta el género, edad, estudios, si trabajan o no, si habían ido al psicólogo por problemas de ansiedad además se añadieron otras variables relacionadas con la tartamudez (tipo de disfemia, si han ido al logopeda en algún momento de su vida y por último como sentía que les afectaba la tartamudez en su día a día). Para el cuestionario del grupo sin disfemia se tuvieron en cuenta todas las variables anteriores menos las relacionadas con la tartamudez. La segunda parte va después de añadir las variables, insertamos la escala de Liebowitz (Liebowitz, 1987) (véase el cuestionario en Anexo 1.)

Se hizo una búsqueda bibliográfica acerca de las diversas escalas validadas al español más utilizadas para medir la ansiedad, en esta búsqueda se encontró la de Liebowitz que al ser una escala en formato entrevista con puntuaciones de 0 a 3, nos facilitaba la distribución y además la realización de los cuestionarios a los sujetos era más sencilla.

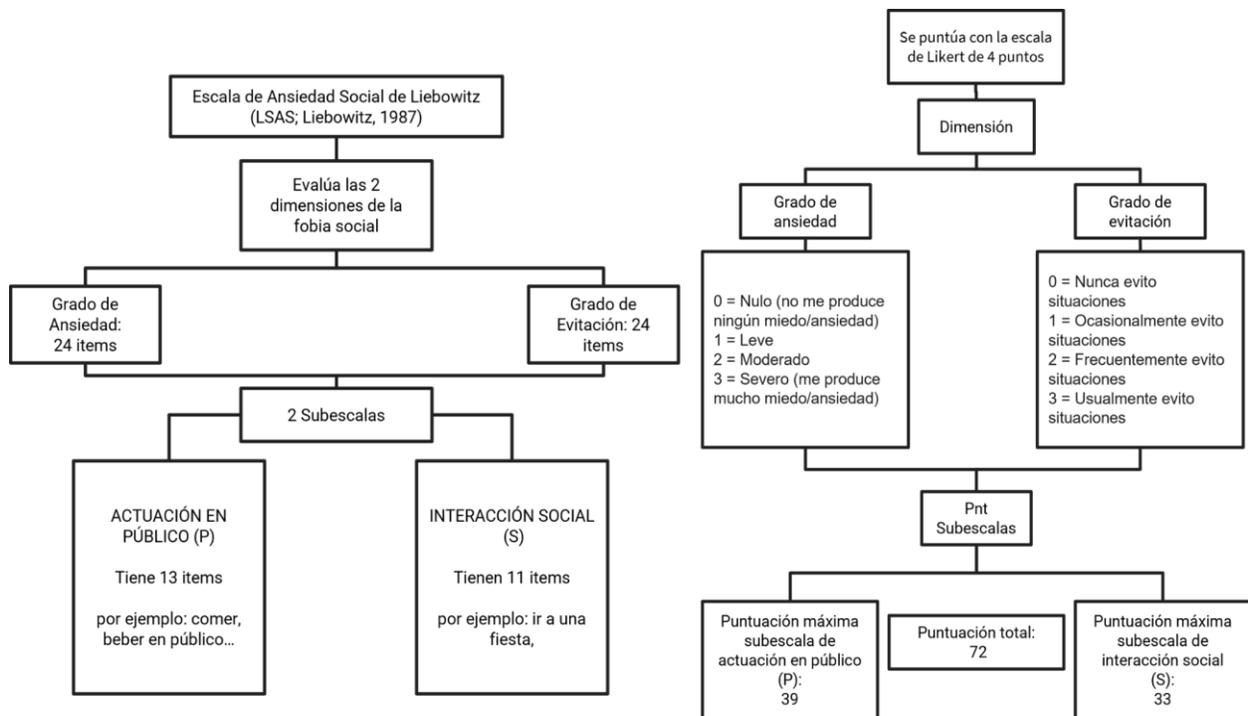
La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz, 1987) es una escala formato entrevista que consta de 24 ítems agrupados en dos subescalas, una de 13 ítems relativos a situaciones de ansiedad en actuaciones en público (P) como por ejemplo: comer, beber en público... y las referidas a situaciones de interacción social (S) de 11 ítems relacionado con ir a una fiesta por ejemplo. Cada una de estas subescalas se evalúa mediante las 2 dimensiones de la fobia social: el grado de ansiedad que te suponen ciertas situaciones y el grado de evitación. Es posible obtener dos puntuaciones totales para ambas dimensiones que estarían entre 0 y 72 puntos, siendo 0 ansiedad o evitación nula y 72 el grado máximo. Cada ítem se puntúa en base a la escala Likert de 4 puntos, en relación con la dimensión de ansiedad el 0 equivale a la ansiedad nula y el 3 a la máxima, estas puntuaciones guardan relación con la intensidad de la ansiedad. En relación con la dimensión de la evitación guardan relación con la frecuencia donde 0 es nunca y 3 usualmente.

