

2007 Volumen 7, número 2
2007 Volume 7, number 2

ISSN: 1577-7057

International Journal of Psychology and Psychological Therapy

Editor

Jesús Gil Roales-Nieto
Universidad de Almería, España

Associate Editors/Editores Asociados

Santiago Benjumea
Universidad de Sevilla, España

Dermot Barnes-Holmes
National University-Maynooth, Ireland

Lanny Fields
Queens College CUNY, USA

Carmen Luciano Soriano
Universidad de Almería, España

Héctor Martínez Sánchez
Universidad de Guadalajara, México

J. Francisco Morales
UNED, Madrid, España

Marc Richelle
Université de Liège, Belgique

Kelly Wilson
University of Mississippi, USA

Assistant Editors/Secretaría de Edición

Yolanda Alonso Fernández

Adolfo J. Cangas Díaz

José Jesús Gázquez Linares

Francisco Javier Molina Cobos

Universidad de Almería, España

Francisco Cabello

Universidad de La Rioja, España

Emilio Moreno San Pedro

Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

<http://www.ijpsy.com>

Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con y sin disfemia: Un análisis descriptivo y comparativo

Maite Garaigordobil* y José Ignacio Pérez

Universidad del País Vasco, España

ABSTRACT

The purpose of this study is two-fold: 1) to compare the self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in stutterers and non-stutterers; and 2) to study the relationships between self-concept/self-esteem and psychopathological symptoms in stutter and non-stutter participants. The sample is made up of 689 participants aged 19 to 40, 652 non-stutterers and 37 who stutter. The study uses a descriptive and correlational methodology. For the measurement of the variables three assessment instruments were applied: LAEA, EA, SCL-90-R. The ANOVA results show that stutterers had significantly lower scores in self-esteem but higher in psychopathological symptoms than non stutter participants. Pearson coefficients showed significant inverse relationships between self-concept/self-esteem and total psychopathological symptoms both in stutter and non-stutter samples. *Keywords:* Stuttering, Self-concept, Self-esteem, Psychopathology.

RESUMEN

Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in stutterers and non-stutterers: A descriptive and comparative analysis. El estudio se plantea dos objetivos: explorar el autoconcepto, la autoestima y diversos síntomas psicopatológicos en personas con y sin disfemia, y analizar las relaciones existentes entre el autoconcepto y la autoestima con síntomas psicopatológicos en personas con y sin disfemia. La muestra está configurada por 689 participantes de 19 a 40 años, de los cuales 37 tienen disfemia y 652 no padecen este trastorno. El estudio empleó una metodología descriptiva y correlacional. Se aplicaron 3 instrumentos de evaluación: LAEA, EA, SCL-90-R. Los ANOVAs evidenciaron que los participantes con disfemia tenían puntuaciones significativamente inferiores en autoestima y superiores en síntomas psicopatológicos respecto a los que no manifestaban este trastorno. Los coeficientes de Pearson confirmaron que los participantes con alto autoconcepto y autoestima tuvieron pocos síntomas psicopatológicos, tanto los que presentaban disfemia como los que no manifestaban este trastorno.

Palabras clave: disfemia, autoconcepto, autoestima, psicopatología.

*La correspondencia sobre este artículo puede ser dirigida a la primera autora: Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Avenida de Tolosa 70, 20018 Donostia-San Sebastián, España. E-mail: maite.garaigordobil@ehu.es. El estudio que se expone ha sido financiado por la Universidad del País Vasco (IUPV 00006.231-H-15910/2004).

Los términos disfemia o tartamudez se utilizan indistintamente para referirse a un trastorno de la fluidez normal y estructuración temporal del habla, que es inapropiado para la edad del sujeto (American Psychiatric Association, 2000). Este trastorno se caracteriza por la ocurrencia frecuente de uno o más de los siguientes fenómenos: repeticiones de sonidos y sílabas, prolongaciones de sonidos, interjecciones, palabras fragmentadas (p. ej., pausas dentro de una palabra), bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla), circunloquios (sustituciones de palabras problemáticas), palabras producidas con un exceso de tensión física, y repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., "Yo-yo-yo le veo"). La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico, laboral, o la comunicación social, y su intensidad varía en función de las situaciones, siendo a menudo más grave cuando se produce una presión especial para comunicar (p. ej., ser preguntado en clase o entrevistado para conseguir un empleo). Además, si existe un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias en la fluidez y estructuración temporal del habla son superiores a las asociadas habitualmente a estos problemas.

El DSM-IV-TR señala que la prevalencia de la tartamudez es del 1% en niños prepuberales y desciende al 0.8% en la adolescencia, con una proporción hombre a mujer en adultos de aproximadamente 3:1, si bien otras fuentes refieren proporciones incluso de 5:1 (Bloodstein, 1995). El inicio del trastorno se produce típicamente entre los dos y los siete años de edad (con un máximo alrededor de los cinco años). En el 98% de los casos el inicio se produce antes de los diez años de edad. Dicho inicio suele ser insidioso, transcurriendo varios meses durante los cuales se producen episodios con repeticiones de consonantes iniciales, de palabras al comienzo de una frase, o de palabras largas.

