ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/344058788

LA TARTAMUDEZ: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Thesis · February 2016

CITATIONS
0

READS
18,351

1 author:



Marjorie Tovar-Correal
University of Tarapacá
7 PUBLICATIONS **4** CITATIONS

SEE PROFILE

All content following this page was uploaded by Marjorie Tovar-Correal on 26 April 2021.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

2016

LA TARTAMUDEZ: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA



MARJORIE TOVAR CORREAL

MÁSTER EN PATOLOGÍAS DEL LENGUAJE Y DEL HABLA

19/02/2016

UVIC
UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

instituto superior
de estudios
psicológicos
isep

TESIS DE MÁSTER

"LA TARTAMUDEZ: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA"

AUTORA: MARJORIE TOVAR CORREAL
Fonoaudióloga

MÁSTER EN PATOLOGÍAS DEL LENGUAJE Y DEL HABLA
ISEP – INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS
UVIC – UNIVERSIDAD CENTRAL DE CATALUÑA

AÑO 2016

ISEP - INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS
UVIC – UNIVERSIDAD CENTRAL DE CATALUÑA
MÁSTER EN PATOLOGÍAS DEL LENGUAJE Y DEL HABLA

"LA TARTAMUDEZ: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA"

AUTORA: MARJORIE TOVAR CORREAL
Fonoaudióloga

TUTORA: Prof. SONIA ÁLVAREZ VEGA

1 ÍNDICE

1 ÍNDICE I

1.1 LISTA DE TABLAS IV

1.2 LISTA DE FIGURAS, E ILUSTRACIONES V

1.3 LISTA DE ANEXOS: VI

2 AGRADECIMIENTOS: VII

3 JUSTIFICACIÓN 1

4 RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS 3

5 MAPA CONCEPTUAL 7

6 MARCO TEÓRICO 8

6.1 DEFINICIÓN DE LA TARTAMUDEZ 8

6.2 TIPOS DE TARTAMUDEZ 10

6.2.1 TARTAMUDEZ NEUROGÉNICA: 10

6.2.2 TARTAMUDEZ PSICÓGENA, REACCIÓN EPISÓDICA AL ESTRÉS, TARTAMUDEZ HISTÉRICA O TARTAMUDEZ NEURÓTICA: 11

6.2.3 TARTAMUDEZ DEL DESARROLLO (DEVELOPMENTAL STUTTERING), TARTAMUDEZ EVOLUTIVA, TARTAMUDEZ FISIOLÓGICA O DISFEMIA: 11

6.2.4 TAQUIFEMIA (CLUTTERING): 11

6.2.5 TARTAMUDEZ ENCUBIERTA: 12

6.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA TARTAMUDEZ 12

6.3.1 SÍNTOMAS: 12

6.3.1 DIFERENCIAS ENTRE FLUIDEZ NORMAL Y TARTAMUDEZ TEMPRANA 12

6.3.2 FORMAS DE TARTAMUDEZ: 15
6.3.3 GRADOS DE SEVERIDAD: 16
6.4 ETIOLOGÍA....16
6.4.1 TEORÍAS ORGÁNICAS:....17
6.4.2 TEORÍAS PSICOLÓGICAS: 19
6.4.3 TEORÍAS PSICOSOCIALES: 19
6.5 INCIDENCIA Y PREVALENCIA....20
6.5.1 PESO: 20
6.5.2 SEXO: 21
6.5.3 GENÉTICA Y HERENCIA: 21
6.5.4 VARIABLES DEMOGRÁFICAS:....21
6.5.5 BILINGÜÍSMO: 21
6.5.6 CLASE SOCIOECONÓMICA: 22
6.6 LA TARTAMUDEZ EN LA VIDA COTIDIANA....22
6.6.1 LA TARTAMUDEZ Y SU INTERACCIÓN CON EL APRENDIZAJE 22
6.6.2 LA TARTAMUDEZ Y LA VIDA LABORAL 22
6.6.3 LA TARTAMUDEZ Y LA CALIDAD DE VIDA....23
6.7 EVALUACIÓN....24
6.7.1 EVALUACIÓN EN NIÑOS 24
6.7.2 EVALUACIÓN EN ADOLESCENTES Y ADULTOS:....28
6.8 INTERVENCIÓN 31
6.8.1 CUÁNDO INTERVENIR?....31
6.8.2 CÓMO INTERVENIR?....35
6.9 TRATAMIENTOS POR MEDIO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS: 48

7 CONCLUSIONES 52

8 VALORACIÓN PERSONAL 54

9 REFERENCIAS 55

10 ANEXOS 59

1.1 LISTA DE TABLAS

TABLA 1: ALTERACIONES HABITUALES VS SEÑALES DE ALARMA.....13
TABLA 2: DISFLUENCIAS TÍPICAS Y ATÍPICAS SEGÚN GREGORY Y HILL (1999). 15
TABLA 3: CLASIFICACIÓN DE LAS DISFLUENCIAS SEGÚN LA FRECUENCIA 15
TABLA 4: ESCALA DE GRAVEDAD DEL TARTAMUDEO. 16
TABLA 8: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS DESÓRDENES MENTALES DSM-5.....24
TABLA 9: SÍNTESIS DE PROPUESTA DE EVALUACIÓN PARA NIÑOS DE FERNÁNDEZ-ZUÑIGA.....28
TABLA 10: SÍNTESIS DE PROCESO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA PROPUESTO POR SANTAMARÍA Y COLS, 2002 30
TABLA 11: SÍNTESIS DE PROCESO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA PROPUESTO POR MONTGOMERY, 2006 31
TABLA 12: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TARTAMUDEZ Y DISFLUENCIA NORMAL.....33
TABLA 13: TARTAMUDEZ ESTABLECIDA. 34
TABLA 14: PREDICTORES DE CRONIFICACIÓN.....34
TABLA 15: SÍNTESIS DE TÉCNICAS (FERNÁNDEZ-ZUÑIGA, 2002) 36
TABLA 16: SÍNTESIS DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA (FERNÁNDEZ-ZUÑIGA, 2007) 41

1.2 LISTA DE FIGURAS, E ILUSTRACIONES

FIGURA 1: DISFLUENCIAS.....7
FIGURA 2: ETIOLOGÍA DE LA TARTAMUDEZ.....7
FIGURA 3: PREGUNTA 1 PARA DIRIGIR EL DIAGNÓSTICO DE LOS NIÑOS QUE TARTAMUDEAN 25
FIGURA 4: PREGUNTA 2 PARA DIRIGIR EL DIAGNÓSTICO DE LOS NIÑOS QUE TARTAMUDEAN 25
FIGURA 5: MODELO PARA TOMAR DECISIONES 32

ILUSTRACIÓN 1: SPEECH EASY© 50
ILUSTRACIÓN 2: MULTI-SPEECH 51

1.3 LISTA DE ANEXOS:

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE FLUIDEZ PARA PADRES (COOPER, 1979) EN (FERNÁNDEZ-ZÚÑIGA, 2007).....59
ANEXO 2: PERFIL DE INTERACCIÓN PADRE-HIJO (ADAPTACIÓN DE RUSTIN Y COLS., 1996), EN (FERNÁNDEZ-ZUÑIGA, 2007).....62
ANEXO 3: MODELOS DE REGISTROS DE CONDUCTA COMUNICATIVA (SANTACREU Y FERNÁNDEZ-ZÚÑIGA).....63
ANEXO 4: CUESTIONARIO DE FLUIDEZ PARA EL PROFESOR (FERNÁNDEZ-ZÚÑIGA, 2007).....64
ANEXO 5: ANÁLISIS DE LA FLUIDEZ (FERNÁNDEZ-ZÚÑIGA, 2007).....65
ANEXO 6: EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS MOTORAS ASOCIADAS (MC. AFEE. ADAPTACIÓN DE FERNÁNDEZ-ZÚÑIGA).....66
ANEXO 7: CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA EL HABLA EN LOS NIÑOS (BRUTEN Y COLS., 1989. ADAPTACIÓN PARRA).....67
ANEXO 8: DECLARACIONES DE PENSAMIENTOS Y CREENCIA NEGATIVAS EN LA TARTAMUDEZ -..68
ANEXO 9: EXPERIMENTOS CONDUCTUALES: PROBANDO SACAR LOS PENSAMIENTOS INÚTILES - TRADUCIDO POR: MARJORIE TOVAR C.....70
ANEXO 10: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: APRENDIENDO A ATACAR LOS PENSAMIENTOS INÚTILES - TRADUCIDO POR MARJORIE TOVAR C.....72

2 AGRADECIMIENTOS:

A Dios, por la maravillosa oportunidad de sentir como una vida se va formando dentro de mi, mientras desarrollo este trabajo.

A Saúl, el maravilloso hombre que me acompaña y alienta cuando el cansancio y la impaciencia parecen acabar con todo.

A esas personas que, como usuarios/pacientes, han depositado su confianza en mi y me han permitido contribuir en su calidad de vida.

A la vida…..porque es maravillosa!!!

3 JUSTIFICACIÓN

«A consecuencia de la deshonra y vergüenza pública el tartamudo sufre, se deprime e incluso abandona el escenario sociolaboral».

(Loriente, 2007)

Durante los últimos años, en mi desempeño profesional dentro de la ciudad de Iquique, he visto un incremento en la cantidad de niños y adultos de diversa nacionalidad, que presentan tartamudez.

Debido a la carencia de capacitación en el área dentro de la región, y a la distancia demográfica que facilite la aproximación a centros especializados, surge la necesidad de realizar una revisión teórica que brinde bases para la comprensión, diagnóstico y tratamiento de las disfluencias del habla en las diferentes edades, ya que, en la medida que se indaga más sobre el tema, se conoce un poco más la realidad a la que las personas con tartamudez se enfrentan (miedo social, discriminación, baja autoestima, etc.), la brecha social y el difícil acceso a oportunidades que, parece proporcional, al nivel de severidad de su trastorno comunicativo.

En la actualidad, Chile se enfrenta a una gran reforma educacional la cual no presenta programas de integración a las personas con Tartamudez. Por lo tanto, espero que la actual revisión sirva de apoyo y justificación de la necesidad de brindar apoyo terapéutico a las personas con dificultades de fluidez.

Ojalá, con el tiempo –no mucho- la Región de Tarapacá involucre a profesionales especializados en tartamudez que puedan aportar a la mejora de la calidad de vida de las personas con trastornos de la fluidez que día a día viven su dificultad comunicativa con la cantidad de "desventajas" que ello les implica.

Que este sea un inicio hacia el aporte que, como profesional en fonoaudiología, madre y extranjera, pueda brindar a la región.

4 RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

A continuación, se presentan las referencias más trascendentales del desarrollo del presente trabajo.

Zebrowski, P., Kelly, E. (2002). ***Manual of stuttering intervention*****. Clifton Park, N.Y. Editorial Singular.**

Resumen:

Define la tartamudez. Da pautas de evaluación diagnóstica a partir del análisis de los signos observados. Brinda orientación hacia la intervención en personas que tartamudean, segmentada en grupos de niños en edad preescolar, niños en edad escolar y adolescentes y adultos.

Autoras:

Patricia M. Zebrowski, Ph.D. Profesora del Departamento de Ciencias de la Comunicación y sus Desórdenes de la Universidad de Iowa. Ha realizado varios trabajos relacionados con tartamudez.

Ellen M. Kelly, Ph.D. Profesora asociada del Departamento de Ciencias de Habla y Audición de la Escuela de Medicina de la Universidad de Vanderbilt y terapeuta de lenguaje y habla en el Centro Bill Wilkerson especializado en desordenes de fluidez. Ha escrito y conducido investigaciones en el área de la tartamudez del desarrollo.

Fernández-Zuñiga, A. (2007). ***Guía de intervención logopédica en tartamudez infantil.*** **España: Editorial Síntesis.**

Resumen:

La tartamudez infantil es un problema que se puede diagnosticar y tratar desde las primeras etapas del desarrollo del niño. Una detección precoz de este trastorno permite evitar que se mantenga en edades posteriores y que persista hasta la edad adulta. Este libro propone un programa de intervención para niños pequeños que comiencen a tartamudear, y un programa directo para niños que ya hayan desarrollado la dificultad del habla. El texto está orientado a los

psicólogos y logopedas. Con esta guía de intervención podrán evaluar, diagnosticar y aplicar un tratamiento eficaz para la recuperación de niños con tartamudez. Asimismo, la terapia propone orientaciones concretas y pautas de actuación para padres.

Autora:

Alicia Fernández-Zúñiga es Psicóloga Clínica y Directora del Instituto de Lenguaje y Desarrollo. Es autora de diversas publicaciones y artículos sobre tartamudez, trastornos del lenguaje y adopción.