Se ha observado que esta escala tiene una utilidad clínica además de validez de criterio, siendo sensible al cambio terapéutico en estudios psicológicos y psicofarmacológicos. En concreto la dimensión de ansiedad se mostró sensible al cambio terapéutico en situaciones de interacción social (S). (García-López et al., 2003)

En 1999 se observó que la versión adaptada al español de la LSAS poseía una adecuada fiabilidad siendo esta de 0,73 además tenía consistencia interna, validez discriminante y convergente con una capacidad para discriminar entre pacientes con distinta percepción de la afectación del propio estado de salud (Bobes et al, 1999)

Figura 2

Esquema resumen de la Escala de Liebowitz (Liebowitz, 1987)



Análisis Estadístico

Para el análisis de nuestros datos se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS.

Análisis descriptivo

Primero se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas así como un análisis exploratorio para comprobar los criterios de normalidad y la homogeneidad de las variables estudiadas. Se utilizarán estadísticos paramétricos en caso de cumplirse los criterios y en caso de no cumplirse se realizará su homólogo no paramétrico.

Comparaciones entre GcD y GsD

Para estudiar las diferencias de las puntuaciones totales y parciales (ansiedad y evitación) de la escala Liebowitz de los dos grupos estudiados se realizaron comparaciones con el estadístico t-student con una significación de $p < .05$

Análisis relacionado con el GcD

Para comparar las diferencias entre el género y las puntuaciones totales y parciales en la escala de Liebowitz usamos el estadístico t-student con un grado de significación de $p < .05$

Usaremos el mismo estadístico para comparar las puntuaciones totales y parciales de la escala entre las personas que fueron y no fueron al logopeda. Al igual que en los dos casos anteriores para analizar la comparación de la ansiedad social que asisten o no al psicólogo para tratar la ansiedad se usará el estadístico t-student.

Para estudiar el efecto de la ansiedad social en la autopercepción de su tartamudez se realizará el coeficiente de correlación de Pearson y para analizar la comparación de los diferentes tipos de disfemia y la ansiedad social se usará ANOVA.

Resultados

Datos descriptivos

El análisis descriptivo de la muestra nos revela que en el GcD hay 45 hombres y 16 mujeres con una media de edad de 41,8 (dt=13,42) en cambio en el GsD hay 27 hombres y 16 mujeres con una media de edad de 41,2 (dt=12,8). El análisis descriptivo del grupo con disfemia (GcD) con más detalle se encuentra en la tabla 1.

El análisis exploratorio de datos confirma el criterio de normalidad de las variables continuas.

Tabla 1

Descriptivos GcD

	%								M (DT)
	Psicólogo		Logopeda		Tipos de disfemia				Autopercepción
	Si	No	Si	No	Tónica	Clónica	Mixta	Fluida	
(GcD)	56,7	43,3	56,6	43,3	32,8	29,5	29,5	24,6	2 (1,5)

Comparaciones de las puntuaciones en la escala de Liebowitz entre GcD y GsD

En la tabla 2 se muestran los resultados que se obtuvieron en las comparaciones t-student.

Tabla 2

Comparación de varianzas entre GcD y GsD.

	M (DT)		<i>t</i>	<i>p</i>
	GcD	GsD		
Total Dimensión Ansiedad	27,59 (15,533)	13,91 (9,094)	5,643	.001
Total Subescala (P)	14,1 (7,672)	7,63 (5,319)	5,079	.001
Total Subescala (S)	13,49 (8,28)	6,28 (4,453)	5,731	.001