En general al comienzo el niño no es consciente de su tartamudez. A medida que el trastorno progresa las alteraciones se hacen cada vez más frecuentes, y el tartamudeo se produce con palabras o frases más significativas. Cuando el niño se hace consciente de sus dificultades, pueden aparecer mecanismos para evitar las alteraciones de la fluidez (p. ej. alterar la velocidad del habla, evitar ciertas situaciones verbales como telefonar o hablar en público, o evitar ciertas palabras o sonidos), así como respuestas emocionales, fundamentalmente ansiosas. Las investigaciones realizadas sugieren algún grado de recuperación, oscilando las estimaciones entre el 20% y el 80%. Algunos individuos tartamudos se recuperan espontáneamente, por lo general antes de los dieciséis años de edad (American Psychiatric Association, 2000).

A pesar de que, en su acepción más simple, la tartamudez se define como una alteración del ritmo del habla y de su fluidez, este trastorno se caracteriza en la edad adulta por un complejo patrón de respuestas conductuales, cognitivas, emocionales y fisiológicas que puede tener una gran variabilidad interindividual. En este sentido, Stournaras (1987) diferencia 4 componentes de la disfemia: 1) componente verbal-motor (las alteraciones en el ritmo y fluidez del habla, acompañadas generalmente de una sobreactivación motora de los órganos del habla y de otras partes del cuerpo que distorsionan la secuencia gestual que acompaña al habla); 2) componente emocional (emociones negativas específicas, como ansiedad, vergüenza o sentimiento de inferioridad, que pueden acompañarse de reacciones fisiológicas intensas, como tensión mus-

cular -sobre todo en zonas fonoarticulatorias-, tasa cardíaca elevada, tasa respiratoria baja y descoordinada); 3) componente cognitivo (disminución de la autoestima, llegando a considerarse incapacitado para relacionarse con los demás; se generan además actitudes negativas hacia la tartamudez, el habla y la comunicación en general); y 4) componente comunicativo (interacción comunicativa alterada entre el disfémico y quienes le escuchan, a nivel verbal, emocional y de relación).

En los últimos años la investigación del autoconcepto y la autoestima está cobrando gran relevancia en el contexto de la identificación de factores protectores de problemas psicopatológicos. Su importancia en relación con aspectos tales como el bienestar personal, la salud mental, el éxito profesional o las relaciones sociales, entre otros, han atraído el interés de muchos investigadores de las ciencias humanas y sociales. El autoconcepto y la autoestima resultan variables críticas en el estudio de la disfemia. Durante el proceso de construcción del concepto de uno mismo, la interacción con las personas próximas juega un papel destacado, con lo que las personas con disfemia pueden incorporar a su propia imagen, en mayor o menor medida, algunos de los aspectos o estereotipos negativos que se les atribuye, tales como nerviosismo, ansiedad, timidez y retraimiento, tensión, indecisión, introversión, inseguridad y menor nivel de competencia académica o profesional (Daniels y Gabel, 2004; Yaruss y Quesal, 2004).

Además de los problemas que pueden derivarse de esta estigmatización social, cabe subrayar que la comparación social desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la autoestima, puesto que la persona se evalúa en relación con los otros; en este sentido, cualquier información negativa que se derive de esta comparación en base a limitaciones significativas en el funcionamiento de alguna de las habilidades adaptativas -tal y como sucede en la disfemia- supone una amenaza potencial para la autoestima y un riesgo para la salud, puesto que diversos estudios han evidenciado la relación entre comparación social negativa y problemas psicológicos (Allen y Gilbert, 1995; Swallow y Kuiper, 1988). Precisamente, según Murphy (1999), las dos palabras que mejor describen lo que les sucede a los jóvenes y adultos que tartamudean son vergüenza y culpa, conceptos que describen sentimientos que -aunque con matices diferenciales- implican evaluaciones negativas de uno mismo. En este sentido, los resultados de investigaciones recientes no hacen sino confirmar en jóvenes y adultos tartamudos niveles significativamente más bajos que la población general en autoconcepto (Daniels y Gabel, 2004; Daniels, Hagstrom y Gabel, 2006; Klompas y Ross, 2004) y autoestima (Crichton-Smith, 2002; Klompas y Ross, 2004).

Por otro lado, los resultados de los trabajos llevados a cabo sobre la prevalencia de sintomatología psicopatológica entre los jóvenes y adultos tartamudos muestran que cuando se les compara con la población general frecuentemente presentan puntuaciones superiores en síntomas psicopatológicos. En concreto, la ansiedad resulta el síntoma psicopatológico que con mayor frecuencia aparece asociado a la disfemia (Bloodstein, 1995; Menzies, Onslow y Packman, 1999; Weber y Smith, 1990), y más específicamente la ansiedad social (Kraaimaat, Vanryckeghem y Van Dam-Baggen, 2002; Messenger, Onslow, Packman y Menzies, 2004; Patraha, 1998; Sangorrín, 2000), aunque también se han evidenciado puntuaciones significativamente superiores en síntomas depresivos

y compulsivos (Liu *et al.*, 2001).