Le Huche, F. (2000). ***La tartamudez: opción curación.*** **Barcelona: Masson, S.A.**

Resumen:

Se define la causa de la tartamudez y sus orígenes. Describe las características que presenta. Presenta pautas de evaluación del habla y clasificación de la tartamudez. Establece la importancia de una atención terapéutica precoz con el fin de "curar" la tartamudez en edad temprana y/o disminuirla en la edad adulta por medio de algunas técnicas de intervención.

Autor:

François Le Huche es Médico Foniatra, ex Profesor de Logopedia, ex Consultor del Institut Arthur Vernes de París

Monge, R. (2000). ***Disfemias en la práctica clínica*****. Barcelona. Publicaciones ISEP.**

Resumen:

Define las disfemias y establece sus características. Nombra las teorías que intentan explicar el origen de las disfemias. Establece parámetros de evaluación diagnóstica cualitativa y cuantitativa. Brinda orientaciones de tratamiento apoyado de ejercicios prácticos de relajación, respiración y coordinación fonorespiratoria.

Autora:

Rocío Monge Díez es logopeda de la UPC de la ciudad de Barcelona.

Rodríguez, P. (2014). ***Los Maestros y la Tartamudez*****. Ediciones de la Asociación Iberoamericana de la Tartamudez.**

Resumen:

El libro se enfoca en brindar herramientas que permitan apoyar al niño con tartamudez en el contexto del aula. Explica la tartamudez, su génesis y desarrollo. Establece que algunas relaciones comunicativas pueden ser traumáticas y orienta en cómo evitarlas. Brinda algunas pautas para trabajar con los alumnos con tartamudez. Enumera los aspectos que deben ser evaluados en los niños con tartamudez con el fin de dar un diagnóstico preciso y guiar la intervención. Considera la alta probabilidad que los niños con tartamudez sean víctimas de bullyng y las consecuencias de éste en el desempeño del habla en el niño y concluye enumerando algunas medidas preventivas a implementar. Establece la necesidad de una interacción comunicativa que propicie la integración dentro del aula y beneficie el desempeño de los niños con tartamudez. Al final, brinda algunos recursos para docentes.

Autor:

Pedro R. Rodríguez C. es Psicólogo con Maestría en Psicología Social y Doctorado en Psicología de la Universidad Central de Venezuela. Es Profesor e Investigador Titular de la Universidad Central de Venezuela. Presidente de la Asociación Iberoamericana de la Tartamudez, Presidente de la Asociación Venezolana de la Tartamudez, Presidente Honorífico de la Fundación Española de la Tartamudez, Miembro del Consejo Consultivo de la International Stuttering Association (ISA) y Miembro del Self Help and Consumer Affairs Committee de la International Fluency Association (IFA). Tiene más de 30 artículos sobre tartamudez, publicados en libros y revistas especializadas y ha participado como conferencista y ponente en más de 50 eventos científicos, tanto nacionales, como internacionales.

Bernstein, N., & Tetnowski, J. (2006). ***Current issues in stutteting research and practice.*** **Mahwah, new yersey: lawrence erlbaum associates, inc.**

Resumen:

Es un libro acerca del estado del arte de la tartamudez. Muestra la realidad acerca de lo que los profesionales de habla y lenguaje están haciendo y practicando con relación a la evaluación y tratamiento de la tartamudez. Está escrito por especialistas en fluidez y orientado a

profesionales que deseen mejorar sus habilidades en el tratamiento de los desórdenes de fluidez.

Autores:

Nan Bernstein Ratner es profesora y presidente del Departamento de Ciencias de Habla y Audición de la Universidad de Maryland. Es reconocida por la ASHA como especialista en fluidez. Autora de varios volúmenes, capítulos y artículos relacionados con tartamudez, adquisición y desórdenes del lenguaje y psicología del lenguaje.

John A. Tetnowski es profesor en Desordenes Comunicativos en la Universidad de Louisiana en Lafayette. Él es un reconocido especialista y mentor de fluidez. Ha sido autor de numerosos artículos y libros en tartamudez, evaluación y metodologías de investigación.

5 MAPA CONCEPTUAL

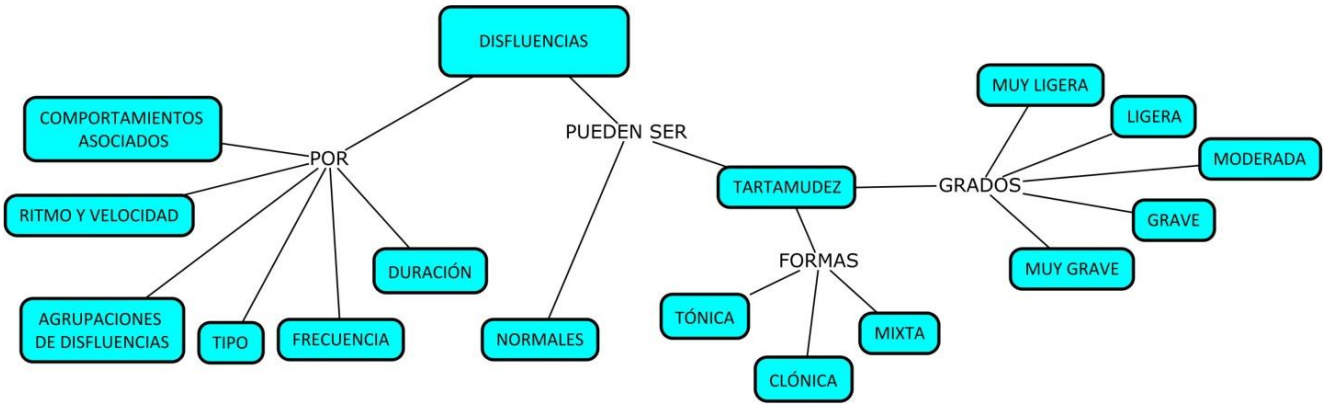


Figura 1: Disfluencias

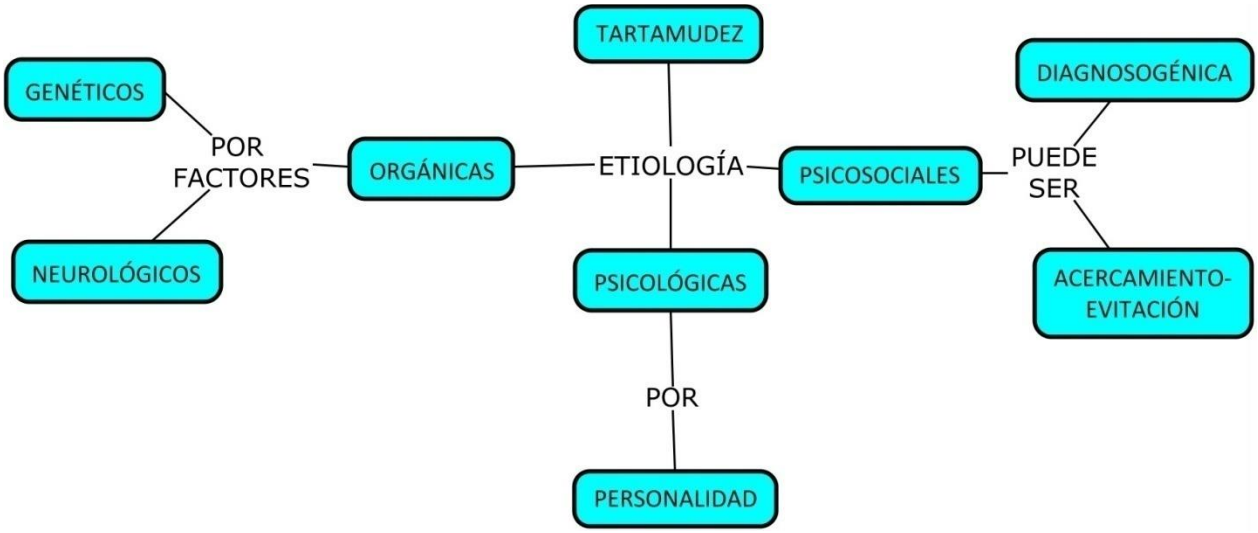


Figura 2: Etiología De La Tartamudez

6 MARCO TEÓRICO

6.1 DEFINICIÓN DE LA TARTAMUDEZ

La definición de la tartamudez es una cuestión controversial, reflejando la diversidad que el asunto permite (Moraes & Nemr, 2007). Algunos autores abordan la definición desde la descripción del comportamiento, otros desde la auto evaluación del sujeto y otros mezclan ambos aspectos.

Schiefer (2004), desde un abordaje psicolingüístico de la fluidez, define la tartamudez como la ruptura en la transición de los diferentes niveles lingüísticos, caracterizada por repeticiones y prolongaciones involuntarias, normalmente acompañados de movimientos corporales y faciales. Desde el enfoque neurolingüístico y motor de la tartamudez, Andrade (2002) establece que la tartamudez no es un problema de habla sino un problema de identidad del sujeto que lucha por no producir un patrón de habla que generé una imagen estigmatizada. Friedman (1999), desde el análisis del discurso y Meira (2002), desde un abordaje fenomenológico de la fluidez, establecen que lo fundamental no es proponer una definición sino buscar la esencia del reflejo de la tartamudez única e individual, que cada sujeto construye en su cuerpo, por medio de la observación, descripción y reflexión.

Perelló (1996) define la tartamudez como un trastorno funcional de la expresión oral que afecta a la fluidez del lenguaje, al pasar de una sílaba a otra, de una palabra a otra o de una frase a otra.

La American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) define la tartamudez como un trastorno que empieza en la infancia y que puede durar toda la vida, caracterizado por presentar disrítmias o disfluencias.

El Manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) clasifica el tartamudeo como un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia y en la edad adulta.

Para Labra y cols, la tartamudez se define como una “alteración del habla, caracterizada por una perturbación del ritmo y la melodía de la elocución. Se manifiesta en repeticiones y prolongaciones espasmódicas de las unidades del habla, estas alteraciones pueden ser audibles o silentes y se observan a nivel de sonidos, silabas o palabras. Dichas disrupciones, llamadas espasmos, se caracterizan por contracciones tensas o involuntarias de la musculatura y se han clasificado en dos grupos: espasmos tónicos y clónicos. Algunas de estas disfluencias estas asociadas con movimientos concomitantes, que pueden afectar a los órganos de la articulación o a estructuras más alejadas”. (Labra, M. y cols., 1983)

Andrade (2004) estableció que la tartamudez puede ser definida por las rupturas involuntarias del flujo del habla, caracterizada por repeticiones de sonidos y de silabas, prolongación de sonidos, bloqueos, pausas extensas e intrusiones de palabras.

Wingate (1964) describe a la tartamudez como "Disrupciones de la fluidez de la expresión verbal que están caracterizadas por involuntarias, audibles o silentes, repeticiones o prolongaciones en la pronunciación de pequeños elementos de la palabra, especialmente sonidos, sílabas y palabras de una sílaba. Estas disrupciones usualmente ocurren con frecuencia o son notablemente distintivas y no fácilmente controlables. Algunas veces, las disrupciones se acompañan de actividades accesorias involuntarias del aparato del habla, relacionadas o no con estructuras corporales, o pronunciaciones del lenguaje estereotipadas. Estas actividades dan la apariencia de que el habla se relaciona con esfuerzo. También ellas son frecuentemente indicadoras o informadoras de la presencia de un estado emocional que se mueve a causa de una condición general de agitación o tensión, de una emoción más específica de naturaleza negativa semejante al miedo, turbación, irritación o algo parecido". (Friedman, 1991)

Santacreu y Froján establecen que, en la tartamudez, el habla se caracteriza por errores de dicción como repeticiones de sílabas y palabras, bloqueos de inicio de palabra, particiones de sílabas, interjecciones; además de variaciones en la velocidad y entonación (variación prosódica).

Es importante denotar que 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 (Garaigordobil & Perez, 2007).

En conclusión, la tartamudez se caracteriza por bloqueos espasmódicos que interrumpen la emisión de la palabra que pueden ir acompañados de tensión muscular. Estos bloqueos generan tensión y miedo al hablar.

6.2 TIPOS DE TARTAMUDEZ

Existen diferentes tipos de trastornos de la fluidez del habla, los cuales se mencionan a continuación:

6.2.1 TARTAMUDEZ NEUROGÉNICA:

Se inicia a partir de una lesión o enfermedad cerebral como un trauma, derrame infección o tumor; al igual que en enfermedad de Parkinson, SIDA, alcoholismo, drogadicción y demencia. Se manifiesta por la presencia de repetición de palabras completas, revisiones, interjecciones, deficiencias en el flujo del habla y ruptura de palabras; además, hay dificultad en la formulación de mensajes y reducida coordinación entre las secuencias motoras y el pensamiento.