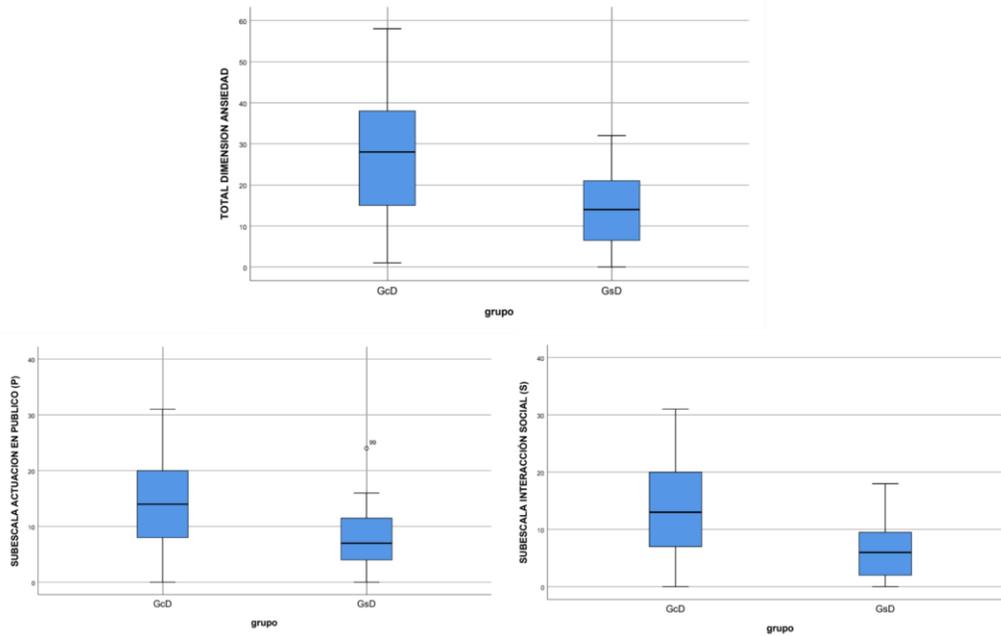
Se encontraron puntuaciones de ansiedad social significativamente mayores en el grupo con disfemia ($t_{(99)} = 5.643, p < .001$)

Las comparaciones de las puntuaciones en las subescalas de actuación en público (P) e interacción social (S) entre los dos grupos, muestran diferencias estadísticamente significativas ($t_{(102)} = 5.079,$

$p < .001 ; t_{(96)} = 5.731, p < .001 ; respectivamente$). Las personas con disfemia presentan mayores puntuaciones en la subescala P y S. (Véase figura 3)

Figura 3

Diagrama de cajas de los grupos en la escala de Liebowitz.



Comparaciones de las puntuaciones de la escala de ansiedad social dentro del GcD

Comparación en función del género

En la tabla 3 se muestran los resultados que se obtuvieron con el estadístico t-student.

Tabla 3

Comparaciones de varianzas entre géneros.

	M (DT)		t	p
	Mujer	Hombre		
Total Dimensión Ansiedad	26,44 (16,75)	28 (15,254)	-0,343	,733
Total Subescala (P)	14,06 (8,185)	14,11 (7,578)	-0,022	,983
Total Subescala (S)	12,38 (8,973)	13,89 (8,083)	-0,625	,534

No se encontraron puntuaciones de ansiedad social significativamente mayores en los géneros.

$$(t_{(59)} = -0.343, p > .05)$$

Las comparaciones de las puntuaciones en las subescalas de actuación en público (P) e interacción social (S) entre los dos grupos, tampoco muestran diferencias estadísticamente significativas ($t_{(59)} = -0.022, p > .05$; $t_{(59)} = -0.625, p > .05$; *respectivamente*)

Comparación en función de la asistencia al psicólogo

En la tabla 4 se muestran los resultados que se obtuvieron con el estadístico t-student.

Tabla 4

Comparación de varianzas entre personas que asistieron y que no asistieron al psicólogo.

	M (dt)		t	p
	Sí	No		
Total Dimensión Ansiedad	29,38 (16,53)	25,33 (14,158)	1,011	,316
Total Subescala (P)	15,03 (7,918)	12,93 (7,327)	1,065	,291
Total Subescala (S)	14,35 (8,9)	12,41 (7,433)	0,911	,366

No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad social de las personas que asistían al psicólogo y las que no. ($t_{(59)} = 1.01$; $p > .05$)

Las comparaciones de las puntuaciones en las subescalas de actuación en público (P) e interacción social (S) entre los dos grupos, tampoco muestran diferencias estadísticamente significativas ($t_{(59)} = 1.065, p > .05$; $t_{(59)} = 0,911, p > .05$; *respectivamente*).

Comparación en función de la asistencia al logopeda

En la tabla 5 se muestran los resultados que se obtuvieron con el estadístico t-student.

Tabla 5

Comparación de varianzas entre personas que asistieron y que no asistieron al logopeda.