La revisión de literatura sobre jóvenes y adultos tartamudos pone de relieve la ausencia de estudios que analicen específicamente las relaciones del autoconcepto-autoestima con la sintomatología psicopatológica. En esta línea de análisis, los resultados de las investigaciones que han examinado las conexiones del autoconcepto-autoestima con síntomas psicopatológicos en la población general han evidenciado relaciones inversas entre ambas variables, mostrando correlaciones positivas entre autoconcepto, autoestima y salud mental (Fan y Fu, 2001; Montt y Chavez, 1996; Watson, 1998).

El presente estudio se plantea dos objetivos: comparar el autoconcepto, la autoestima y diversos síntomas psicopatológicos entre personas con y sin disfemia, y analizar las relaciones existentes entre el autoconcepto y la autoestima con síntomas psicopatológicos en personas con y sin disfemia. La investigación propone tres hipótesis. La primera, que las personas con disfemia tendrán puntuaciones significativamente inferiores respecto a las personas sin disfemia, en autoconcepto y autoestima. En segundo lugar, que las personas con disfemia tendrán puntuaciones significativamente superiores en síntomas psicopatológicos comparadas con personas sin disfemia. Y, por último, que los participantes con alto autoconcepto y autoestima tendrán pocos síntomas psicopatológicos, tanto los que presentan disfemia como los que no tienen este trastorno.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo formada por 689 participantes de 19 a 40 años, de los cuales 37 participantes presentaban disfemia y 652 no padecían este trastorno. De los participantes con disfemia, 32 eran miembros de la Fundación Española de la Tartamudez (TTM-España), una fundación estatal creada por padres de niños y adolescentes que tartamudean con el objetivo de mejorar su calidad de vida, y los otros 5 sujetos fueron reclutados en la consulta de un psicólogo especialista en el tratamiento de la disfemia. Los participantes con disfemia están distribuidos geográficamente en diversas zonas del país (Comunidad Autónoma Vasca, Andalucía, Cantabria, Cataluña, Baleares, Madrid, Navarra, Comunidad Valenciana, Galicia, etc.), siendo el 81,1% varones (30) y el 18,9% mujeres (7).

La submuestra de disfémicos contiene sujetos con distintos niveles de estudios (8,1% estudios primarios, 37,8% formación profesional o bachillerato, y 54,3% estudios universitarios), y distintos tipos de ocupación (13,5% estudiantes, 24,3% trabajadores manuales, 56,8% profesionales y trabajadores de actividades intelectuales, y 5,4% parados). Respecto a la edad en la que apareció el problema es variada, el 35,1% sitúa el inicio a los 2 años, el 16,2% entre los 3 y 5 años, el 18,9% a los 6 años, el 8,1% entre 7 y 10 años, el 16,2% entre 11 y 14 años, y el 5,4% entre 15 y 17 años. Del tipo de disfemia, un 8,1% manifiesta tener una disfemia clónica, el 43,2% una disfemia tónica, y un 48,6% una disfemia mixta. El 75,7% tienen un componente motriz (tics, muecas, temblores, u otro tipo de movimientos asociados). Además, un 91,9% de la

muestra informa que determinadas personas (por ejemplo, desconocidos, jefes, etc.) o situaciones (hablar por teléfono, pedir en bares, etc.) agravan o acentúan los síntomas disfémicos.

La selección de la muestra de personas sin disfemia fue aleatoria tomando como referencia los censos de las tres capitales de las provincias de Comunidad Autónoma Vasca. Se empleó un muestreo aleatorio simple teniendo en cuenta diversos estratos (índice de población en cada ciudad, sexo, nivel de estudios, ocupación laboral...). De los 652 participantes sin disfemia, el 51,1% son varones (333) mientras que el 48,9% son mujeres (319). Esta submuestra contiene sujetos con distintos niveles de estudios (primarios el 10,5%, secundarios el 9,5%, formación profesional o bachiller el 55,2%, y estudios universitarios el 23,8%). Además, los participantes tienen distintos tipos de ocupación (estudiantes 28,1%, trabajadores manuales 39%, profesionales y trabajadores de actividades intelectuales 21,9%, amas de casa 3,1%, y parados 5,5%).

Instrumentos

Con la finalidad de medir las variables dependientes se administraron tres instrumentos de evaluación, con adecuadas garantías psicométricas de fiabilidad y validez, que se indican.

Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos (LAEA, Garaigordobil, en prensa). El listado está compuesto por 57 adjetivos (confiada, cooperativa, inteligente, feliz, sensible) y se solicita al sujeto que valore en una escala de estimación de 0 a 4 (nada-mucho) en qué grado estos adjetivos le definen o describen su personalidad. Un estudio realizado con una muestra de 634 sujetos obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach de .92, y un coeficiente de Spearman-Brown de .83. La fiabilidad test-retest obtenida con una muestra de 142 estudiantes universitarios y un intervalo de 40 días fue alta ($r = .83$, $p < .001$), evidenciando la estabilidad temporal de la prueba. Para analizar la validez del LAEA, se realizaron correlaciones con otros instrumentos que miden el autoconcepto (AF-5, García y Musitu, 1999) y con una escala de autoestima (EA, Rosenberg, 1965), obteniéndose correlaciones significativas del LAEA con el AF-5 ($r = .71$, $p < .001$) y con la EA ($r = .63$, $p < .001$) que muestran validez de constructo.