6.2.2 TARTAMUDEZ PSICÓGENA, REACCIÓN EPISÓDICA AL ESTRÉS, TARTAMUDEZ HISTÉRICA O TARTAMUDEZ NEURÓTICA:

Aparece súbitamente asociada a miedo escénico o situación estresante y suele estar asociada a síntomas de neurosis primaria. Se caracteriza por ser severa desde el inicio y presentar prolongaciones silenciosas, bloqueos laríngeos, tensión y/o largas repeticiones. Suele estar acompañada de aumento de la tensión muscular general, voz temblorosa y miedo. Disminuye considerablemente o desaparece cuando termina la situación de estrés. "Es una solución a un problema de mala adaptación psicológica aguda" (Haynes y Pindzola, 2008).

6.2.3 TARTAMUDEZ DEL DESARROLLO (DEVELOPMENTAL STUTTERING), TARTAMUDEZ EVOLUTIVA, TARTAMUDEZ FISIOLÓGICA O DISFEMIA:

Aparece de los 3 a 5 años de edad y es debida a un explosivo desarrollo de las habilidades comunicativas y lingüísticas. Se caracteriza por la presencia de vacilaciones y repeticiones de sonidos, sílabas y/o palabras. Suele presentarse en niños con perfiles de personalidad con alta reactividad emocional y/o rasgos de ansiedad, pudiendo prolongarse hasta la adolescencia o edad adulta. Puede estar acompañada de tensión física, ansiedad, vergüenza, frustración y bajo autoestima.

6.2.4 TAQUIFEMIA (CLUTTERING):

Sus síntomas son repeticiones de palabras completas, falta de conciencia del desorden, cortos periodos de atención, pobre organización del habla, taquilalia, interjecciones, dificultades motoras y articulatorias y dificultades gramaticales. El habla es poco inteligible y se caracteriza por "un fraseo y unas pausas impropias debidas a una velocidad excesiva, y también contrayendo u omitiendo sílabas" (Van Riper, 1954 citado en Serra, 1982). Daly (1986) menciona que también suelen presentar dificultades en el manejo de habilidades lingüísticas en lectura y escritura, al igual que ausencia de habilidades musicales y rítmicas e hiperactividad.

6.2.5 TARTAMUDEZ ENCUBIERTA:

Se presenta en sujetos que han tenido tartamudez y han mejorado su fluidez, o en sujetos que presentan fobia social. Es poco perceptible por el interlocutor.

6.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA TARTAMUDEZ

6.3.1 SÍNTOMAS:

Las disfluencias son faltas en la fluidez del habla, las cuales son habituales en los inicios del desarrollo del lenguaje durante la infancia. Cuando las disfluencias son recurrentes, pueden ser señal de presencia de tartamudez (Fernández-Zuñiga, 2004). Sin embargo, el grado de disfluencias varia de individuo a individuo dependiendo del día, las emociones, dominio del tema de conversación y de las diferentes situaciones de habla del día a día (Andrade, 2004).

Dentro de estas disfluencias tenemos interjecciones (yo,"em", fui), repetición de sonidos (a a a azul), repetición de silabas (pepepepepero), repetición de frases (este es, este es, este es el mío), repetición de monosílabos (hoy yo yo yo salté), prolongación de sonidos (aaaazul), bloqueos audibles o silenciosos (pausa acompañada de miradas, gestos, movimientos, etc.), palabras de soporte o circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas), palabras producidas con un exceso de tensión física y palabras fragmentadas (pausas dentro de una palabra).

6.3.1 DIFERENCIAS ENTRE FLUIDEZ NORMAL Y TARTAMUDEZ TEMPRANA

William Perkins (1992) sostiene que la tartamudez se desarrolla a partir de las disfluencias normales. Gregory (1992) estableció algunas alteraciones en la fluidez habituales en la edad escolar como las pausas silenciosas, las interjecciones, entre otras. Por otro lado, Van Riper (1982), Gregory y Hill (1984) y Ham (1990), determinaron algunas señales de alarma (Tabla N°1).

ALTERACIONES HABITUALES	SEÑALES DE ALARMA
➢ Pausas silenciosas. ➢ Revisiones e interjecciones de frases (no repetidas). ➢ Repetición de una sílaba. ➢ Repetición de frases. ➢ Repetición de palabras monosilábicas con el mismo ritmo y sin fuerza.	**Fluidez:** ➢ Repetición de sonidos. ➢ Número de repeticiones elevado (más de tres veces). ➢ Elementos repetidos cortos. ➢ Repetición de palabras con ritmo irregular o acompañadas de tensión. **Fisiológicos:** ➢ Tensión muscular general. ➢ Tensión facial. ➢ Interrupción de la salida del aire junto a las repeticiones. ➢ Bloqueos. **Emocionales:** ➢ Evitación del habla. ➢ Ansiedad y síntomas somáticos. ➢ Preocupación. **Padres:** ➢ Muestran síntomas de preocupación y ansiedad. ➢ Alto nivel de exigencia. **Ambientales:** ➢ Existencia de conflictos familiares. ➢ Exigencia hacia el niño y presión de tiempo. ➢ Cambios en la rutina.

Tabla 1: Alteraciones habituales vs señales de alarma

> La tartamudez o disfluencia se diferencia de la normal no fluencia, sobre todo, por la rapidez de las repeticiones y el breve tiempo de duración de las vocales en las repeticiones, las prolongaciones de sonidos verbales con tensión muscular excesiva, los bloqueos motorverbales, y la conducta de esfuerzo para hablar. En algunos casos, puede no ser fácil determinar si la fluidez es normal o no, y requerir un examen cuidadoso. (Sangorrín, 2005, p.44)

Haynes y Pindzola (2008) recopilan algunas variables que se deben determinar y tener en cuenta a la hora de establecer si las disfluencias del habla que presenta el individuo son normales o conducen al diagnóstico de tartamudez. Estas son:

- **Tipo predominante de disfluencia:** Son señales de tartamudez la repetición frecuente de silabas o sonidos, al igual que la repetición de parte de la palabra y las prolongaciones de sonidos.
- **Frecuencia de la disfluencia:** La repetición de silabas en tres o más ocasiones, en cien palabras, es indicativa de tartamudez, del mismo modo que, si las prolongaciones se exceden en una por cien palabras (Fernández-Zuñiga, 2007).
- **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 (Bloodstein, 1995).
- **Agrupaciones de disfluencias:** Aparecen varios tipos de disfluencias para decir la misma palabra (ten-ten-tengo, esto teeeeeengo, tengo que...).

En esta misma línea Gregory y Hill (1999) establecen una diferenciación entre las disfluencias típicas y atípicas, señaladas en la Tabla N° 2.

DIFERENCIACIÓN DISFLUENCIAS TÍPICAS Y ATÍPICAS (GREGORY Y HILL, 1999)	
Disfluencias Típicas 1. Variaciones. 2. Interjecciones. 3. Revisión de sílabas. 4. Repetición de palabras.	
Disfluencias 5. Repetición de palabras monosílabas (dos o menos interacciones, sin tensión). 6. Repetición de sílabas (dos o menos interacciones, sin tensión).	**Fronterizas** 1. Repetición de palabras monosílabas (tres o más interacciones, estrés desigual). 2. Repetición de sílabas (tres o más interacciones, estrés desigual) 3. Sonidos repetidos. 4. Prolongaciones. 5. Bloqueos. 6. Presencia de tensión muscular.
	Disfluencias Atípicas – Tartamudez

Tabla 2: Disfluencias típicas y atípicas según Gregory y Hill (1999).

Salgado (2007) estableció una clasificación de las disfluencias (Tabla N°3) acorde con la frecuencia de las mismas

	DISFLUENCIA NORMAL	TARTAMUDEZ LÍMITE	TARTAMUDEZ TEMPRANA
FRECUENCIA DE DISFLUENCIA	< 10% típicas y <2% atípicas	≥ 10% típicas y/o 2-3% atípicas	≥ 3% atípicas y/o ≥ 10% total

Tabla 3: Clasificación de las disfluencias según la frecuencia

6.3.2 FORMAS DE TARTAMUDEZ:

Acorde con las disfluencias que se identifiquen en la tartamudez, esta se puede clasificar en tres tipos:

- **Tartamudez tónica:** Se evidencia prolongaciones y bloqueos que, casi siempre, van acompañados de tensión muscular.

- **Tartamudez clónica:** Es la más conocida. Consiste en la repetición involuntaria de sonidos, sílabas, palabras y/o frases debidas a contracciones bucales breves y rápidas.
- **Tartamudez tónica- clónica o mixta*:*** Es la más frecuente y combina los síntomas de ambas.

6.3.3 GRADOS DE SEVERIDAD:

En 1976 Wingate estableció una escala para determinar el grado de severidad del tartamudeo graficado en la Tabla N°4

GUÍA PARA DETERMINAR LA GRAVEDAD DEL TARTAMUDEO (WINTAGE, 1976)			
SEVERIDAD	**FRECUENCIA**	**ESFUERZO**	**RASGOS SECUNDARIOS**
MUY LIGERA	1/100 (1%)	Ninguna tensión aparente.	Ninguno.
LIGERA	1/50 (2%)	Tensión perceptible, pero con bloqueos superados con facilidad.	Mínimos (ojos abiertos, parpadeos, movimiento de la musculatura facial).
MODERADA	1/15 (7%)	Clara indicación de tensión o esfuerzo; de unos 2 segundos de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial.
GRAVE	1/7 (15%)	Clara indicación de tensión o esfuerzo; de unos 2-4 segundos de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial.
MUY GRAVE	1/4 (25%)	Esfuerzo considerable; 5 o más segundos de duración; intentos repetidos y consistentes.	Actividad muscular enérgica, facial u otra cualquiera.

Tabla 4: Escala de gravedad del tartamudeo.

6.4 ETIOLOGÍA

La causa de la tartamudez sigue siendo desconocida. Algunos la establecen como el resultado de la interacción de factores orgánicos, psicológicos y sociales; tomándose como un trastorno multifactorial. Otros lo asocian a aspectos genéticos y neurofisiológicos.

6.4.1 TEORÍAS ORGÁNICAS:

A.) FACTORES GENÉTICOS:

En 1968 Beech y Fransella encontraron que la genética y la herencia eran un factor importante en los problemas de disfluencia, sin embargo, es necesario incluir a los factores psicológicos que ayudan a desencadenar el trastorno.

La disfemia conlleva relaciones genéticas con el síndrome de Tourette, el de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta con desafío y oposición y otras conductas asociadas al Tourette, lo que confiere un carácter poligénico debido a tres genes dopaminérgicos: receptor D2 de dopamina, β-hidroxilasa y transportador de dopamina. (Commins, Wu, Chic, Ring, Gade, & Ahn, 1996)

B.) FACTORES NEUROLÓGICOS:

En 1987 Ludlow y cols. Analizaron 57 casos de tartamudez adquirida en los que se encontró que el 47% de los pacientes presentó lesiones del hemisferio izquierdo, 26% del hemisferio derecho y 26% bilaterales. El 75% incluyó estructuras subcorticales como lesiones en el cuerpo estriado, la cápsula interna y externa, la sustancia blanca frontal, el cerebelo y la región talámica mesencefálica. Se ha postulado que las lesiones unilaterales subcorticales producen tartamudez transitoria, mientras que las bilaterales provocan tartamudez permanente.

Con relación a la disfemia, se ha considerado como resultado de una disfunción neuromotora central que desorganiza temporalmente la exactitud motora bucofonatoria en las etapas de planeamiento, producción y monitorización del habla, con un colapso en los circuitos que conectan la corteza motora y los ganglios basales; estos últimos modulan las regiones del habla. Por lo tanto, la disfemia podría reflejar una inestabilidad o pérdida de control de la función cerebral, más que una pérdida de función de una región particular del cerebro.

- **Lateralización:**

En 1978 Travis se refirió a la mala lateralización en las personas con tartamudez. Moore determinó diferencias en el funcionamiento cerebral entre las personas que tartamudean y las que no. Esto se debe a la participación del procesamiento del hemisferio cerebral derecho y a los aspectos relacionados con el control motor del habla.