	M (DT)		t	p
	Sí	No		
Total Dimensión Ansiedad	28,65 (15,5)	26,26 (15,764)	0,593	,555
Total Subescala (P)	14,50 (7,656)	13,59 (7,807)	0,456	.650
Total Subescala (S)	14,15 (8,345)	12,67 (8,269)	0,691	.492

No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad social de las personas que asistían al logopeda y las que no. ($t_{(59)} = 0.593$; $p > .05$)

Las comparaciones de las puntuaciones en las subescalas de actuación en público (P) e interacción social (S) entre los dos grupos, tampoco muestran diferencias estadísticamente significativas ($t_{(59)} = 0.456$, $p > .05$; $t_{(59)} = 0.691$, $p > .05$; *respectivamente*).

Diferencias entre las puntuaciones de ansiedad social en los diferentes subtipos de disfemias.

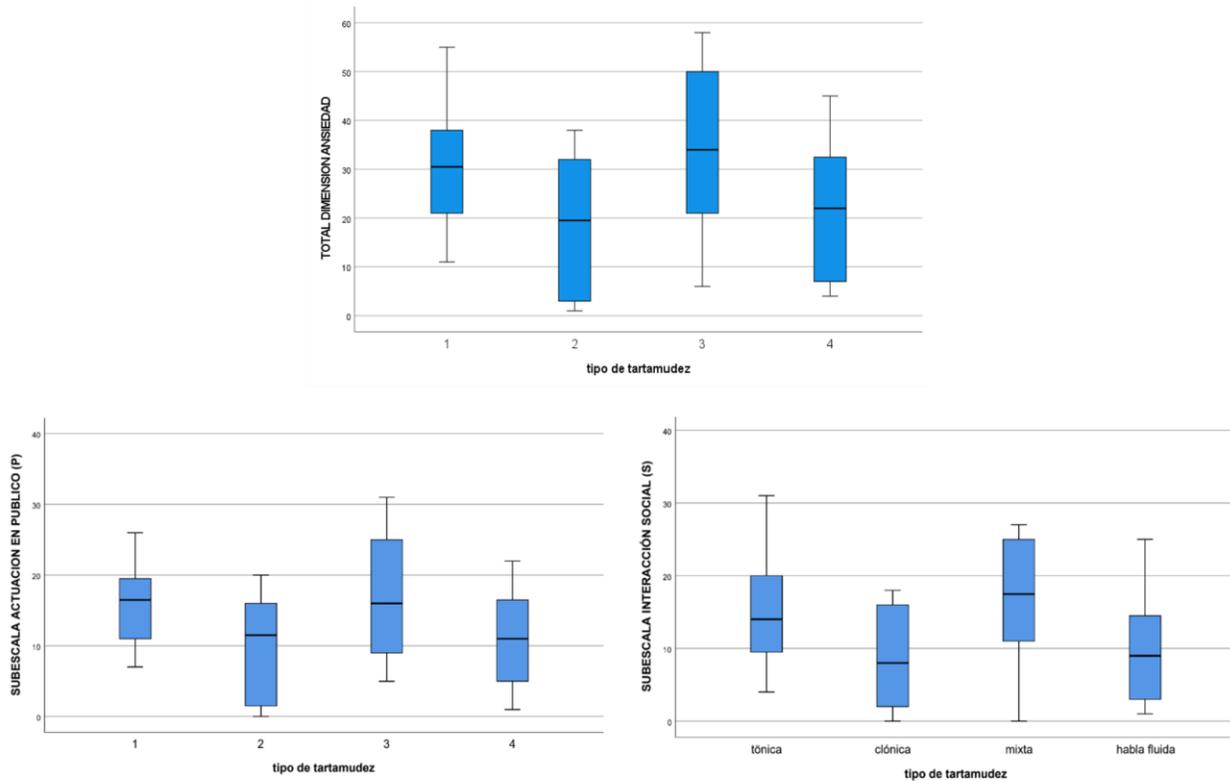
Se encontraron diferencias en las puntuaciones de ansiedad social entre los tipos de disfemia ($F_{(3,57)} = 3.507$; $p = .02$).

Como podemos observar en la figura 4, los subtipos que presentan mayores niveles de ansiedad social son el tónico y el mixto, mientras que el tipo clónico y las personas con disfemia que presentan

habla fluida tienen menores puntuaciones de ansiedad. Se puede observar que pasa lo mismo en las subescalas de actuación en público (P) e interacción social (S).

Figura 4

Diagrama de cajas de los tipos de tartamudez en la escala de Liebowitz.