Escala de autoestima (EA, Rosenberg, 1965). Evalúa la autoestima general con 10 afirmaciones que aluden a sentimientos globales de autovaloración (en general estoy satisfecho conmigo mismo), 5 de los cuales están redactados en sentido positivo y 5 en sentido negativo. El sujeto debe leer las afirmaciones e informar en qué medida pueden ser aplicadas a él mismo, haciendo la valoración sobre una escala de tipo Likert con 4 categorías de respuesta (de muy de acuerdo a muy en desacuerdo). La fiabilidad de la prueba ha sido ampliamente documentada en la literatura. McCarthy y Hoge (1982) han informado de coeficientes de consistencia (alpha de Cronbach) que se sitúan entre .74 y .77, y de fiabilidad test-retest de .63 (intervalo de 7 meses) y de .85 (intervalo de 2 semanas). La validez de la escala como medida unidimensional de la autoestima ha sido también comprobada en varios estudios (Rosenberg, 1965; Silber y Tippet, 1965).

Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R, Derogatis, 2002 -versión original publicada en 1983). Este autoinforme está compuesto por 90 ítems distribuidos en 10 escalas psicopatológicas, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, y escala adicional. Del sumatorio de las puntuaciones de las 10 escalas se obtiene una puntuación total en el SCL-90-R. Además la prueba permite calcular el índice sintomático general (GSI), el total de síntomas positivos (PST), y el índice de distrés de síntomas positivos (PSDI). Resultados de estudios con muestra española (González de Rivera *et al.*, 2002) sugieren buena fiabilidad de la prueba, siendo coherentes con los del autor (Derogatis, 1983/2002). Los coeficientes alpha oscilan entre .81 y .90. La estabilidad temporal (entre .78 y .90) con un intervalo test-retest de una semana muestra estabilidad de las puntuaciones a lo largo del tiempo. Otros estudios de validez muestran la relación entre el perfil de las dimensiones sintomáticas y el grupo diagnóstico al que pertenece la muestra clínica, encontrando puntuaciones significativamente mayores en las muestras psiquiátricas que en las muestras no clínicas (De las Cuevas y González de Rivera, 1991). Los estudios originales del autor con muestras americanas evidencian validez de constructo (Derogatis y Cleary, 1977) y convergente dadas las altas correlaciones de las dimensiones sintomáticas con el MMPI en pacientes psiquiátricos (Derogatis, Rickels y Rock, 1976), así como validez de criterio o empírica (Derogatis, 2002).

Diseño y procedimiento

El estudio realizado emplea una metodología descriptiva y correlacional. Con la finalidad de evaluar las variables objeto de estudio se administraron tres instrumentos de evaluación (EA, LAEA y SCL-90-R). Para la administración de los instrumentos de evaluación a los participantes con disfemia se utilizaron dos metodologías diferenciadas. En el caso de los 32 miembros de TTM-España, se utilizó uno de los servicios que la fundación ofrece a sus asociados: el foro virtual, un punto de encuentro a través de Internet que funciona como herramienta de comunicación entre personas que tartamudean (para poder participar en el es condición indispensable ser miembro de la fundación). Además del chat de texto y voz, este foro permite el envío de mensajes y el intercambio de ficheros. Existen tres foros en funcionamiento, *joven* para jóvenes entre 14 y 18 años que tartamudean, *adulto* para adultos mayores de 18 años que tartamudean, y *padres* para padres de niños que tartamudean.

TTM-España colaboró en la investigación, informando a sus miembros mayores de 18 años sobre los objetivos de la investigación y animándoles a que a través del foro de adultos cumplimentaran y remitieran los cuestionarios. En el caso de los 5 sujetos reclutados directamente por el psicólogo, la administración de los instrumentos de evaluación corrió a cargo de este profesional. La batería a la población sin disfemia fue aplicada por psicólogos licenciados y estudiantes de psicología formados en seminarios con esta finalidad. En estos seminarios se aportó formación referida a la aplicación y corrección de los instrumentos de evaluación. La aplicación de las pruebas se llevó a cabo en dos sesiones de evaluación.

RESULTADOS

Los resultados del análisis multivariado (MANOVA) para el conjunto de las variables evaluadas (autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos), Traza de Pillai, $F(1,687)= 59.78$, $p< .001$, confirman la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos (con y sin disfemia), siendo el tamaño del efecto grande ($\eta^2= .593$; $r= .77$).

Con la finalidad de comparar el autoconcepto, la autoestima y diversos síntomas psicopatológicos en personas con y sin disfemia, se calcularon las medias, desviaciones típicas y se realizó un análisis de varianza (ANOVA) que puso de relieve los resultados que se presentan en la tabla 1 en la que se puede observar que los sujetos con disfemia comparados con los que no tienen este trastorno muestran diferencias significativas en autoestima y en síntomas psicopatológicos.