Existen estudios que sugieren que ambos hemisferios desempeñan papeles distintos y opuestos en la generación de los síntomas de la tartamudez. La hipoactivación de regiones en el hemisferio izquierdo que en el sujeto sano son esenciales para la neurofisiología del habla y del lenguaje, parece estar relacionada con la producción del habla tartamuda, en tanto que la sobreactivación de las regiones en el hemisferio derecho podria representar un proceso compensatorio asociado con la atenuacion de los síntomas de la tartamudez. (Manaut-Gil, 2005)

- **Percepción Auditiva Central:**

Lee (1951), por medio de una autorregulación auditiva retrasada (Delayed Auditory Feedback DAF), provocaba una tartamudez artificial. Esto podría estar relacionado con las anormalidades dinámicas, tanto en las áreas motoras del habla en el hemisferio izquierdo como en las auditivas derechas en los pacientes con disfemia, caracterizadas por una disminución en la activación de la región auditiva derecha, por la vía de retroalimentación auditiva durante el habla. El habla normalmente amortigua y retarda 11 ms las respuestas de la corteza auditiva en el hemisferio izquierdo, solamente durante el habla no la escucha. En las personas con disfemia, las respuestas corticales a la propia voz activan transitoriamente al hemisferio derecho alrededor de los 100 ms después de la emisión del habla tartamuda. (Ludlow, 2000)

- **Control motor:**

Para que haya una producción de siete sílabas por segundo (velocidad normal), es necesario que haya una adecuada coordinación y programación. En las personas con tartamudez, hay una

ineficiencia e inestabilidad en los subsistemas motores del habla, teniendo un tiempo de reacción vocal mayor, al parecer, por una contracción inadecuada y excesiva de los músculos laríngeos.

6.4.2 TEORÍAS PSICOLÓGICAS:

Se tiene claridad en que los factores psicológicos aumentan la tartamudez, pero no se ha demostrado que pueden generarla.

A.) PERSONALIDAD Y TEORÍAS DINÁMICAS

No existe un perfil psicológico establecido para las personas con tartamudez, pero sí se evidencia una tendencia que demuestra que son personas con mucha tendencia al neuroticismo e inadaptación. Coriat (1943) habla de fijación oral. Stein (1953) habla de una regresión al balbuceo (repeticiones y prolongaciones). Bárbara (1962) refiere a un trastorno neurótico que se manifiesta en el habla. Feinchel (1945) lo asocia a una fijación anal. (Serra, 1982)

6.4.3 TEORÍAS PSICOSOCIALES:

A.) TRASTORNO DIAGNOSOGÉNICO:

Los padres actúan como influencia negativa siendo los sensibilizadores y fijadores del problema, ejerciendo refuerzo de la conducta, provocando un aumento en la frecuencia de errores en el habla. En varios estudios se ha hipotetizado que los padres de niños con tartamudez tienen una actitud más exigente, autoritaria y ansiosa, pero sin demostrarse. Esta teoría sugiere que se debe suprimir toda llamada de atención o actitud negativa hacia el habla. (Fernández-Zuñiga, 2007)

B.) TEORÍA DEL ACERCAMIENTO-EVITACIÓN Y DEL CONFLICTO DEL ROL:

Al corregir constantemente al niño se le genera ansiedad y él, como medio, recurre a la evitación. Sheenan (1958) habla de un conflicto del rol en el que establece que, basándose en el hecho de que solo se tartamudea en ciertas situaciones (no ocurre nunca hablando a un

animal, aun bebé o a personas “inofensivas”), existe un conflicto del yo al representar determinados papeles. (Serra, 1982)

C.) MODELO DE DEMANDAS Y CAPACIDADES:

Starkweather (1987) creó un modelo que intenta hacer una descripción organizada de los factores que considera relevantes en el desarrollo de la tartamudez, planteando que para que el niño adquiera la fluidez requiere de unas *capacidades* que son control motor del habla (velocidad con que el niño emite las sílabas), formulación del lenguaje (léxico: habilidad para encontrar las palabras, sintaxis: formulación de frases y aspectos pragmáticos de conocimiento de las reglas conversacionales), madurez socio-emocional y patrones cognitivos (habilidad metalingüística) y de unas *demandas* que se refieren a la presión en la conversación (presión de tiempo), interacción social o tensión emocional que realizan las personas que se relacionan con el niño. Con el paso del tiempo estas capacidades y demandas cambian.

En conclusión, plantea que “el tartamudeo se produce cuando existe un exceso de demandas en el ambiente del niño hacia sus capacidades cognitivas, lingüísticas, motoras y emocionales y estas no se ajustan al nivel de desarrollo del niño y sus capacidades” (Fernández-Zuñiga, 2007, p.43).

6.5 INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Acorde con Craig (2002), la población con trastorno de tartamudez corresponde al 5% de la población general, siendo el 1% de los adultos y el 2,5% de los niños en edad pre-escolar.

6.5.1 PESO:

En diversos análisis realizados por McAllister & Collier (2014) donde se buscó la asociacion entre peso al nacer y tartamudez, no se encontró a este como un predictor de tartamudez.

6.5.2 SEXO:

McAllister & Collier (2014) realizaron un estudio en el que lograron evidenciar que el sexo es un predictor significativo de tartamudez, con una prevalencia en los hombres de 1.6 a 3.6 veces más que en las mujeres.

6.5.3 GENÉTICA Y HERENCIA:

Entre los hombres disfémicos, el 9% de sus hijas y el 22% de sus hijos tendrán tartamudez, en tanto que entre las mujeres disfémicas, el riesgo de tener hijas e hijos tartamudos será del 17 y el 36%, respectivamente (Commins, Wu, Chic, Ring, Gade, & Ahn, 1996).

Retomando lo del trastorno multifactorial, Costa y Kroll (2000) señalan que, probablemente, en la disfluencia esté implicada una interacción entre factores genéticos y ambientales. En el caso de la tartamudez, las lesiones cerebrales desencadenantes quizás incidan sobre una predisposición genética en la desorganización motora del habla. (Mclean, 1990)

6.5.4 VARIABLES DEMOGRÁFICAS:

En 1972, Brady y Halll encontraron que la tartamudez prevalecía más en población urbana que rural pero, en 1995, Dykes encontró que las zonas rurales tenían una mayor prevalencia de la tartamudez.

6.5.5 BILINGÜÍSMO:

Montes y Erickson (1990) no encontraron diferencias en la cantidad de niños con tartamudez hablantes de español e inglés. En contraste, Bloodstein (1995) encontró que había más niños bilingües que monolingües con tartamudez.

6.5.6 CLASE SOCIOECONÓMICA:

Morgenstern (1956) encontró que hay mayor presencia de tartamudez en la clase media y media-alta que en la baja.

6.6 LA TARTAMUDEZ EN LA VIDA COTIDIANA

6.6.1 LA TARTAMUDEZ Y SU INTERACCIÓN CON EL APRENDIZAJE

En general, la ansiedad es un factor común en las personas con tartamudez. Esto podría afectar el desempeño en el aprendizaje de los niños, ya que limita su capacidad para atender a las explicaciones en la clase. Aquí, no se hablaría de un trastorno de aprendizaje sino un problema de rendimiento escolar.

Para descartar si un bajo rendimiento escolar del niño con tartamudez no está asociado a problemas de lenguaje y/o aprendizaje, es necesaria la evaluación psicológica de su nivel intelectual y de madurez grafo-perceptiva. En el caso del lenguaje, es necesaria la evaluación fonoaudiológica de este aspecto. (Behrens, 2014)

6.6.2 LA TARTAMUDEZ Y LA VIDA LABORAL

Las dificultades de las personas con tartamudez no solo se encierran en lo que viven como individuos a nivel físico, mental y emocional, sino también a nivel social, laboral y emocional.

> Están en un grado superlativo de marginación social, laboral y sociosanitaria que viene dado sobre todo por el desconocimiento. La tartamudez es miedo, es la angustia anticipativa. Es pensar «no voy a decir eso, no voy a poder pasar la entrevista de trabajo, aunque tenga los conocimientos», etc. Hay gente con dos y tres carreras que están de reponedores en supermercados porque no han pasado la entrevista personal. La sociedad les hace sentir tan mal, que acaban encerrándose. Muchos viven solos, sin

amistades, sin haberse emparejado jamás, sin casarse, en una situación de autoreclusión. (Sánchez, 2013)

6.6.3 LA TARTAMUDEZ Y LA CALIDAD DE VIDA

Muchos entes sociales se excusan en el criterio diagnóstico establecido en el Manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales DSM-5, donde se indica que el rendimiento académico, laboral o la comunicación social está comprometido a consecuencia de la presencia de alguno de los ochos fenómenos mencionados en el criterio (A); eximiendo al oyente –y a la sociedad en general- de cualquier responsabilidad en el rendimiento tartamudo: si presenta menor rendimiento académico, laboral o comunicativo se debe exclusivamente a su patrón de habla y no al comportamiento de los oyentes en esos escenarios. La causa fehaciente del menor rendimiento es la interiorización de la respuesta social a la tartamudez; interiorización que desgarra la vida sentimental del tartamudo, acompañado de una miríada de consecuencias. La definición del DSM-V es consecuencia del modelo biomédico que concibe la enfermedad como una entidad esencial y fija, inscrita en la materia biológica del sujeto, al margen del contexto sociocultural que la construye. (Loriente, 2006, p.157)

TRASTORNO DE LA FLUIDEZ DE INICIO EN LA INFANCIA (TARTAMUDEO)

A. Alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje, persisten con el tiempo y se caracterizan por la aparición frecuente y notable de uno (o más) de los siguientes factores:

1. Repetición de sonidos y sílabas.
2. Prolongación de sonido de consonantes y de vocales.
3. Palabras fragmentadas (p. Ej., pausas en medio de una palabra).
4. Bloqueo audible o silencioso (pausas en el habla, llenas o vacías).
5. Circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas).
6. Palabras producidas con un exceso de tensión física.
7. Repetición de palabras completas monosilábicas (p. Ej., “yo-yo-yo-yo lo veo”).

B. La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, la participación social, el rendimiento académico o laboral de forma individual o en cualquier combinación.
C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo. (nota: los casos de inicio más tardío se diagnostican como 307.0 [f98.5] trastorno de la fluidez de inicio en el adulto.)
D. La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensitivo del habla, disfluencia asociada a un daño neurológico (p. Ej., ictus, tumor, traumatismo) o a otra afección médica y no se explica.

Tabla 5: Criterios Diagnósticos Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Desórdenes Mentales DSM-5

6.7 EVALUACIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, la tartamudez es un trastorno multifactorial, por lo tanto, la evaluación debe incluir el análisis de aspectos neurofisiológicos, lingüísticos, ambientales y sociales; entre otros.

6.7.1 EVALUACIÓN EN NIÑOS

En la evaluación en niños, dentro de los aspectos neurofisiológicos a evaluar, se debe hacer énfasis en la capacidad para la coordinación, tanto de movimientos como de procesos, de los órganos fonoarticuladores para la producción del habla. La evaluación de los factores lingüísticos debe incluir los diversos componentes del lenguaje a nivel semántico, sintáctico y pragmático. A nivel ambiental y social, se debe tener en cuenta la interacción del niño con las diferentes personas y en variados contextos.

Zebrowski (2000) propuso dos interrogantes que deben guiar el proceso de evaluación. El primero consiste en determinar si "¿está el niño tartamudeando o en riesgo de tartamudear? (Figura N°3) y, el segundo es "¿experimentará el niño la recuperación de la tartamudez o quedará con esto?. (Figura N°4) Cada pregunta apunta al alcance de objetivos.



Figura 3: Pregunta 1 para dirigir el Diagnóstico de los niños que tartamudean



Figura 4: Pregunta 2 para dirigir el Diagnóstico de los niños que tartamudean

Fernández-Zuñiga (2007), por otra parte, propone un proceso de evaluación estableciendo cuatro objetivos fundamentales. El primero consiste en descartar problemas asociados y realizar las derivaciones pertinentes a otros profesionales. El segundo consiste en describir

detalladamente los problemas de fluidez y las conductas relacionadas. El tercero tiene que ver con estimar la gravedad del trastorno y establecer un pronóstico. Por último, se debe concluir con el diagnóstico y fijar los objetivos de tratamiento. Ella propone un procedimiento el cual se resume en la Tabla N°9.