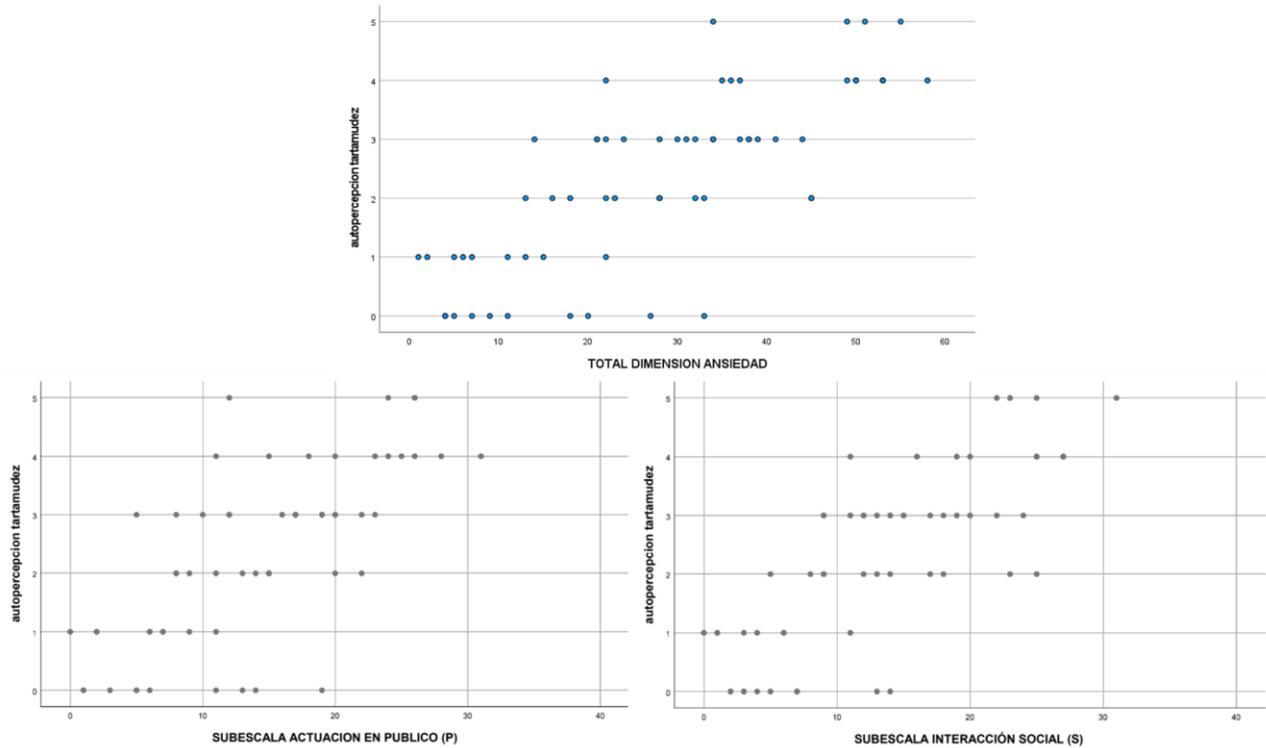
Relación de la ansiedad social con la autopercepción de las disfluencias.

Se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa y moderada-alta ($r_p = .765, p < .001$) entre las puntuaciones de la dimensión de ansiedad con la autopercepción de su tartamudez. A medida que aumenta la percepción negativa de su tartamudez aumenta la ansiedad social (Figura 5).

Esto vuelve a ocurrir en la correlación entre las puntuaciones de las subescalas de actuación en público (P) y de interacción social (S) con la autopercepción de la tartamudez ($r_p = .710, p < .001$; $r_p = .778, p < .001$; respectivamente)

Figura 5

Diagrama de dispersión de la autopercepción en la escala de Liebowitz.



Discusión

El objetivo de este estudio fue comparar la ansiedad social entre un grupo de personas que tartamudea con otro que no. Como objetivos secundarios se pretendió comparar en el grupo con disfemia los niveles de ansiedad social en función del género, de los diferentes tipos de disfemia, de la asistencia al logopeda y al psicólogo. Por último se estudió el efecto de la ansiedad social en la autopercepción de la tartamudez en la vida diaria.

En la muestra existe una mayor proporción de personas del sexo masculino que del femenino, este resultado está en sintonía con la teoría donde Álvarez (2017) comenta este hecho.

En este estudio se observó que las puntuaciones en ansiedad social obtenidas en el GcD son significativamente mayores que en el grupo GsD, en concordancia con el estudio de Chu et al. (2020).

