

acumulación – cluttering

Authored by
memjavad

November 17, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *acumulación – cluttering*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=4857>

Farfulleo (Cluttering)

Primary Disciplinary Field(s): Logopedia (Fonoaudiología), Neurociencia del Lenguaje, Trastornos de la Comunicación.

1. Definición Central y Clasificación

El farfulleo, conocido internacionalmente como **cluttering**, es un trastorno de la fluidez del habla y del lenguaje caracterizado primariamente por una tasa de habla percibida como demasiado rápida, irregular o ambas, lo que resulta en disfluencias excesivas y, a menudo, en una inteligibilidad disminuida. A diferencia de la [tartamudez](#) (disfemia), donde el hablante suele ser consciente y lucha por producir el habla, el farfulleo se distingue por la falta de conciencia o la conciencia mínima del oyente o del propio hablante sobre la naturaleza desorganizada y precipitada de su discurso. Esta condición afecta la programación motora del habla, la organización lingüística y, frecuentemente, la atención y el procesamiento cognitivo, haciendo que el mensaje global sea difícil de seguir para el oyente.

La Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA) y otros organismos internacionales señalan que el farfulleo se manifiesta típicamente a través de una serie de síntomas interrelacionados. El aspecto más definitorio es la **tasa de habla acelerada** o la presencia de ráfagas irregulares de velocidad, lo que lleva a la omisión, transposición o distorsión de sílabas y fonemas. Es fundamental reconocer que el farfulleo no es simplemente hablar rápido; es hablar rápido de manera desorganizada, donde la velocidad excede las capacidades del sistema motor y cognitivo del individuo para planificar y ejecutar el discurso coherente. Esta desorganización se traduce en una pobre sintaxis, pausas inusuales y un patrón prosódico monótono o errático.

Aunque el farfulleo se clasifica dentro de los trastornos de la fluidez junto con la tartamudez, su perfil clínico y etiológico sugiere mecanismos subyacentes distintos. Mientras que la tartamudez se asocia con bloqueos, prolongaciones y repeticiones atípicas de sonidos y sílabas (disfluencias de tipo tensional o "stuttering-like"), el farfulleo se caracteriza por repeticiones de palabras enteras o frases, revisiones y, crucialmente, la **reducción o colapso de las palabras** (disfluencias de tipo no tensional o "non-stuttering-like"). Esta distinción es vital para el diagnóstico diferencial, aunque la comorbilidad entre el farfulleo y la tartamudez es significativamente alta, lo que complica la identificación pura de ambos trastornos.

2. Etiología y Modelos Explicativos

La etiología del farfulleo es compleja y aún no se comprende completamente, pero se considera que tiene bases neurobiológicas y genéticas. La investigación sugiere que el farfulleo podría estar

relacionado con deficiencias en el procesamiento central del habla y el lenguaje, específicamente en áreas que controlan la planificación, la secuenciación y la monitorización de la producción verbal. Se ha propuesto que existe una disfunción en el sistema de programación motora que regula la temporalización del habla. Esta disfunción impediría al hablante mantener un ritmo constante y apropiado, llevando a las aceleraciones y las irregularidades típicas del farfullero, especialmente cuando la demanda cognitiva o lingüística aumenta.

Los modelos neurocognitivos apuntan a una posible implicación de los circuitos frontales y subcorticales, particularmente aquellos involucrados en la función ejecutiva. El farfullero a menudo coexiste con déficits en la atención, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento. Se teoriza que el individuo con farfullero experimenta una desconexión entre el ritmo de sus pensamientos y su capacidad para articularlos, lo que resulta en un "desbordamiento" verbal. El hablante intenta verbalizar ideas a una velocidad que supera la capacidad de su sistema motor para organizarlas fonológicamente y sintácticamente, lo que provoca los colapsos y las omisiones características del discurso.