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN (FERNÁNDEZ-ZUÑIGA, 2007)			
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	*Entrevista con los padres*	<u>Historia clínica:</u> ✓ Descripción del problema. ✓ Desarrollo general. ✓ Desarrollo del lenguaje y la comunicación. ✓ Antecedentes médicos. ✓ Relaciones sociales. ✓ Desarrollo emocional. ✓ Dinámica familiar. ✓ Pautas educativas. ✓ Historia escolar. ✓ Antecedentes familiares.	Cuestionario de fluidez para padres (Cooper, Adaptación Fernández-Zuñiga)[1]
	Entrevista con el niño	✓ Situación actual del habla. ✓ Relaciones familiares. ✓ Colegio. ✓ Interacción social. ✓ Tiempo libre. ✓ Intereses y expectativas.	De 4-5 años por métodos indirectos. De 6-7 años entrevista estructurada.
	Interacción de los padres con el niño	Análisis de una sesión de juego de 15-25 minutos video grabada.	Perfil de interacción padre-hijo (Adaptación de Rustin y cols.)[2]

[1] Anexo 1
[2] Anexo 2

	Registros de conducta	Padres registran la frecuencia en que aparece la conducta de habla.	Modelos de registros de conducta comunicativa (Santacreu y Fernández-Zuñiga)[3]
	Cuestionario de fluidez	Observación, por parte de los padres, de la fluidez.	Cuestionario de fluidez para padres (Cooper, Adaptación Fernández-Zuñiga)
	Cuestionarios para el colegio	Fluidez en el colegio.	Cuestionario de fluidez para el profesor (Fernández-Zuñiga)[4]
	Evaluación del habla	Por medio de: ✓ Describir imágenes o dibujos. ✓ Repetir frases. ✓ Monólogo: contar un cuento, película, etc. ✓ Respuesta a preguntas directas. ✓ Conversar sobre tema de interés. ✓ Lectura de texto adecuado a la edad.	Análisis de la fluidez:[5] 1. Tipo de disfluencias. 2. Porcentaje de disfluencias. 3. Velocidad del habla actual. 4. Movimientos faciales/corporales asociados. 5. Evitación. 6. Ansiedad: síntomas fisiológicos. 7. Variables cognitivas. Conciencia del problema.
OBSERVACIÓN DEL NIÑO	*Criterios diagnósticos*	Cantidad de disfluencias, características y severidad.	Guía para determinar la gravedad del tartamudeo (Wintage, 1976)[6]
	Variables fisiológicas	Evaluación de: ✓ Respiración. ✓ Fonación. ✓ Articulación. ✓ Conductas asociadas.	Evaluación de las conductas motoras asociadas (Mc. Afee Adaptación de Fernández-Zuñiga)[7]
	Variables	✓ Conciencia del	Cuestionario de actitudes

[3] Anexo 3
[4] Anexo 1
[5] Anexo 4
[6] Tabla N°4
[7] Anexo 6

	cognitivas	problema. ✓ Expectativas.	del habla en los niños (Brutten y cols., Adaptación de Parra)[8]
	Aspectos socioemocionales	Identificar situaciones que alteren vida familiar y cotidiana del niño.	
	Entrenamiento a corto plazo	Utilizar diferentes patrones de habla para aproximar intervención	Algunas técnicas: ✓ Reducción de la velocidad del habla. ✓ Habla rítmica. ✓ Contactos articulatorios leves. ✓ Etc.
	Análisis funcional	Identificar factores que afectan al niño y que son fuente de tensión y estrés.	
	Pronóstico	Analizar diversos factores.	
	Devolución de la información a los padres	Informar sobre los resultados de evaluación: ✓ Diagnóstico. ✓ Factores influyentes. ✓ Necesidad de colaboración en el tratamiento. ✓ Objetivos del tratamiento.	

Tabla 6: Síntesis de Propuesta de Evaluación para niños de Fernández-Zuñiga

6.7.2 EVALUACIÓN EN ADOLESCENTES Y ADULTOS:

La tartamudez de los adolescentes y adultos involucra varios comportamientos y reacciones afectivas-cognitivas que afectan la comunicación interpersonal, las oportunidades vocacionales y los ajustes personales y sociales. (Kent, 2004) Esta tartamudez es reducida significativamente

[8] Anexo 7

cuando cantan, hablan solos o con mascotas o niños, leyendo o recitando en unisón con otros, habla con estímulo rítmico y lectura o escritura con enmascaramiento auditivo pero la tartamudez aparece tan pronto como la actividad finaliza.

La frecuencia y severidad puede variar substancialmente a través del tiempo, los ajustes sociales y los contextos, pero ocurren en palabras específicas y en situaciones donde la tartamudez ocurría frecuentemente en el pasado.

En 2002, Santamaría y cols. (Santamaría, Guzman, Sánchez, & Marín, 2002), después de hacer una revisión bibliográfica, establecieron unos parámetros de evaluación para adolescentes y adultos. En esta, presentaron un proceso de evaluación que se condensa a continuación (TablaN°10):

PROCESO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA (SANTAMARÍA, GUZMAN, SÁNCHEZ, & MARÍN, 2002)		
PROCEDIMIENTO	**INSTRUMENTO**	**OBJETIVO**
Anamnesis	Evaluación de la tartamudez.	Recolectar información general.
Análisis de registro de habla	Videograbación de respuestas, lectura, descripción de imágenes, etc.	<u>Errores de dicción:</u> ✓ Repetición de sílabas. ✓ Pausas. ✓ Numero de bloqueos. <u>Síntomas motóricos o balbismos:</u> ✓ Tensión muscular. ✓ Movimientos de cejas. ✓ Cierre de los ojos. ✓ Etc.
Entrevista al adolescente y al adulto	• Escala WINGATE. • Medida de las actitudes ante la comunicación. • auto informe escrito.	✓ Conocer la gravedad objetiva y subjetiva de la tartamudez. ✓ Definir grado y tipo de trastorno.
Entrevista estructurada a	Cuestionario para padres.	Conocer el sistema y la

los padres (pacientes de 14 a 18 años)		estructura familiar.
Exámenes complementarios	• Lenguaje: ITPA, THIBERGE, PPUT. • Personalidad: Factores de personalidad. Auto-test verdadero falso sofisticado. Inventario de ansiedad STAI. • Test de inteligencia: Harris. Audición dicótica. • Cartografía. Electroencefalograma. • Potenciales evocados visuales.	

Tabla 7: Síntesis de Proceso De Evaluación Diagnóstica propuesto por Santamaría y cols, 2002

En este proceso de evaluación se incluyen exámenes complementarios que, acorde con cada caso, el paciente deberá ser derivado a los respectivos profesionales idóneos.

Otra propuesta de evaluación, pero en inglés[9], es la presentada por Montgomery (2006). En esta, ella establece un programa de evaluación y tratamiento (expuesto más adelante), guiándose por diversos autores. Los pasos propuestos para el proceso de evaluación son:

PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN (MONTGOMERY, 2006)	
INSTRUMENTO	**OBJETIVO**
Historia clínica	Recopilación de antecedentes e información general de la aparición de la tartamudez.
PSI - Perceptions of Stuttering Inventory[10]	Identifica comportamientos de Evitación, luchas y expectativas
WASSP – Wright & Ayre Stuttering Self-Rating Profile	Indaga sobre los comportamientos de tartamudez, sentimientos de frustración, vergüenza, miedo. Desventajas en el hogar, sociedad, trabajo.

[9] Desafortunadamente, muchos de los protocolos de evaluación usados en su propuesta, no cuentan con versión en español.

[10] Para conocer el PSI referirse a http://www.psitest.org/theevaluation.php

OASES – Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering	Pregunta sobre la fluidez, reacciones personales, dificultades con la comunicación funcional y el impacto en la calidad de vida.
Videograbación	Establecer puntaje y porcentaje de las palabras disfluentes.

Tabla 8: Síntesis de Proceso De Evaluación Diagnóstica propuesto por Montgomery, 2006

6.8 INTERVENCIÓN

6.8.1 CUÁNDO INTERVENIR?

Un interrogante que se plantean muchos terapeutas es cuando intervenir. En población infantil. Muchos optan por la opción de esperar basándose en el fenómeno de remisión espontánea que lanza porcentajes que oscilan entre el 75% y 85% (Yairi y Ambrose, 1992); otros porque creen que esperar unos meses no supone ningún prejuicio puesto que no decrece la eficacia de los tratamientos en estas edades.

Algunos autores como Curlee (1999) y Yairi (1997) proponen posponer la terapia directa sobre los 18 meses si el niño no muestra angustia. Durante este período sugieren educar a los padres para que monitoreen la fluidez del niño y, si se observan patrones de disfluencia, evaluar a los niños y tomar decisiones.

Serra (1982) apoyándose de la teoría de Van Riper, Bloodstein, entre otros, indica que la intervención debe proponerse de acuerdo con la fase y estado evolutivo en el que se encuentre la tartamudez. En la primaria, el objetivo principal es la "prevención del hábito de los bloqueos por el ambiente", modificando los hábitos comunicativos en la familia y la escuela. En el período transicional se recomienda una "terapia genérica inespecífica de soporte comunicativo". En la secundaria se buscará una modificación de actitudes a partir de hechos y actos concretos. (Serra, 1982)

Rodríguez (2000) menciona que "el tipo de inicio no parece marcar la futura evolución del trastorno" (p.142), tampoco la severidad. Por lo tanto, propone empezar a intervenir desde que

aparezcan las disfluencias, estando a favor de una intervención temprana ya que, entre más temprana sea, mayores son las posibilidades de que sea exitosa y, además, no van a acrecentar el problema.

MODELO INTEGRADOR PARA TOMAR DECISIONES:

En 2000 Rodríguez propuso un modelo integrador que busca contribuir a la toma de decisiones con respecto a cuándo tratar la tartamudez y la modalidad, en niños menores de 6 años, teniendo en cuenta tres interrogantes ¿es una tartamudez o una disfluencia normal?, ¿se trata de una tartamudez ya establecida? Y ¿qué posibilidades tiene la tartamudez de hacerse crónica?. Esto se ilustra mejor en la Figura N°5.

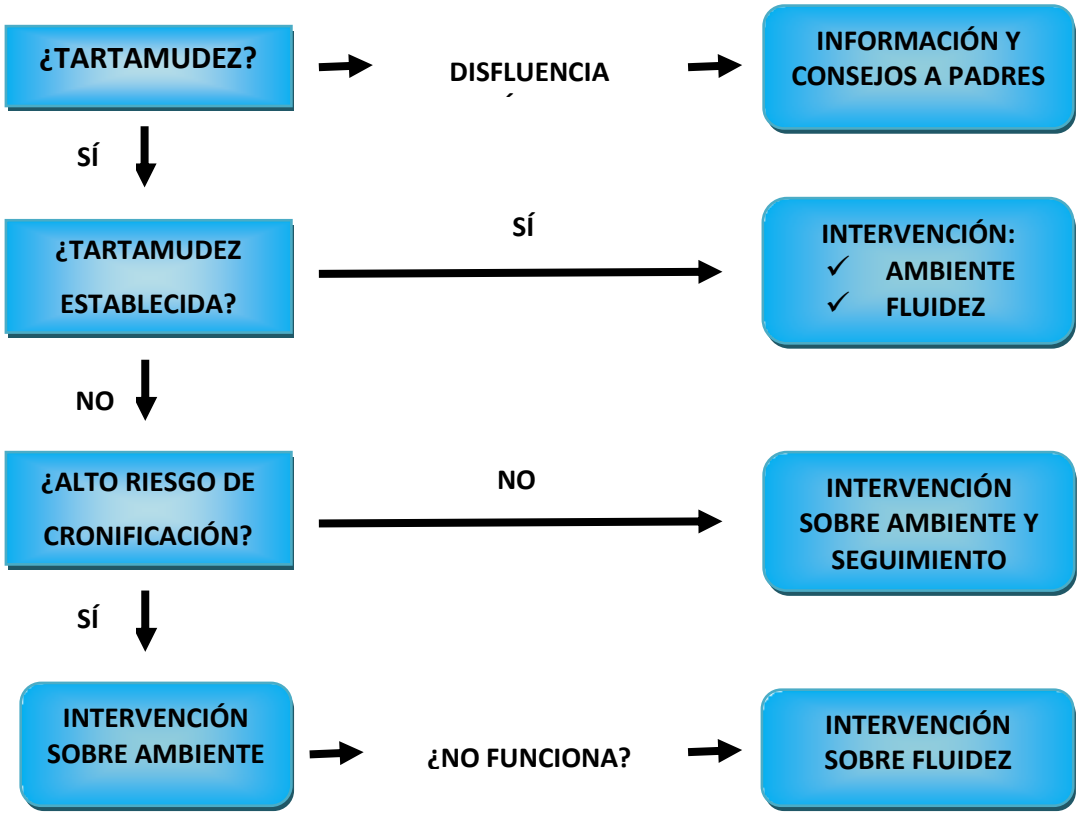


Figura 5: Modelo para tomar decisiones

Lo primero, es establecer luego de entrevistas y muestras de habla, si el niño presenta una tartamudez o una disfluencia normal, teniendo en cuenta los siguientes criterios establecidos en la Tabla N°12.

CRITERIOS DIFERENCIALES: TARTAMUDEZ VS DISFLUENCIA NORMAL (RODRÍGUEZ, 2000)	
Frecuencia:	
Disfluencias > 10%	□
Tipo:	
Disfluencias Tipo Tartamudez > 3%	□
> 25% de prolongaciones.	□
Repeticiones rápidas.	□
> 25% de repeticiones con dos o más unidades.	
> 33% de disfluencias agrupadas en bloques de tres o más.	□
Presencia de tensión muscular y movimientos asociados (mov. Globo ocular y parpadeos).	□
Evolución: Se han producido desde el inicio cambios como	□
- Aumento de las disfluencias (si mayor de 3 años).	□
- Aparecen cada vez más situaciones.	□
- Repeticiones más rápidas.	□
- Aumento de tensión.	