Estos autores compararon las puntuaciones de la ansiedad social obtenidas por el LSAS entre adultos japoneses que tartamudeaban (n = 130) y los adultos japoneses que no tartamudeaban (n = 114). Obtuvieron niveles de ansiedad social significativamente más altos en el grupo con tartamudez.

Yang et al. (2017) compararon los procesos neuronales de conectividad funcional entre adultos que tartamudean y adultos que no tartamudean. Este estudio mostró que el grupo con disfemia poseía una conectividad funcional más alta y por tanto su procesamiento está altamente involucrado con el procesamiento de regulación de la ansiedad. Por lo tanto, existe una relación anómala en la regulación de la ansiedad que podría estar relacionada con un mayor nivel de ansiedad durante el habla.

Al estudiar el efecto de la ansiedad social en la autopercepción de la tartamudez en el grupo con disfemia vemos que hay una relación lineal estadísticamente significativa siendo esta moderada-alta entre la ansiedad social y la autopercepción de la tartamudez en el GcD. A medida que aumenta la percepción negativa de su tartamudez aumenta la ansiedad social. Estos resultados están acordes con lo encontrado en la literatura (Humaira y Rukhsana, 2022; Iverach et al., 2018).

El estudio de Humaira y Rukhsana (2022) encontró que la gravedad de la tartamudez y la ansiedad social se correlacionan positivamente de forma significativa. Iverach et al. (2018), compararon los problemas psicológicos y el rendimiento del habla entre un grupo con disfemia y ansiedad social diagnosticado y sin trastorno de ansiedad social. Los resultados revelaron que las personas con ansiedad social y con disfemia informaban de más insatisfacción del habla junto con más problemas emocionales y sociales. Además de poseer una visión más negativa de su tartamudeo. Iverach et al. (2018) llegaron a la conclusión de que el impulsor de la ansiedad social no es la gravedad de la tartamudez por sí sola sino las consecuencias de la tartamudez en un contexto social, es decir el impacto psicológico de la tartamudez y las percepciones del habla.

En este estudio se encontró que las personas con disfemia de tipo tónico y mixto presentan una mayor ansiedad social en comparación con los otros dos tipos. Una explicación que podemos darle es,

que este tipo de tartamudez presenta bloqueos con reacciones físicas visibles, esto hace que estén más expuestos a las evaluaciones de su entorno. Lo que ha provocado que la mayoría adopte conductas de evitación. Como comenta Feinberg et al. (2000) en su estudio donde las personas con tartamudez tónica suelen evitar el contacto con los demás a pesar de tener buenas habilidades sociales.

En el presente estudio al analizar la comparación de la ansiedad social entre los diferentes géneros en el grupo con disfemia se observó que no hay diferencias significativas. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Chu et al. (2020) que encontró diferencias en población japonesa en el sexo puntuando las mujeres más alto en las subescalas (S y P) de la dimensión de ansiedad pero cabe destacar que fueron marginalmente significativas siendo $p = .06$. En contraposición Ahmed y Mohammed (2018) encontraron otro resultado diferente al anterior en población india y discordante al nuestro también. Encontraron que los hombres con tartamudez tenían una prevalencia significativamente mayor de presentar ansiedad social. Asher et al. (2017) afirma que las diferencias entre géneros en el trastorno de ansiedad social no han recibido mucha atención empírica. Para poder comparar los resultados obtenidos en este estudio con los obtenidos en Japón e India, sería interesante estudiar la influencia de la cultura en los estudios de género, ya que el género es una construcción cultural. Como occidente y en oriente no tenemos la misma cultura, una hipótesis sería que los géneros tienen diferencias, por ejemplo, el estudio Kitayama et al. (2000) comenta que las mujeres en los países asiáticos tienen un rol más pasivo en la sociedad.

Al comparar la ansiedad social entre las personas con y sin tartamudez que habían ido al psicólogo y al logopeda vemos que no hay diferencias significativas. Una posible explicación es que cuando aparecen conductas evitativas y anticipatorias suelen advertirnos que la tartamudez está cronificada. Por ello es necesaria la atención temprana Álvarez (2017) afirma que la atención temprana tiene que empezar en la etapa escolar ya que supone una prevención ante la aparición de las posibles secuelas comentadas anteriormente. Además permite realizar una educación compensatoria donde se facilita la integración y se plantea las necesidades de los niños con disfluencias.