Existe evidencia que sugiere una fuerte base genética para el farfullero, similar a la tartamudez, aunque la investigación específica es menos abundante. Los estudios familiares indican que la condición tiende a agruparse dentro de las familias. Además, se han explorado modelos que vinculan el farfullero con un trastorno del ritmo central. Según estas hipótesis, el farfullero podría ser una manifestación de una dificultad generalizada en el procesamiento del ritmo, que se extiende más allá del habla e incluye habilidades motoras generales. Este enfoque integrador ayuda a explicar por qué el farfullero a menudo se presenta junto con otros trastornos del desarrollo, como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), que también implican dificultades en la regulación y el control temporal.

3. Características Lingüísticas y Motoras Clave

Las manifestaciones clínicas del farfullero son diversas y afectan múltiples niveles del sistema de comunicación. Desde una perspectiva motora, el habla es típicamente rápida y a menudo entrecortada. El ritmo es desigual, con picos de velocidad seguidos de pausas inesperadas o inapropiadas, que no están ligadas a límites sintácticos o semánticos. La articulación puede ser imprecisa o "embarullada," especialmente en palabras multisilábicas, donde la tendencia a omitir sílabas átonas o reducir grupos consonánticos se hace evidente. El hablante puede parecer que "se traga" partes de las palabras, dificultando la decodificación del mensaje por parte del oyente.

En el nivel lingüístico y fonológico, las características son igualmente distintivas. Existe una alta incidencia de **errores fonológicos y morfológicos**, como la simplificación de estructuras complejas. Las disfluencias predominantes son las repeticiones de frases y palabras enteras, así como las revisiones (cambiar una idea a mitad de la frase). A diferencia de la tartamudez, estas

disfluencias suelen ocurrir sin la tensión física ni la conciencia que caracterizan a los bloqueos tartamudos. El hablante con farfuleo a menudo presenta una **prosodia monótona** o inexpresiva, con un uso limitado de la entonación para marcar el significado o la estructura de la oración. Además, pueden utilizar patrones sintácticos pobres o simplificados, o mostrar dificultad en la formulación de narrativas coherentes y bien estructuradas, lo que refleja los problemas subyacentes en la organización del pensamiento y el lenguaje.

Tasa de Habla Irregular: Velocidad variable con ráfagas rápidas que superan la capacidad de ejecución motora y planificación lingüística.

Colapso Fonológico: Omisión o reducción de sílabas y sonidos, especialmente en palabras largas o complejas, resultando en una articulación "embarullada."

Disfluencias No Tensionales: Predominio de repeticiones de palabras o frases y revisiones, realizadas sin esfuerzo ni lucha aparente.

Pobre Conciencia: El hablante a menudo no es consciente de que su habla es ininteligible o desorganizada, aunque esta conciencia puede aumentar bajo presión o al escuchar grabaciones.

Dificultades de Coherencia: Problemas en la organización narrativa, la formulación de ideas y el uso de conectores lógicos, reflejando dificultades en el procesamiento central del lenguaje.

4. Evaluación y Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico del farfuleo requiere una evaluación exhaustiva realizada por un logopeda (fonoaudiólogo) especializado. La evaluación debe ir más allá del simple conteo de disfluencias, enfocándose en la tasa de habla, la inteligibilidad, la prosodia y la organización del discurso. Una herramienta fundamental es la grabación y el análisis perceptivo del habla en diversas condiciones, incluyendo tareas estructuradas (lectura) y espontáneas (narración o conversación). La clave diagnóstica radica en la identificación de la **tasa de habla excesiva e irregular** y la presencia de colapsos fonológicos y disfluencias atípicas.

El diagnóstico diferencial es crucial, especialmente en relación con la tartamudez. Mientras que la tartamudez mejora típicamente cuando el hablante se concentra en el habla o lee un texto familiar, el farfuleo a menudo empeora bajo presión o cuando el hablante intenta deliberadamente reducir su velocidad. Además, los individuos con farfuleo rara vez demuestran los comportamientos secundarios (tensión facial, movimientos corporales asociados) típicos de la tartamudez. El farfuleo también debe distinguirse de la taquialia (habla simplemente rápida pero regular y organizada), la disartria y la apraxia del habla adquiridas, aunque la coexistencia con trastornos del desarrollo neurológico es común.