Tabla 9: Diagnóstico diferencial entre tartamudez y disfluencia normal.

Si no cumple con los criterios de tartamudez, se darán indicaciones a los padres sobre posibles cambios en los factores ambientales y se hará seguimiento al caso.

Lo segundo, es determinar si la tartamudez se ha establecido. Aquí se apoya la decisión en los criterios de tartamudez ya establecida (Tabla N°13)

CRITERIOS DE TARTAMUDEZ YA ESTABLECIDA (RODRÍGUEZ , 2000)	
1. Conciencia clara de problema.	□
2. Presencia de conductas de escape: esfuerzo, movimientos asociados, etc.	□
3. Evitación de personas, situaciones, palabras.	□
4. Sentimientos negativos: miedo, vergüenza o frustración.	□

Tabla 10: Tartamudez establecida.

Cuando el niño cumple con estos criterios, se deberá optar por terapia directa, además de modificar los aspectos ambientales. Cuando no los cumple, se tendrán en cuenta los predictores de cronificación (Tabla N°14)

PREDICTORES DE CRONIFICACIÓN (RODRÍGUEZ, 2000)	
1. Antecedentes familiares de tartamudez persistente.	□
2. Trastorno de habla o lenguaje asociado.	□
3. Más de 14 meses desde el inicio.	□
4. Ser varón.	□
5. Tasa de habla rápida.	□

Tabla 11: Predictores de cronificación

Si la tartamudez no cumple con los predictores de cronificación se hará terapia indirecta buscando modificar las condiciones ambientales a través de los padres, debido a que la tartamudez posiblemente remitirá de manera espontánea. Si por el contrario se encuentran estos predictores, se deberá hacer terapia indirecta y directa, con el fin de mejorar su fluidez.

Es importante señalar que antes de los seis años es difícil encontrar tartamudez establecida.

6.8.2 CÓMO INTERVENIR?

El abordaje terapéutico varía con la edad del paciente. Para algunos, la terapia indirecta se realiza en niños de 2 a 6 años apoyada en los padres, con el fin de brindar asesoría para modificar, principalmente, aspectos ambientales. Para otros, es necesario trabajar directa e indirectamente. De Sonneville-Koedoot y cols. (2015) establecieron que, tanto la terapia directa como la indirecta, lograban disminuir la tartamudez rápidamente durante los primeros tres meses de tratamiento.

En los niños de 7 a 12 años se realiza terapia directa. Y en los adolescentes y adultos, la intervención se adapta a las características personales, sociales y laborales. (Fernández-Zuñiga, Disfemias, 2014)

La terapia indirecta incluye que los padres ajusten la velocidad de la voz, la toma de turnos, la forma y contenido de sus discursos y las estrategias de reconocimiento. (Berstein y Guitar, 2006)

TÉCNICAS DE CONTROL DE HABLA:

Existen una serie de técnicas de control del habla que logran reducir el tartamudeo, sin embargo, no se logra hacer la transferencia y, por lo tanto, no se mantienen en el tiempo. Fernández-Zuñiga (2007) resumió estas técnicas, las cuales se presentan en la Tabla N°15.

TÉCNICAS DE CONTROL DEL HABLA	
Reducción de la velocidad del habla	Reducir la velocidad del habla facilita la formulación del lenguaje, los movimientos articulatorios, así como la coordinación de la respiración, articulación y fonación para la producción de un habla fluida.
Habla rítmica	Consiste en que el niño sincronice las silabas y palabras siguiendo un ritmo. A veces se usa un metrónomo para marcar los golpes y la longitud de la emisión por golpe.
Facilitación de la coordinación motora oral	El habla mejora si se facilita la coordinación motora realizando movimientos suaves, lentos y precisos.
Establecimiento de contactos	Esta técnica incide en realizar movimientos de los

articulatorios leves	músculos articulatorios lentos, prolongados y relajados. Si se minimiza la tensión en la articulación se reduce el tartamudeo.
Comienzo fácil	Este método se realiza iniciando el habla con un comienzo suave y gradual de la fonación y con una espiración suave.
Relajación	Se basa en el uso de entrenamiento de relajación. La relajación es un antagonista en las sensaciones de ansiedad y de tensión.
Desensibilización.	Desensibilizar significa reducir la respuesta a un estímulo determinado. Esta reducción de la respuesta se produce cuando se utiliza la relajación y se inhibe la ansiedad en presencia del estímulo que lo provoca. Se usa con la construcción de una jerarquía de situaciones de habla temidas.
Control de la respiración	El control de la respiración y una respiración adecuada, son aspectos importantes para disminuir el tartamudeo en los niños. No se usa como técnica aislada.
Enmascaramiento	Con el enmascaramiento el tartamudo habla simultáneamente a un ruido de elevada intensidad que reduce el feedback auditiva. Por medio de este sistema el sujeto reduce sus dificultades de habla.
Retroalimentación auditiva demorada (RAD)	El habla normal se altera severamente si se retarda artificialmente la transmisión de la retroalimentación auditiva (RAD) por alguno de los tres canales existentes. La terapia consiste en adaptar el habla a los efectos de la RAD, es decir, contrarrestar sus efectos prolongando la duración del sonido tratando de que la transmisión entre sonidos y silabas sea lenta.
Seguimiento y habla en coro	El seguimiento consiste en seguir el habla de otra persona retrasándose unas silabas de su emisión o hablando simultáneamente.
Aumento de la longitud y la complejidad	En la medida que disminuye la longitud y la complejidad de las frases, es menor la probabilidad de que aparezca el tartamudeo del habla del niño.
Cancelación	El procedimiento se basa en que cuando el tartamudo dice una palabra tartamudeada debe parar intencionalmente, intentar decirla de nuevo y continuar hablando.

Tabla 12: Síntesis de Técnicas (Fernández-Zuñiga, 2002)

A continuación, se presentan algunas propuestas de modelos de intervención para las diferentes edades, reforzando la idea que “no existe receta” para abordar la tartamudez.

A.) INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PREESCOLARES:

- **Programa Lidcombe:**

Es un programa australiano de tratamiento conductual donde se enseña a los padres, por medio de demostración en sesiones con terapeuta, a dar retroalimentación efectiva para el niño y a medir la puntuación de la tartamudez. Esta puntuación se usa para: verificar que el tartamudeo del niño está mejorando o no y hacer ajustes, determinar cuándo ha cumplido con los criterios de recuperación del habla y, para comprobar que el discurso del niño se mantiene a largo plazo.

Se lleva a cabo en dos fases. En la primera, los padres y el niño asisten una vez a la semana a la consulta y el tratamiento se realiza diariamente. Dura aproximadamente 11 visitas al terapeuta en llegar a cero o cerca de cero tartamudeos(Jones, Onslow, Harrison, & Packman, 2000). En la segunda fase, se mantiene el habla (pocas o ninguna disfluencia) mínimo por un año, realizando menos intervenciones y también, menos visitas a la terapeuta. Es un programa personalizado para cada familia.

De Sonneville-Koedoot y cols. (2015) lo emplearon como tratamiento directo, evidenciando que durante la primer fase se logró la disminución de tartamudeo de sílabas a ≤ 1%. En la segunda etapa la fluidez se mantuvo.

- **Modelo de Demandas y Capacidades:**

Se basa en que las capacidades del niño para la fluidez dependen de los niveles de desarrollo del control motor del habla, del desarrollo del lenguaje, del funcionamiento social y emocional y del

desarrollo cognitivo y su interacción con el ambiente, con la presión para usar lenguaje más complejo, con altos niveles de excitación y ansiedad y con demandas de los padres.

Las metas de este modelo son incrementar las capacidades del niño en las áreas motora, de lenguaje, emocional y cognitiva, o dejarlas desarrollar naturalmente, mientras se reducen las demandas comunicativas ambientales a través de consejería y entrenamiento a los padres, hermanos, profesores y cuidadores del niño. Como estrategias específicas incluye cambiar el comportamiento de los padres en las interacciones comunicativas, como el número de preguntas, de interrupciones y de reacciones negativas verbales y no verbales. El tratamiento directo en los niños incluye la reducción de las reacciones negativas a la disfluencia, el uso de mecanismos de habla con reducción de la tensión muscular, habla lenta, lenguaje simple, uso de comportamientos normales no fluentes y más toma de turnos.

Los componentes a trabajar se deciden luego de una evaluación inicial. El terapeuta evalúa si haciendo modificaciones a esos componentes la tartamudez varía y allí empieza un período de prueba del tratamiento para ver si aminoriza el tartamudeo.

Aunque hay reportes que indican que se logra una fluidez normal después del tratamiento, no hay datos que soporten esto (Packman, A.; Onslow, M.; y Attanasio, J., 2004)

- **Programa de intervención temprana por Fernández-Zuñiga:**

Fernández-Zuñiga (2007) señala que el programa se realiza con dos estrategias: el asesoramiento a padres y la intervención directa al niño. Como se resumen en la Tabla N°16, el programa establece unas estrategias de trabajo para alcanzar unos objetivos.

Esta intervención es de tipo preventivo, buscando un habla fluida en el niño, evitando que el trastorno se afiance.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA (FERNÁNDEZ-ZUÑIGA, 2007)		
TIPO DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS DE TRABAJO	OBJETIVOS
INTERVENCIÓN CON LOS PADRES	*Sesiones de orientación*	✓ Brindar información sobre las características, evolución y factores influyentes en la adquisición y mantenimiento. ✓ Se describen las características del habla del niño. Se explica sobre las disfluencias normales y como pueden estas cronificarse o desaparecer. ✓ Se da respuesta a las preguntas de los padres. ✓ Se explica acerca de las variaciones que puede presentar el habla del niño y a como interfiere el estrés en el tartamudeo. ✓ Se informa sobre la evolución que va teniendo el niño. ✓ Se informa sobre el origen desconocido y los factores que influyen en ella. ✓ Se informa sobre los efectos positivos y negativos de tener un tratamiento preventivo. ✓ Se explica lo social del proceso de comunicación y cómo este puede influir positiva o negativamente sobre el niño. ✓ Se explica cómo las situaciones de estrés, la presión de tiempo, la competencia, etc.; afectan el habla del niño. ✓ Se dan orientaciones para eliminar los factores que reduzcan la posibilidad que el niño aprenda a bloquearse. ✓ Se proporcionan pautas por escrito sobre el problema.
	Práctica diaria: intercambio padre-hijo de 20 minutos.	✓ Facilita que los padres se impliquen en la terapia. ✓ Les da la posibilidad de realizar trabajo concreto en casa que ayude a enfrentar el problema y a disminuir los niveles de ansiedad. ✓ Tiempo de calidad que mejora la relación. ✓ Ofrece a los padres una estructura en la que pueden practicar las conductas que se quieten modificar y ensayar los ejercicios programados en la sesión. ✓ Debe ser satisfactoria tanto para el padre como para el hijo. Puede incluir juegos o ejercicios en el que intervenga lenguaje y comunicación.

	Registros de conducta	✓ Los padres deben registrar datos del habla del niño (Formato de registros de conducta)[11]
	Modificar actitudes y conducta	Se pide a los padres que observen la forma que tienen de comunicarse con su hijo y que modifiquen aquellas conductas que pueden influir en el habla del niño: ✓ Actitudes negativas hacia el habla: eliminar conductas verbales y no verbales que interfieran en la comunicación y que puedan dificultar el habla del niño. ✓ Reducir la exigencia: la actitud de los padres con respecto al cumplimiento de normas y la disciplina puede ser muy exigente para el niño, si los padres imponen en el ambiente familiar normas excesivas para cumplir y valoran escasamente la consecución de las mismas. ✓ Aumentar la frecuencia de refuerzos: el refuerzo adecuado a la situación aumenta la seguridad en el niño. ✓ Hablar sobre el problema: utilizar palabras que sean significativas para el niño que le demuestren comprensión pero que el comentario no rompa con el hilo de la comunicación. ✓ Adaptar el lenguaje a las dificultades del niño: reduciendo el número de preguntas, reduciendo la velocidad del habla de las personas que se dirigen al niño, usar un lenguaje sencillo, mantener los turnos de palabra, hablar sobre situaciones y experiencias presentes, reforzar la comunicación y repetir lo que el niño dice.
	Organización del ambiente	✓ Modificar las condiciones ambientales explicándoles a los padres la relación que existe con la fluidez del niño (mantener rutinas, normalizar el sueño, etc.).
	Reacciones emocionales	✓ Restablecer las rutinas en las que el niño se sienta afectivamente atendido y se vayan disminuyendo sus reacciones emocionales.
	Estructura de las sesiones	Inicialmente una sesión semanal, luego pueden ser quincenales.