Conclusión

Por tanto, en este estudio podemos concluir que las personas con disfemia presentan niveles más altos de ansiedad social en comparación con las personas sin disfemia. Destacar que la autopercepción negativa de su tartamudez influye en el aumento de esta ansiedad. No se encontraron diferencias entre géneros pero si existe una diferencia entre los tipos de disfemia, las personas con disfemia tónica y mixta tienen una ansiedad social mayor que los del tipo clónico. Otro hallazgo a destacar es que la asistencia al logopeda y al psicólogo no influye en la reducción de los niveles de ansiedad. La bibliografía explica que la ansiedad social aparece cuando la tartamudez ya está cronificada, por ello es necesario mejorar la atención temprana y así intervenir cuanto antes a los pacientes para mejorar su pronóstico y en consecuencia su calidad de vida.

Es importante dejar claro que la ansiedad social no te hace tartamudear, es una consecuencia. Se necesita más investigación sobre el tema para poder comprender mejor la situación y así realizar un avance real que nos haga entender y mejorar la vida de las personas que están en esa situación.

Referencias

- Ahmed, H. y Mohammed, H. (2018). Social anxiety disorders among stutterers: Effects of different variants. *The Egyptian Journal of Otolaryngology*, 34(2), 155-164.
https://doi.org/10.4103/ejo.ejo_72_17
- Álvarez, G. (2017). *Las personas con tartamudez en España: Libro blanco*. Editorial Cinca.
- American Psychological Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Asher, M., Asnaani, A. y Aderka, I. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical Psychology Review*, 56, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004>
- Bobes, J., Badla, X., Luque, A., García, M., González, M. y Dal-Re, R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Med Clin (Barc)*, 112, 530-538.
- Chu, S., Sakai, N., Lee, J., Harrison, E., Tang, K. y Mori, K. (2020). Comparison of social anxiety between Japanese adults who stutter and non-stuttering controls. *Journal of Fluency Disorders*, 65. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2020.105767>
- Feinberg, A., Griffin, B. y Levey, M. (2000). Psychological aspects of chronic tonic and clonic stuttering: Suggested therapeutic approaches. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(4), 465-473. <https://doi.org/10.1037/h0087709>
- Fernández-Zuñiga, A. (2014). Disfemias. En J. Peña-Casanova (Ed.), *Manual de logopedia* (4a ed., pp. 295-307). Elsevier Masson.
- García-López, L., Olivares, J. y Vera-Villaroel, P. (2003). Fobia Social: Revisión de los instrumentos de evaluación validados para la población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 151-160.

- Haynes, W., Pindzola, R. y Plexico, L. (2008). *Diagnosis and Evaluation in Speech Pathology*. Editorial Pearson.
- Humaira, N. y Rukhsana, K. (2022). Stuttering related and psychosocial predictors of impact of stuttering. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 72 (9), 1704-1707.
<https://doi.org/10.47391/JPMA.925>
- Iverach, L., Jones, M., Lowe, R., O'Brian, S., Menzies, R. G., Packman, A. y Onslow, M. (2018). Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 55-68. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.03.001>
- Iverach, L. y Rapee, R. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69-82.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003>
- Jackson, E., Miller, L., Warner, H. y Yaruss, J. (2021). Adults who stutter do not stutter during private speech. *Journal of Fluency Disorders*, 70.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2021.105878>
- Kitayama, S., Markus, H. y Kurokawa, M. (2000). Culture, Emotion and Well-Being: Good Feelings in Japan and the United States. *Cognition and Emotion*, 14 (1), 93–124.
<https://doi.org/10.1080/026999300379003>
- Liebowitz, M. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173.
- Macías-Carballo, M., Pérez- Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L. y Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: Revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *eNeurobiología*, 10(24). <https://doi.org/10.25009/eb.v10i24.2544>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Editorial Organización Mundial de la Salud.

Rodríguez-Carrillo, P. (2020). La Tartamudez: Un reto para la Terapia del Lenguaje. *Journal of audiology, otoneurology & phoniatrics*, 2(3).

Sangorrín, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *Revista Neurología*, 41(1), 43-46.

<https://doi.org/10.33588/rn.41S01.2005387>

Yang, Y., Jia, F., Siok, W. y Tan, L. (2017). The role of anxiety in stuttering: Evidence from functional connectivity. *Neuroscience*, 346, 216–225.

<https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.11.033>

Anexos

Anexo I

Cuestionario para el grupo de las personas que tartamudean (GcT)

Página 1: Variables Sociodemográficas

1.- Edad

2.- Estudios que ha cursado o cursa actualmente... (ESO, bachiller, FP, ciclo superior, Universidad...)

- ESO
- Bachillerato
- Universidad
- Ciclo Superior
- Otro: _____

3.- ¿Trabaja actualmente?