Las personas con disfemia tienen puntuaciones significativamente más bajas en autoestima, $F(1,687)= 15.13$, $p< .001$, y puntuaciones significativamente más altas en síntomas psicopatológicos de obsesión-compulsión, $F(1,687)= 18.16$, $p< .001$, de sensibilidad interpersonal, $F(1,687)= 34.26$, $p< .001$, de depresión, $F(1,687)= 21.67$, $p< .001$, de ansiedad, $p< .001$, $F(1,687)= 20.06$, $p< .001$, de hostilidad, $F(1,687)= 3.98$,

Tabla 1. Diferencias en autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos entre personas con y sin disfemia.

	Sin Disfemia (n = 652)		Con disfemia (n = 37)		Anova F (1, 687)
	M	DT	M	DT	
Autoconcepto	151.62	22.60	146.48	23.38	1.79
Autoestima	31.78	4.58	28.73	5.49	15.13 ***
Somatización	9.57	6.57	11.21	7.84	2.14
Obsesión-compulsión	8.66	6.44	13.35	7.51	18.16 ***
Sensibilidad interpersonal	7.44	6.14	13.70	8.95	34.26 ***
Depresión	9.29	8.49	16.10	11.28	21.67 ***
Ansiedad	5.39	5.94	10.02	8.60	20.06 ***
Hostilidad	3.64	3.78	4.94	5.13	3.98 *
Ansiedad fóbica	1.54	2.58	3.62	5.99	18.49 ***
Ideación paranoide	4.64	3.43	7.86	5.36	28.64 ***
Psicoticismo	3.26	4.19	5.54	5.75	9.89 **
Adicional (depresión melancólica)	5.20	4.29	5.94	4.55	1.03
Total síntomas psicopatológicos	58.66	39.93	92.32	55.10	23.74 ***
GSI Índice sintomático general	.65	.44	1.02	.61	23.69 ***
PST Total de síntomas positivos	36.86	18.61	47.97	17.50	12.54 ***
PSDI Índice distrés síntomas positivos	1.52	.48	1.77	.65	8.91 **

* $p< .05$ ** $p< .01$ *** $p< .001$

$p < .05$, de ansiedad fóbica, $F(1,687) = 18.49$, $p < .001$, de ideación paranoide, $F(1,687) = 28.64$, $p < .001$, de psicoticismo, $F(1,687) = 9.89$, $p < .01$, en el conjunto total de síntomas psicopatológicos, $F(1,687) = 23.74$, $p < .001$, en el índice sintomático general, $F(1,687) = 23.69$, $p < .001$, en el total de síntomas positivos, $F(1,687) = 12.54$, $p < .001$, y en el índice de distrés por síntomas positivos, $F(1,687) = 8.91$, $p < .01$. Así, se dan diferencias entre ambas condiciones en todas las variables excepto en autoconcepto, en síntomas de somatización, y en la escala adicional. Complementariamente, la prueba de igualdad de las medias de los grupos con y sin disfemia ratifica estos datos (ver tabla 2).

Se llevó a cabo un análisis discriminante utilizando como variable de agrupación la pertenencia al grupo con y sin disfemia. Se tomaron como variables independientes (VIs) las puntuaciones de los sujetos en autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. En la tabla 3 se ofrecen los resultados obtenidos (estadísticos de contraste de la función discriminante, coeficientes estandarizados y peso de las variables discriminantes en la función).

Como puede observarse en la tabla 3, de todas las VIs incluidas, las que muestran mayor peso en la función discriminante, es decir, las que más contribuyen a diferenciar los grupos, son las variables psicopatológicas y, en concreto, los síntomas de sensibilidad interpersonal, de ansiedad, de ideación paranoide, el índice de síntomas

Tabla 2. Prueba de igualdad de las medias de los grupos con y sin disfemia.

	Lambda de Wilks	F
Autoconcepto	.997	1.80
Autoestima	.976	15.69 ***
Somatización	.997	2.10
Obsesión-compulsión	.969	20.13 ***
Sensibilidad interpersonal	.944	37.05 ***
Depresión	.964	23.41 ***
Ansiedad	.965	23.18 ***
Hostilidad	.993	4.37 *
Ansiedad fóbica	.968	20.56 ***
Ideación paranoide	.954	30.04 ***
Psicoticismo	.982	11.22 ***
Adicional (depresión melancólica)	.998	1.12
Total síntomas psicopatológicos	.961	25.70 ***
GSI Índice sintomático general	.961	25.64 ***
PST Total de síntomas positivos	.979	13.65 ***
PSDI Índice distrés síntomas positivos	.985	9.75 **

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabla 3. Estadísticos de contraste de la función discriminante, coeficientes estandarizados y peso de las variables discriminantes en la función.

Funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	Sig
1	0.914	56.109	5	.000
Variables discriminantes		Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas	Relación variables discriminantes-función	
Síntomas SCL-90-R				
Sensibilidad interpersonal		.939	.793	
Ansiedad		.742	.627	
Ideación Paranoide		.634	.714	
PST Índice de Síntomas Positivos		-1.006	.481	
PSDI. Índice de Distrés		-.437	.407	

positivos (el total de síntomas positivos) y el índice de distrés o sufrimiento por los síntomas. El estadístico Lambda de Wilks global para el modelo obtenido paso a paso permite valorar el grado de diferenciación existente entre los grupos tomando como referencia las VIs incluidas en cada paso y los resultados obtenidos certifican la significatividad de los dos ejes discriminantes, con lo que su capacidad explicativa es buena, es decir, separa bien los grupos con y sin disfemia. Los resultados de la prueba de Box ($M = 88.59$, $F = 5.60$, $p < .001$) sobre igualdad de las matrices de covarianza constata diferencias significativas entre ambas condiciones.