[11] Anexo N°3

	Casos especiales	✓ Derivar a otros profesionales cuando sea necesario.
INTERVENCIÓN DIRECTA CON EL NIÑO	*Modelo de habla*	✓ Eliminar el esfuerzo y los atascos.
	Sesiones de juego	✓ Favorecer la expresión espontanea por medio de actividades de corta duración.
	Actividades lingüísticas	✓ Instaurar la expresión fluida por medio de la combinación de varias técnicas de control de habla[12].
	Juegos	✓ Instaurar los conceptos lento/rápido, fuerte/flojo, deslizarse, estirarse.

Tabla 13: Síntesis de Programa de intervención temprana (Fernández-Zuñiga, 2007)

B.) INTERVENCIÓN EN ESCOLARES:

- **Intervención con escolares de Fernández-Zúñiga:**

Fernández-Zúñiga (2007) propone un proceso de intervención con escolares en tres ámbitos: forma directa con el niño, trabajo con los padres y objetivos para el colegio.

Intervención directa con el niño: es necesario establecer una buena relación con el niño. Se le deben informar las metas a corto y largo plazo, las técnicas a utilizar, además de mantener la motivación, informar sobre el trabajo en casa y la generalización. Se inicia con el aprendizaje del control del habla donde se le enseña al niño el proceso de habla normal, se le describen los errores generales y los que él presenta, se analizan esos errores, se instaura un patrón del habla y se practica por medio de la lectura simultánea. De aquí se pasa a la jerarquía de situaciones donde se pone en práctica el control del habla en los diversos contextos, acorde con la jerarquización de importancia para el niño. Se continúa con el control de ansiedad donde se le enseña al niño a no evitar el habla ya que esto genera mayor ansiedad, por lo tanto, mayores dificultades. Se educa sobre técnicas de relajación tanto específica como generalizada y técnicas de control respiratorio. A partir de los 7-8 años se trabajan técnicas cognitivas de razonamiento, reflexión, entre otras, que ayuden a mantener una actitud positiva frente a la comunicación y el habla como pensar en voz alta, autoinstrucciones, etc., reforzando el autocontrol. Se continúa

[12] Ver "Técnicas de control del habla" pp.35

con el entrenamiento en habilidades sociales entrenándolo para afrontar diversas situaciones y manejar las burlas. Estas se pueden trabajar individual o en grupo. Por último, la generalización de la nueva forma de hablar, se enfrenta al niño a situaciones donde ponga en práctica todo lo aprendido durante la terapia.

Intervención con los padres: se inicia con sesiones de orientación donde se les da asesoría con el fin de que ajusten sus expectativas a la realidad del niño. Se informa sobre el tratamiento y la duración del mismo y se les intenta dar tranquilidad. Se les recomienda práctica diaria por medio de lecturas, juegos o conversaciones de temas de interés del niño manteniendo ciertas indicaciones de la manera como deben comunicarse con él, el tipo de vocabulario a emplear, la estructura de las oraciones, etc. Es importante que la actitud de los padres favorezca las opiniones e iniciativas del niño hacia la comunicación. Siguiendo con el proceso, se sugiere realizar registros de conducta con el fin de identificar los cambios que el habla del niño presenta en diversas situaciones y contextos. Se prosigue con modificar actitudes y conductas que no benefician al niño, como las interrupciones, las correcciones del habla, las presiones sobre el tiempo, velocidad, el alto nivel de exigencia, etc. La idea central, es generar cambios que ayuden con el fortalecimiento de la autoestima del niño. El hablar sobre el problema con el niño puede ayudar a que el niño vaya entendiendo mejor la tartamudez y no se cohíba de continuar comunicándose cuando presente disfluencias. Es necesario adaptar el lenguaje a las dificultades del niño reduciendo el número de preguntas, reduciendo la velocidad del habla, usando un lenguaje sencillo, manteniendo los turnos de palabra y reforzando la comunicación. Se debe organizar el ambiente para que no haya tantas modificaciones que generen efectos negativos en el niño. Se deben dar algunas indicaciones frente a las reacciones emocionales que el niño pueda tener. La estructura de las sesiones se establecerá con los padres, indicando sesiones semanales al inicio, las cuales se irán distanciando. En estas se indicará cómo practicar con el niño y se le modelará diversas situaciones necesarias a cambio. Por último, en alta y prevención de recaídas se irá dando de forma paulatina el fin del tratamiento y se darán estrategias a los padres para que, en caso de que reaparezcan las dificultades, actúen y, de ser necesario,

vuelvan a consultar. El progreso de la terapia debe ser registrado y mostrado a los padres y al niño, indicando los logros obtenidos.

Intervención con el profesor: debido a la gran importancia que tiene el profesor en el escolar, es necesario trabajar con él en facilitar una actitud adecuada frente al tartamudeo, aceptando los intentos comunicativos del niño, no forzándolo a hablar y dándole la opción de participar en clase. Es importante que lo deje hablar y no le termine la frase. También, es importante evaluar el sistema de premios que está recibiendo, con el fin de determinar si este beneficia la autoestima y la motivación del niño. Es necesario que el habla del profesor esté ajustada en cuanto a la velocidad y complejidad, acorde al nivel de exigencia lingüístico del niño. Se recomienda habla pausada, lenta y que facilite la conversación. Se deben dar recursos concretos al profesor para facilitar el habla del niño, por medio de conversación o escritos, sobre los métodos con los cuales los niños con tartamudez hablan más fluido y las situaciones que influyen en la tensión del niño, entre otras. Es importante dar indicaciones para favorecer la participación en las actividades del aula debido a que los niños con tartamudez suelen ser retraídos. Estas actividades pueden ser o no de comunicación; lo importante, es que permitan que el profesor pueda reconocer un buen trabajo y esfuerzo del niño frente a los demás compañeros. Es necesario graduar las intervenciones del niño, buscando situaciones sencillas para él y que no generen estrés. Por último, es importante manejar las burlas, por parte del profesor, para evitar conflictos; además de la preocupación y desanimo que pueden generar en el niño con tartamudez.

C.) INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES Y ADULTOS:

- **Modificación de los hábitos psicolingüísticos y creación de mecanismos de defensa comunicativa:**

Serra (1982) expuso este método el cual se divide en tres fases. La primera fase es *información*. En esta, se intenta explicar a la persona qué es la tartamudez, cómo se enmarca en su

comunicación, por qué es afectada, qué la afecta. Luego, se explica qué es la terapia, sus problemas, posible evolución y las condiciones mínimas.

La segunda fase es *análisis y reflexión*, donde se intenta conocer y modificar las opiniones sobre el problema. Se estudian sus hábitos psicolingüísticos determinando cómo reacciona el habla en diferentes situaciones, formas, personas, funciones y niveles.

La tercera fase es *mecanismos de defensa comunicativa* y consiste en que el paciente con tartamudez aprenda recursos verbales y no verbales que le permitan tener las condiciones mínimas. En esta fase se emplean algunas técnicas como repetir la pregunta, emplear patrón rítmico, etc.

Todo el proceso es personalizado ya que se ajusta a las funciones y niveles de comunicación con sus connotaciones emocionales, para cada individuo y en el momento en que está.

- **Terapia cognitiva conductual orientada por fonoaudiólogos:**

Menzies y cols. (2009), partiendo del desarrollo de ansiedad social que se produce en las personas con tartamudez, justifican la necesidad de incluir el manejo de la misma en la terapia de habla, debido al impacto negativo que ésta tiene en la tartamudez. Proponen cuatro componentes que podrían estar incorporados en los tratamientos de habla de personas con tartamudez. Estos son *exposición*, *experimentos de comportamiento*, *restructuración cognitiva* y *entrenamiento de la atención*.

Exposición: la persona es expuesta a una situación que le genera miedo o ansiedad. Es obligada a permanecer hasta que el nivel de ansiedad empiece a disminuir. En la terapia de habla, el objetivo es que la persona practique habilidades de fluidez en situaciones donde se incremente la dificultad y el miedo. Cada exposición es repetida hasta que la persona pueda completarla con relativa facilidad. Un programa de exposición puede incluir de 10 a 15 situaciones como, por

ejemplo, usar el teléfono, hablar a gente respetada o con autoridad, interactuar con personas por primera vez, reunirse con amigos que hace mucho tiempo no ve, presentaciones grupales, etc.; luego, reflexiona si el miedo que sentía antes de que sucediera la situación era justificado.

Experimentos de comportamiento: otro miedo que las personas con tartamudez manifiestan es la evaluación negativa de los otros a su tartamudez. Se propone una situación en la que él tartamudeará voluntariamente y grabará sus predicciones acerca de lo que pasará[13]. Luego, se suscita la situación y analizan los resultados. Estos son usados para realizar nuevas predicciones. Un ejemplo de esta actividad es ir a una tienda, pedir algo y tartamudear voluntariamente por 10 o 15 segundos.

Restructuración cognitiva: se analizan cada uno de los ítems del listado de "Declaraciones De Pensamientos Y Creencias En La Tartamudez"[14] con la guía de restructuración cognitiva[15]

Entrenamiento de la atención: La persona es sentada en una postura confortable, con los ojos cerrados y se les pide que se centren en un conteo de respiraciones. Con cada inspiración, el individuo cuenta mentalmente. Con cada expiración, el individuo escucha en su mente "relajación". La persona es instruida para realizar diariamente por 5 minutos este simple procedimiento de meditación. No es un procedimiento de relajación muscular per se, pero beneficia.

- **<u>Programa de terapia integral:</u>**

Montgomery (2006) presentó el trabajo que lleva desarrollando por más de 25 años dirigido, principalmente, a adolescentes y adultos que presentan tartamudez. Inicia con el proceso de evaluación[16], para conducir a un proceso de tratamiento con enfoque integral donde se

[13] Anexo N°9
[14] Anexo N°8
[15] Anexo N°10
[16] Modulo de evaluación pp. 30.

combinan la modificación de la tartamudez y la organización de la fluidez con el trabajo emocional, físico y los aspectos mentales de la tartamudez (afectividad, conducta y aspectos cognitivos).

Es un programa intensivo, flexible e individualizado en el que los pacientes se convierten, después del tratamiento, en sus propios terapeutas. Este programa incluye: aceptación de la tartamudez, liberación de la evitación, cambio de actitudes y emociones, técnicas para tartamudeo fácilmente (modificación de la tartamudez), generación de más fluidez a través del reentrenamiento de los músculos del habla (organización de la fluidez) y opciones para el manejo del habla. Todos estos componentes son presentados de forma secuencial.

Componente 1: educación. Es una sesión intensa en la que se reúnen cerca de 8 personas con tartamudez. Allí, cada uno expone sobre lo que conoce de la teoría de la tartamudez. La terapeuta también hace una presentación de su experiencia y de los conocimientos de tartamudez. Aplica el OASES y realiza un video pre-tratamiento.

Componente 2: identificación y desensibilización de los momentos de tartamudez. Lo primero es trabajar en la eliminación/disminución de la evitación, instruyendo a las personas en que hagan lo que tengan que hacer tartamudeando; es decir, que se sientan libres de vivir su vida y que digan lo que quieran sin preocuparse de tartamudear o no. De esta forma, ellos logran entender las estrategias que emplean para evitar tartamudear e identifican lo que agranda el problema. El beneficio de trabajar el miedo y la evitación en fases tempranas es que el paciente queda más disponible emocionalmente para trabajar las habilidades de habla cuando estas son introducidas. Luego, se hace de la tartamudez el objeto de estudio, iniciando porque la persona haga una descripción de su tartamudez, conductas físicas, negatividad y evitación. Se procede en grupo a ver cada uno de los videos y se discute sobre: la calidad de la tartamudez (tensa o fácil), contacto visual, calidad de la voz; conductas de evitación (verbal y no verbal, circunloquios, pérdida de contacto visual); presencia de pausas, aclaramiento de garganta o decir “um”; tipos de disfluencias características; evidente tensión o relajación física; conductas

de escape; los sentimientos y pensamientos antes-durante-después de hablar. Cuentan sus conductas y las anota en una libreta con dos columnas, que se les entrega, escribiendo en una tartamudez y en la otra evitación. De esta forma empiezan a identificar los bloqueos. Se continúa con el trabajo en el espejo y la congelación. En este, se inicia con espejo y luego sin él. La persona empieza a hablar y cuando tiene un momento de tartamudez el terapeuta aprieta el puño, el paciente queda congelado. El terapeuta empieza a soltar su puño lentamente y el paciente continúa. Si fue una repetición, continúa repitiendo hasta que termina la señal y allí pasa al siguiente sonido. Si fue una prolongación, prolonga hasta la señal. Si es un bloqueo, congela el bloqueo e identifica las partes del cuerpo que fueron afectadas y cómo.

Componente 3: desensibilización a las reacciones del oyente. Aquí, la idea es generar situaciones en las que la persona tenga contacto en situaciones reales (tiendas, teléfono, etc.) con personas no tartamudas, donde deba hacerles preguntas acerca de la tartamudez. La idea es cambiar la concepción de la persona y que empiece a aceptar y tomar acción.