Las pruebas diagnósticas modernas a menudo incluyen la administración de baterías específicas diseñadas para el farfuleo, como el Protocolo de Evaluación del Farfuleo de Daly (Daly's Cluttering Assessment Protocol), que ayuda a cuantificar la velocidad, la claridad y la coherencia.

También es esencial evaluar las habilidades lingüísticas y cognitivas concomitantes, dado que muchos individuos con farfullero presentan dificultades en la memoria de trabajo, la secuenciación y las funciones ejecutivas. El diagnóstico es, por lo tanto, un proceso holístico que integra la percepción auditiva del oyente (a menudo el primer indicador), el análisis acústico (para medir la tasa) y la evaluación neurocognitiva.

5. Comorbilidades y Presentación Clínica

Una característica definitoria del farfullero es su alta tasa de comorbilidad con otros trastornos del neurodesarrollo y de la comunicación. La comorbilidad más frecuente y clínicamente significativa es con el **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**. Los síntomas de inatención, impulsividad y desorganización inherentes al TDAH se superponen significativamente con los déficits de planificación y monitorización observados en el farfullero, lo que sugiere una posible vía etiológica compartida o interdependiente. El manejo clínico debe abordar ambas condiciones simultáneamente.

Otras comorbilidades comunes incluyen la tartamudez (farfullero-tartamudez mixto), el [Trastorno Específico del Lenguaje \(TEL\)](#), y las dificultades de aprendizaje, particularmente aquellas que afectan la lectura y la escritura. La dificultad para organizar el pensamiento y secuenciar la información, que es central en el farfullero, se extiende a menudo a la producción escrita, manifestándose como una pobre organización textual y errores ortográficos. Esta compleja presentación clínica subraya la necesidad de que los profesionales realicen evaluaciones multidisciplinarias.

La presentación clínica varía ampliamente, pero un patrón común es que el farfullero se vuelve más prominente cuando el hablante se siente relajado, habla sobre temas conocidos, o bajo condiciones de alta demanda lingüística. Curiosamente, a diferencia de la tartamudez, el farfullero puede mejorar notablemente cuando el individuo se enfoca activamente en la claridad o cuando se le pide que hable lentamente. Sin embargo, esta mejora es a menudo temporal, ya que el patrón de habla desorganizado reaparece tan pronto como la atención consciente se desvía, lo que refuerza la idea de que el trastorno reside en la automatización y la monitorización del habla.

6. Intervención Terapéutica y Enfoques

El tratamiento del farfullero se centra principalmente en aumentar la conciencia del paciente sobre su patrón de habla y enseñarle estrategias de autorregulación para reducir la tasa y mejorar la claridad. El primer paso crucial es la **concientización auditiva**. Dado que muchos individuos con farfullero tienen una conciencia limitada de su problema, el uso de grabaciones de audio y video es esencial para que el paciente escuche cómo suena su habla a los demás. Este proceso de retroalimentación ayuda a establecer un marco de referencia perceptivo.

La estrategia terapéutica central es la **reducción de la tasa de habla**. Esto se logra a menudo a través de técnicas de ritmo, como el uso de marcadores rítmicos, palmeo o el uso de un metrónomo. Sin embargo, el objetivo no es solo hablar despacio, sino hablar a una tasa que permita la organización motora y lingüística adecuada. Se enseñan técnicas para introducir pausas estratégicas y para prolongar vocales o sílabas clave, lo que ayuda a desacelerar el ritmo general y a mejorar la prosodia.

Además de la fluidez, la intervención debe abordar las deficiencias lingüísticas y de organización. Esto incluye trabajar en la formulación de oraciones complejas, la coherencia narrativa y la habilidad para estructurar el discurso (por ejemplo, contar una historia con principio, desarrollo y fin claros). Debido a la alta comorbilidad con el TDAH, los enfoques que integran la gestión de la atención y las funciones ejecutivas son a menudo beneficiosos, ayudando al paciente a planificar su mensaje antes de iniciar la producción verbal. El éxito a largo plazo depende de la capacidad del paciente para automatizar la monitorización de su propia tasa de habla.