Con la finalidad de analizar las relaciones entre el autoconcepto y la autoestima con diversos síntomas psicopatológicos, en participantes con y sin disfemia, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson cuyos resultados se presentan en la tabla 4 y que evidencian pocas diferencias entre los participantes con y sin disfemia. Los resultados ponen de relieve que en la muestra de personas con disfemia se constata la existencia de correlaciones significativas negativas ($p < .01$) del autoconcepto y la autoestima con síntomas de obsesión-compulsión, de sensibilidad interpersonal, de depresión, de hostilidad, de ideación paranoide, de psicoticismo, en el total de los síntomas psicopatológicos, en el índice sintomático general, y en el índice de distrés por síntomas positivos. Así, los datos sugieren que las personas disfémicas con alto autoconcepto y autoestima manifestaban pocos síntomas psicopatológicos (obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo) así como bajo nivel de síntomas en general, y de sufrimiento por estos síntomas. En la misma dirección, los coeficientes de correlación obtenidos con personas sin disfemia evidencian que los que tenían alto autoconcepto y autoestima tenían pocos síntomas psicopatológicos en todos los síntomas explorados.

De forma complementaria se realizó un análisis de las relaciones existentes entre las variables estudiadas, autoconcepto, autoestima, y síntomas psicopatológicos, para el conjunto de la muestra cuyos resultados se presentan en la tabla 5. Las correlaciones

Tabla 4. Correlaciones del autoconcepto y la autoestima con síntomas psicopatológicos en una muestra de personas con y sin disfemia.

SCL-90-R Síntomas psicopatológicos	Con Disfemia (n = 37)		Sin Disfemia (n = 652)	
	LAEA	EA	LAEA	EA
	Autoconcepto	Autoestima	Autoconcepto	Autoestima
Somatización	-.30+	-.15	-.15***	-.20***
Obsesión-compulsión	-.55**	-.57***	-.29***	-.36**
Sensibilidad interpersonal	-.47**	-.63***	-.33***	-.43***
Depresión	-.60**	-.65***	-.33***	-.45***
Ansiedad	-.29+	-.24	-.22***	-.25***
Hostilidad	-.45**	-.34*	-.25***	-.23***
Ansiedad fóbica	-.23	-.30+	-.14***	-.19***
Ideación paranoide	-.36*	-.38*	-.16***	-.27***
Psicoticismo	-.48**	-.54***	-.25***	-.31***
Adicional (depresión melancólica)	-.30+	-.28+	-.21***	-.31***
Total síntomas psicopatológicos	-.54***	-.55***	-.32***	-.42***
GSI Índice sintomático general	-.54***	-.55***	-.32***	-.42***
PST Total de síntomas positivos	-.38*	-.31+	-.32***	-.39***
PSDI Índice de estrés síntomas positivos	-.48**	-.60***	-.12**	-.22***

+ p< .09 * p< .05 ** p< .01 *** p< .001

existentes entre las variables estudiadas son todas significativas, $p < .001$. En general las correlaciones entre los distintos síntomas psicopatológicos son de gran magnitud, especialmente, de cada escala con el GSI y con el PST. Las correlaciones significativas de menor magnitud (inferior a .20) se dan entre el autoconcepto con síntomas de somatización, ansiedad fóbica, ideación paranoide y con el PSDI, y también entre la autoestima con síntomas de somatización y ansiedad fóbica.

DISCUSIÓN

En primer lugar, los resultados han puesto de relieve que las personas con disfemia tienen puntuaciones significativamente más bajas en autoestima. Estos datos ratifican parcialmente la primera hipótesis que proponía que las personas con disfemia tendrían puntuaciones significativamente inferiores en autoconcepto y autoestima. Además apuntan en la misma dirección que otros estudios que han hallado que las personas con disfemia tienen puntuaciones inferiores en autoestima (Crichton-Smith, 2002; Klompas y Ross, 2004). Aunque algunos estudios también han encontrado en las personas con disfemia puntuaciones más bajas en autoconcepto (Daniels y Gabel, 2004; Daniels, Hagstrom y