- Si
- No

4.- ¿Ha ido al logopeda?

- Fui de pequeño.
- Voy actualmente.
- Nunca he ido.
- Voy actualmente y también fui de pequeño.

5.- ¿Ha ido al psicólogo para abordar problemas de ansiedad?

- Si
- No

6.- ¿Afecta la tartamudez en su día a día?

	0	1	2	3	4	5	
No afecta	<input type="radio"/>	Afecta Mucho					

7.- Cuando usted habla lo habitual es que...

- Repita varias veces una palabra, sílaba o sonido.
- Se bloquee y sienta tensión.
- Le pase las dos situaciones anteriores.
- Lo haga con fluidez.

8.- Género

- Mujer.
- Hombre.
- Otro.

Página 2: Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) (Parte I: Dimensión grado de ansiedad)

Se le presentará una serie de situaciones y usted debe contestar en base al MIEDO/ANSIEDAD que le suponga cada situación. Para cada cuestión indique cómo le describe eligiendo la puntuación de 0 a 3.

0 = Nulo (no me produce ningún miedo/ansiedad)

1 = Leve

2 = Moderado

3 = Severo (me produce mucho miedo/ansiedad)

- 1.- Hablar por teléfono en público. (P)
- 2.- Participar en pequeños grupos. (P)
- 3.- Comer en lugares públicos. (P)
- 4.- Beber con otros en lugares públicos. (P)
- 5.- Hablar con personas con autoridad. (S)
- 6.- Actuar, representar o dar un discurso frente a una audiencia. (P)
- 7.- Ir a una fiesta. (S)
- 8.- Trabajar mientras le están observando. (P)
- 9.- Escribir mientras le están observando. (P)
- 10.- Telefonar a alguien a quien no conoce muy bien. (S)
- 11.- Hablar con alguien a quien no conoce muy bien. (S)
- 12.- Conocer a extraños. (S)
- 13.- Orinar en un baño público. (P)
- 14.- Entrar en un cuarto cuando los demás ya están sentados. (P)
- 15.- Ser el centro de atención. (S)
- 16.- Hablar en una reunión. (P)
- 17.- Hacer un examen. (P)
- 18.- Expresar desacuerdo o desaprobación a personas a quienes no conoce muy bien. (S)
- 19.- Mirar a los ojos a personas a quienes no conoce muy bien. (S)
- 20.- Dar un informe a un grupo. (P)

- 21.- Tratar de enamorar a alguien. (P)
- 22.- Devolver compras en una tienda. (S)
- 23.- Organizar una fiesta. (S)
- 24.- Resistir a un vendedor insistente. (S)

Página 3: Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) (Parte II: Dimensión grado de evitación)

Se le presentará una serie de situaciones y usted debe contestar basándose en si EVITA las situaciones propuestas. Para cada cuestión indique cómo le describe eligiendo la puntuación de 0 a 3.

- 0 = Nunca evito situaciones
- 1 = Ocasionalmente evito situaciones
- 2 = Frecuentemente evito situaciones
- 3 = Usualmente evito situaciones

- 1.- Hablar por teléfono en público. (P)
- 2.- Participar en pequeños grupos. (P)
- 3.- Comer en lugares públicos. (P)
- 4.- Beber con otros en lugares públicos. (P)
- 5.- Hablar con personas con autoridad. (S)
- 6.- Actuar, representar o dar un discurso frente a una audiencia. (P)
- 7.- Ir a una fiesta. (S)
- 8.- Trabajar mientras le están observando. (P)
- 9.- Escribir mientras le están observando. (P)
- 10.- Telefonar a alguien a quien no conoce muy bien. (S)
- 11.- Hablar con alguien a quien no conoce muy bien. (S)
- 12.- Conocer a extraños. (S)
- 13.- Orinar en un baño público. (P)
- 14.- Entrar en un cuarto cuando los demás ya están sentados. (P)
- 15.- Ser el centro de atención. (S)
- 16.- Hablar en una reunión. (P)
- 17.- Hacer un examen. (P)
- 18.- Expresar desacuerdo o desaprobación a personas a quienes no conoce muy bien. (S)
- 19.- Mirar a los ojos a personas a quienes no conoce muy bien. (S)
- 20.- Dar un informe a un grupo. (P)

- 21.- Tratar de enamorar a alguien. (P)
- 22.- Devolver compras en una tienda. (S)
- 23.- Organizar una fiesta. (S)
- 24.- Resistir a un vendedor insistente. (S)