7. Historia y Evolución del Concepto

El farfuleo es un trastorno que ha sido reconocido clínicamente durante siglos, aunque su diferenciación clara de la tartamudez es un fenómeno más reciente. Las primeras descripciones que se asemejan al farfuleo se remontan al siglo XIX. Sin embargo, fue [Deso Weiss](#), un logopeda austriaco-estadounidense, quien realizó una de las contribuciones más significativas a mediados del siglo XX. Weiss acuñó el término moderno "cluttering" y lo definió meticulosamente, destacando la desorganización del ritmo y la falta de conciencia como sus características definitorias, separándolo de la lucha y la tensión asociadas con la tartamudez.

A pesar de las contribuciones de Weiss y otros investigadores europeos, el farfuleo históricamente recibió menos atención clínica y de investigación que la tartamudez. Durante gran parte del siglo XX, el farfuleo fue a menudo mal diagnosticado como una forma atípica de tartamudez o simplemente como "habla rápida". Esta falta de reconocimiento obstaculizó el desarrollo de herramientas de evaluación y protocolos de tratamiento específicos. No fue hasta finales del siglo XX y principios del XXI que la comunidad académica, impulsada por figuras como Ken St. Louis y Florence Myers, comenzó a abogar por su reconocimiento como una entidad diagnóstica separada y válida.

La inclusión formal del farfuleo en clasificaciones internacionales y la creación de protocolos estandarizados han marcado la evolución reciente del concepto. Hoy en día, el farfuleo es reconocido como un trastorno distinto que requiere una aproximación diagnóstica y terapéutica única. La investigación actual se centra en la identificación de marcadores neurofisiológicos específicos y la comprensión de la superposición genética y cognitiva con el TDAH, lo que promete refinar aún más nuestra comprensión de este complejo trastorno de la fluidez.

8. Debates Actuales y Desafíos de Investigación

Uno de los debates más persistentes en el campo es la definición precisa de los límites del farfullero. Dada su alta comorbilidad, existe una discusión continua sobre si el farfullero debe considerarse un trastorno de la fluidez primario o una manifestación secundaria de déficits cognitivos subyacentes, como el TDAH o el Trastorno del Procesamiento Auditivo Central (TPAC). La heterogeneidad en la presentación clínica (algunos pacientes tienen más problemas de fluidez, otros más problemas de coherencia lingüística) sugiere que el farfullero podría ser un "paraguas" que cubre varios subtipos de trastornos de la producción del habla rápida y desorganizada.

Otro desafío significativo es el desarrollo de medidas de evaluación objetivas y estandarizadas. La velocidad del habla es notoriamente difícil de medir de manera consistente, y la "irregularidad" es un juicio perceptivo que puede variar entre los clínicos. Los investigadores están trabajando en el uso de herramientas tecnológicas (análisis acústico computarizado) para cuantificar de manera más fiable la tasa y la variabilidad prosódica, lo que permitiría un diagnóstico más robusto y menos dependiente del juicio subjetivo. La falta de conciencia del farfullero también plantea un desafío terapéutico, ya que la motivación inicial para el cambio puede ser baja.

Finalmente, existe un debate sobre la gestión de la comorbilidad. ¿Debe tratarse primero el TDAH con medicación antes de iniciar la terapia de farfullero, o deben abordarse simultáneamente? La evidencia sugiere que mejorar la atención y la función ejecutiva puede tener un impacto positivo en la monitorización del habla, pero la logopedia sigue siendo esencial para modificar el patrón motor y lingüístico. La investigación futura deberá centrarse en ensayos clínicos que comparen la eficacia de diferentes secuencias de tratamiento en poblaciones con farfullero puro frente a farfullero comórbido.

Further Reading

[American Speech-Language-Hearing Association \(ASHA\) - Cluttering](#)

[Wikipedia - Farfullero](#)

[St. Louis, K. O., & Myers, F. L. \(2010\). Clinical management of cluttering. The ASHA Leader.](#)

[International Cluttering Association \(ICA\)](#)