Tabla 5. Correlaciones entre las variables estudiadas
(todas las correlaciones son significativas, $p < .001$).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Autoconcepto														
2. Autoestima	.533													
3. Somatización	-.166	-.195												
4. Obsesión-compulsión	-.312	-.375	.488											
5. Sensibilidad interpersonal	-.348	-.448	.411	.680										
6. Depresión	-.353	-.466	.500	.688	.751									
7. Ansiedad	-.229	-.241	.565	.608	.551	.637								
8. Hostilidad	-.271	-.236	.338	.474	.496	.553	.496							
9. Ansiedad fóbica	-.153	-.188	.356	.428	.449	.437	.592	.255						
10. Ideación paranoide	-.178	-.286	.288	.536	.614	.600	.468	.515	.426					
11. Psicoticismo	-.271	-.333	.411	.576	.621	.650	.603	.524	.501	.580				
12. Adicional	-.215	-.307	.487	.553	.489	.630	.592	.484	.419	.529	.615			
13. GSI	-.342	-.422	.671	.819	.818	.882	.810	.661	.602	.705	.785	.755		
14. PST	-.326	-.376	.595	.745	.725	.737	.690	.564	.511	.656	.685	.675	.875	
15. PSDI	-.154	-.269	.492	.499	.491	.591	.535	.422	.358	.418	.463	.488	.641	.277

Gabel, 2006; Klompas y Ross, 2004), en este estudio, a pesar de que los sujetos disfémicos presentan puntuaciones inferiores que los participantes sin este trastorno, las diferencias no resultan estadísticamente significativas.

En segundo lugar, los resultados evidencian que las personas con disfemia tienen puntuaciones significativamente más altas en síntomas psicopatológicos de obsesión-compulsión, de sensibilidad interpersonal, de depresión, de ansiedad, de hostilidad, de ansiedad fóbica, de ideación paranoide, de psicoticismo, en el conjunto total de síntomas psicopatológicos, en el índice sintomático general, en el total de síntomas positivos, y en el índice de distrés por síntomas positivos. Por consiguiente se confirma la segunda hipótesis que planteaba que las personas con disfemia tendrían puntuaciones significativamente superiores en síntomas psicopatológicos comparadas con personas sin disfemia. Estos hallazgos ratifican los encontrados en otros estudios que han evidenciado que las personas con disfemia tienen más síntomas de ansiedad (Bloodstein, 1995; Menzies, Onslow y Packman, 1999; Weber y Smith, 1990), y más específicamente de ansiedad social (Messenger, Onslow, Packman y Menzies, 2004; Patraka, 1998; Sangorrín, 2000), así como más síntomas depresivos y compulsivos (Liu *et al.*, 2001). De todas las variables incluidas en el análisis discriminante se ha puesto de relieve que las que muestran mayor peso en la función discriminante, es decir, las que más contribuyen a diferenciar los grupos (con y sin disfemia), son las variables psicopatológicas y, en concreto, los síntomas de sensibilidad interpersonal, de ansiedad, de ideación paranoide, el índice de síntomas positivos y el índice de distrés o sufrimiento por los síntomas.

Finalmente, los resultados sugieren que las personas con y sin disfemia que tienen un alto autoconcepto y autoestima manifiestan pocos síntomas psicopatológicos (obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo) así como bajo nivel de síntomas en general, y de sufrimiento por estos

síntomas. Por lo tanto, los datos permiten confirmar la tercera hipótesis que proponía que los participantes con alto autoconcepto y autoestima tendrían pocos síntomas psicopatológicos, tanto los que presentan disfemia como los que no tienen este trastorno. Aunque no existen estudios previos que hayan analizado las relaciones entre estas variables con población disfémica, los resultados de este estudio apuntan en la dirección de los estudios llevados a cabo con población general en los que se han encontrado correlaciones positivas entre autoconcepto, autoestima y salud mental (Fan y Fu, 2001; Montt y Chavez, 1996; Watson, 1998).

El trabajo aporta información relevante sobre el autoconcepto, la autoestima y los síntomas psicopatológicos en personas que padecen disfemia o tartamudez. En este estudio se ha puesto de relieve que las personas con disfemia comparadas con las que no padecen este trastorno tienen puntuaciones más bajas en autoestima y más altas en síntomas psicopatológicos. Así, los resultados de este estudio tienen implicaciones educativas y sugieren la importancia de implementar, durante la infancia y la adolescencia, programas que fomenten el autoconcepto y la autoestima en niños y adolescentes con disfemia, lo que además podría redundar en una disminución de síntomas psicopatológicos.

Por otra parte, se debería concienciar al profesorado del riesgo de aparición de este tipo de problemas asociados a la tartamudez, y por consiguiente de la necesidad de estar alerta para, caso de ser necesario, enfrentar cada problemática específica lo más rápida y eficazmente posible (implicando cuando así se requiera a los psicólogos, orientadores de centro, logopedas o especialistas en audición y lenguaje, etc.). En relación con las implicaciones clínicas de los resultados de este trabajo, cabe asimismo subrayar la enorme importancia de que cualquier intervención que se lleve a cabo en el ámbito de la disfemia tome en consideración el impacto emocional que la misma tiene en los diferentes ámbitos de la vida de las personas que la padecen (Corcoran y Stewart, 1998; Daniels y Gabel, 2004; Klompass y Ross, 2004; Yaruss y Quesal, 2004). Resulta esencial que los profesionales que trabajan con jóvenes y adultos tartamudos incorporen en su práctica clínica aspectos relacionados con las emociones asociadas a la tartamudez y el significado que estas personas atribuyen a la tartamudez en sus vidas. Corcoran y Stewart (1998) señalan la pertinencia de elaborar la historia o narrativa de la experiencia del cliente sobre su tartamudez, para poder entender el significado personal que atribuyen a la misma, de tal forma que puedan ayudar a que la persona también sea consciente de dicho significado, lo modifique, y sea de este modo capaz de enfrentarse en el futuro a los episodios de tartamudez sin experimentar dichos sentimientos y auto-evaluaciones negativas. Consecuentemente, buena parte de los objetivos terapéuticos con pacientes disfémicos deberían centrarse en facilitar el aprendizaje de estrategias adecuadas para afrontar las emociones y auto-evaluaciones negativas que el sujeto realiza como consecuencia de su tartamudez y fomentar su autoconcepto-autoestima. En este sentido, diversos estudios que han evaluado el tratamiento psicológico de la tartamudez mediante técnicas cognitivo-conductuales han demostrado que este tipo de tratamientos producen mejoras significativas tanto en los síntomas disfémicos como en la calidad de vida general de sujetos tartamudos de todas las edades (Craig, 2003).

REFERENCIAS

- Allen S y Gilbert P (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19, 293-299.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostical and statistical manual of mental disorders (4th Edition-Text Revised)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bloodstein O (1995). *A handbook of stuttering*. San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- Corcoran JA y Stewart, M. (1998). Stories of stuttering: A qualitative analysis of interview narratives. *Journal of Fluency Disorders*, 23, 247-264.
- Craig A (2003). Clinical psychology and neurological disability: Psychological therapies for stuttering. *Clinical Psychologist*, 7, 93-103.
- Crichton-Smith I (2002). Communicating in the real world: Accounts from people who stammer. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 333-352.
- Daniels, DE y Gabel RM (2004). The impact of stuttering on identity construction. *Topics in Language Disorders*, 24, 200-215.
- Daniels DE, Hagstrom F y Gabel RM (2006). A qualitative study of how African American men who stutter attribute meaning to identity and life choices. *Journal of Fluency Disorders*, 31, 200-215.
- De las Cuevas C y González de Rivera JL (1991). Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psiquis*, 12, 326-336.
- Derogatis LR (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado*. Madrid: TEA.
- Derogatis LR, Rickels K y Rock AF (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Derogatis LR y Cleary PA (1977). Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Fan F y Fu J (2001). Self-concept and mental health of college students. *Chinese Mental Health Journal*, 15, 76-77.
- Garaigordobil M (en prensa). *LAEA. Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos*. Madrid: Pirámide.
- García F y Musitu G (1999). *AF-5. Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- González de Rivera JL, De las Cuevas C, Rodríguez Abuín M y Rodríguez Pulido F (2002). *SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised, adaptación española*. Madrid: TEA.
- Klompas M y Ross E (2004). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: Personal accounts of South African individuals. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 275-305.
- Kraaimat FW, Vanryckeghem M y Van Dam-Baggen R (2002). Stuttering and social anxiety. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 319-331.
- Liu Y, Shi W, Ding B, Li X, Xiao K, Wang X, et al. (2001). Analysis of correlates in the SAS, the SDS, and the MMPI of stutterers. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 9, 133-134.
- McCarthy JD y Hoge DR (1982). Analysis of age effects in longitudinal study of adolescent self-esteem. *Developmental Psychology*, 18, 372-379.
- Menzies RG, Onslow M y Packman A (1999). Anxiety and stuttering: Exploiring a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8, 3-10.
- Messenger M, Onslow M, Packman A y Menzies R (2004). Social anxiety in stuttering: Measuring negative social expectancies. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 201-212.
- Montt, ME y Chavez FU (1996) Autoestima y salud mental en los adolescentes / Self-esteem and mental health among adolescents. *Salud Mental*, 19, 30-35.

- Murphy B (1999). A preliminary look at shame, guilt, and stuttering. En N. Bernstein & E. C. Healey, *Stuttering research and practice. Bridging the gap*. Mahwah, NJ: LEA.
- Patraka AM (1998). Shame, self-consciousness, locus of control, and perceptions of stuttering among people who stutter. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 58(12-B), 6820.
- Rosenberg M (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sangorrín J (2000). *Social anxiety and stuttering. Clinical traits*. Paper presented at the 3rd IFA World Congress on Fluency Disorders, Nyborg.
- Silber E y Tippet J (1965). Self-esteem: clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071.
- Stournaras EF (1987). Cognición y tartamudez. En *Actas de V Simposio de las EESS de logopedia, y psicología del lenguaje*. Salamanca: Amaru.
- Swallow S W y Kuiper NA (1988). Social comparison and negative self evaluations: An application to depression. *Clinical Psychology Review*, 8, 55-76.
- Watson DC (1998). The relationship of self-esteem, locus of control, and dimensional models to personality disorders. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13, 399-420.
- Weber CM y Smith A (1990). Autonomic correlates of stuttering and speech assessed in a range of experimental tasks. *Journal of Speech and Hearing Research*, 33, 690-706.
- Yaruss JS y Quesal RW (2004). Stuttering and the internacional classification of functioning, disability, and health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*, 37, 35-52.

Recibido, 24 noviembre 2006

Aceptado, 3 mayo 2007