Componente 4: manejando momentos de tartamudez. Se trabajan varios ejercicios de articulación libre de tensión. Primero se trabajan las consonantes en el orden de continuas, fricativas y plosivas; luego las vocales, prolongando el sonido. Las personas con tartamudez aprenden a crear y sentir los sonidos iníciales con un ligero contacto articulatorio.

Componente 5: entrenamiento motor. Se inicia con la respiración para hablar, donde se incluyen actividades como ejercicios de conciencia respiratoria, educación respecto a la respiración diafragmática y como trabaja la respiración normal, educación respecto a la respuesta "lucha o vuelo", conciencia de la función diafragmática y de la caja torácica, introducción a la "secuencia respiratoria en 4 pasos" y la discusión y racionalización de cada paso. El propósito de estos es lograr que el paciente sienta la coordinación y no, simplemente, hable fluido.

Componente 6: cambios afectivos y cognitivos. Partiendo de la idea que una autoimagen negativa genera un efecto importante en la tartamudez e impiden un avance, es necesario

cambiar esos pensamientos negativos. Para esto se propone la meditación para generar claridad y focalización mental.

Componente 7: integración. Para mantener los avances conseguidos, es necesario que el usuario se convierta en su propio terapeuta por medio de un plan que es entregado al paciente para que, por un período de 2 meses él realice varias actividades diarias que incorporen todo lo trabajado.

Componente 8: seguimiento. Propone ofrecer diferentes opciones de seguimiento, ya sea, sesiones en grupo, individuales, etc. La idea es brindar soporte al paciente para refrescar lo trabajado durante el programa y mantener los avances obtenidos.

Componente 9: educación pública. Se brinda a familiares y cercanos ayuda para romper con la ignorancia del tema de la tartamudez. Esto, con el fin de romper el estigma asociado con el desorden.

Los resultados de este tratamiento son bastante positivos con respecto a la fluidez, pero "lo más importante es que la tartamudez ya no controla las decisiones de vida" (Montgomery, 2006, p.201).

6.9 TRATAMIENTOS POR MEDIO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

A continuación, se presentan algunos de los dispositivos electrónicos que son implementados en el tratamiento de la tartamudez.

- **Delayed Auditory Feedback (DAF)**

El DAF involucra una tecnología que retorna la señal de habla a los oídos del oyente con una demora predeterminada generalmente en un rango de 50 a 250 ms. Ofrece mejorías en las personas con tartamudez, logrando una disminución en la velocidad del habla y por ende,

mejorando la fluidez. Lo malo del dispositivo, es que, por un lado, los efectos desaparecen inmediatamente después de apagar el dispositivo y por otro, no se logra una mejoría de la fluidez del habla en todos los pacientes. Algunos pacientes requieren de entrenamiento para poder lograr mejoría.

El DAF también brinda beneficios en el tratamiento de la tartamudez ayudando en las técnicas de fonación prolongada y de articulación con contacto suave.

- **Frequency Altered Feedback (FAF)**

El FAF es un dispositivo que generalmente acompaña al DAF. Su función es retornar la señal permitiendo la modificación de la frecuencia (aguda-grave).

Es una tecnología bastante nueva y aun no se conocen los efectos que puede tener en el cambio de la fluidez del habla. Kalinowski y Dayalu (2002) sugieren que el FAF puede dar la impresión al oyente de estar con otra persona, lo que produce un enmascaramiento de su propia voz, generando cambios en la fluidez. Pero aún no se comprueba su efectividad en el manejo de la tartamudez.

- **SPEECH EASY©**

El Speech Easy© es un dispositivo diseñado para contribuir al aumento de la fluidez. Es relativamente costoso e incluye un molde intra canal auditivo y una sesión con terapeuta para la enseñanza de su manipulación. Viene con funciones de DAF, FAF y EVAT. El DAF comprende una demora de la señal que se extiende hasta los 120 a 220 ms. El EVAT es la tecnología de

activación efectiva de la voz que reduce la presencia de ruido en la señal del DAF/FAF.



Ilustración 1: Speech Easy©

- **The Facilitator™ (Kay Elemetrics)**

El Facilitator™ es una herramienta clínica que incorpora cinco modos distintos de retroalimentación auditiva: amplificación, repetición, DAF, enmascaramiento y metrónomo. Fue diseñado para el tratamiento en patología vocal. Las opciones de DAF, enmascaramiento y metrónomo ayudan al terapeuta en el tratamiento de la tartamudez. El DAF brinda la opción de selección entre 10 y 500 ms. El enmascaramiento permite la selección de ruido blanco y rosado con una intensidad que llega a los 26dB. El metrónomo permite incrementar 5 pasos por minuto con un rango que va desde los 50 a 150 clics por minuto.

- **Auditory Feedback Tools®**

El Auditory Feedback Tools® es una réplica del Facilitator pero adaptado para computador.es una opción para Kay's CSL y Multi-Speech, los moduladores para análisis de voz que contienen

los programas de Visi-Pitch III y IV y el programa Sona-Speech. Estos programas no poseen FAF.

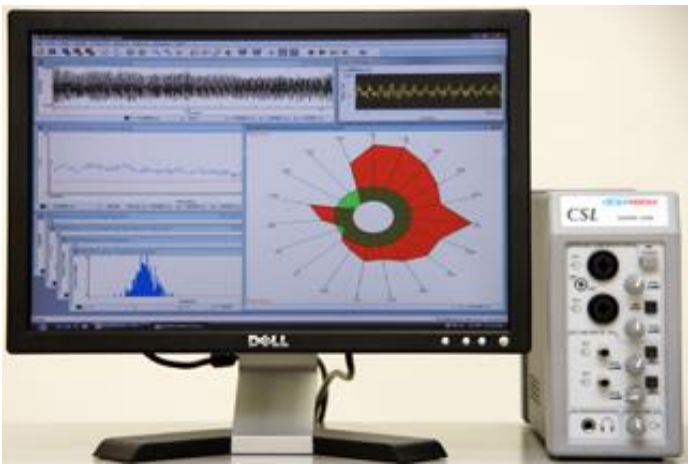


Ilustración 2: Multi-Speech

En resumen, los dispositivos son útiles principalmente para el trabajo terapéutico, pero no como solución definitiva a la tartamudez. Son costosos y, por lo tanto, de difícil acceso para la población en general. Si no son bien usados, pueden tener consecuencias a nivel auditivo.

Es necesario que se provea de un entrenamiento en su uso, además de indicaciones de higiene y seguridad para su uso.

7 CONCLUSIONES

La tartamudez es un trastorno en la fluidez del habla que se caracteriza por presentar disfluencias como prolongaciones, repeticiones de palabras, bloqueos, etc. Es frecuente que las personas que conviven con la tartamudez tengan personalidades ansiosas y, debido a los efectos que estas tienen en su vida, tengan un bajo auto estima y una inadecuada autoimagen.

Aunque no se conoce la real causa de la tartamudez, se sabe que es el resultado de factores físicos, psicológicos y ambientales lo que la desencadena. Suele ser más frecuente en hombres que en mujeres.

Antes de los 6 años no es posible establecer un diagnóstico de tartamudez, sino que las características disfluentes que pueda presentar el niño, pueden ser producto de un proceso del desarrollo que, con el adecuado apoyo, pueden desaparecer y dar paso a una fluidez normal.

Para realizar un adecuado diagnóstico es necesario contemplar los aspectos propios del habla más los ambientales y los emocionales.

Un adecuado proceso de evaluación permitirá plantear los objetivos a alcanzar en la terapia. Además, dará lineamientos para la realización de la misma.

En el caso de identificar patrones de disfluencia alarmantes, es recomendable realizar una intervención temprana en la que se trabaje directamente con los padres, indirectamente con el niño y se indiquen las adecuaciones necesarias en el ambiente. Esto conllevará a que la tartamudez no se haga crónica.

Entre más pronto se haga el tratamiento para las disfluencias del habla, mayores y mejores serán los resultados.

Todos los modelos de intervención en tartamudez señalan la importancia de trabajar el cambio de “mentalidad” que la persona con tartamudez tiene del desorden y de la reacción de las demás personas. Es de gran relevancia trabajar sobre la evitación, el miedo y contribuir en generar autoconfianza. Esto permitirá, además de un efecto positivo en los resultados terapéuticos, un incremento en la autoestima y la auto aceptación de la persona y, por ende, una mejora en la calidad de vida.

8 VALORACIÓN PERSONAL

El presente trabajo es un leve esbozo, dentro de toda la teoría existente, al tema de la tartamudez. Amplía el panorama a lo que significa el trastorno y brinda las bases a nivel de definición, diagnóstico y tratamiento en las diversas edades.

A nivel personal, me permitió comprender muchas de las situaciones manifestadas por las personas con tartamudez con las que he tenido contacto, las emociones que sienten y las situaciones a las que se enfrentan desde su realidad. Me despertó mayor interés por especializarme en el área y contribuir en la mejora de la calidad de vida de estas personas por medio del apoyo terapéutico.

En el aspecto social, me dio a entender que, a nivel comunitario, es necesario educar a la población general con relación al trastorno, con el fin de disminuir las burlas, presión, mal trato y discriminación a los que se enfrentan las personas con tartamudez.

Si bien, es un esbozo, da la información primordial para iniciar un trabajo que abarque muchas de las necesidades terapéuticas de las personas con tartamudez y las de su entorno, en su diario vivir.

9 REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5.* Arlington: American Psychiatric Publishing.

Association, A. S.-L.-H. (s.f.). *ASHA*. Recuperado el 12 de Junio de 2014, de American Speech-Language-Hearing Association (ASHA): http://www.asha.org/public/speech/disorders/La-Tartamudez/

Bernstein, N., & Tetnowski, J. (2006). *Current issues in stutteting research and practice.* Mahwah, New Yersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Bothe, A. (Ed.). (2004). *Evidende-Based treatment of stuttering.* Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publichers.

Brady, W., & Hall, D. (1976). The prevalence of stuttering among school-age children. *language, speech and hearing services in schools , 7*, 75-81.

Commins, D., Wu, S., Chic, C., Ring, P., Gade, R., & Ahn, C. (1996). Polygenic inheritance of Tourette's syndrome, stuttering, attention deficiti hyperactivity,conduct, and oppositional defiant disorder: The additive and subtractive effect of the three dopaminergic genes—DRD2, DβH, and DAT1. *American Journal of Medical Genetics , 67*, 264-288.

de Sonneville-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., & Franken, M. (2015). Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. (N. Walker, Ed.) *PLoS ONE , 10* (7), doi:10.1371/journal.pone.0133758.

Euler, H., Lange, B., Schroeder, S., & Neumann, K. (2014). The effectiveness of stuttering treatments in Germany. *Journal of Fluency Disorders , 39*, 1-11.

Fernández-Zuñiga, A. (2014). Disfemias. En J. Peña-Casanova, *Manual de logopedia* (4a ed., págs. 295-307). Barcelona, España: El sevier Masson.

Fernández-Zuñiga, A. (2007). *Guía de intervención logopédica en tartamudez infantil.* España: Editorial Síntesis.

Friedman, S. (1991). *Cartas con un paciente (co-autor): Un proceso de terapia para la tartamudez.*

Furquim, C. (2004). Abordagem neurolingüística e motora da gagueira. En L. Piccolotto, D. Befi-Lopes, & S. Olivan, *Tratado de fonoaudiologia* (págs. 1001-1014). Sao Paulo: Ediciones Roca.

Garaigordobil, M., & Perez, J. (2007). Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con y sin disfemia: un análisis descriptivo y comparativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy , 7* (2), 285-298.

Gomes, M. J., & Scrochio, E. F. (2001). Terapia da gagueira em grupo: Experiência a partir de um grupo de apoio ao gago. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva , 3* (2).

Haynes, W., & Pindzola, R. (2008). *Diagnosis and Evaluation in Speech Pathology.* Boston: Pearson.

Jones, M., Onslow, M., Harrison, E., & Packman, A. (2000). Treating stuttering in young children: predicting treatment time in the Lidcombe Program. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research , 43*, 1440-1450.

Kent, R. (2004). *The MIT Encyclopedia of communication disorders.* Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of technology.

Labra, M. y cols. (1983). *Ensayo terapeutico fonoaudiologico compuesto por las tecnicas shadowing lectura simultanea y enmascaramiento aplicado a una muestra de niños espasmofémicos.* Santiago de Chile: Universidad de Chile.

Le Huche, F. (2000). *La tartamudez: opción curación.* Barcelona: Masson, S.A.

Loriente, C. (2006). *"La tartamudez como fenómeno sociocultural: Una alternativa al modelo biomédico".* (Tesis Doctoral) Universidad Nacional de Educación a Distancia. España.

Loriente, C. (2007). *Antropología de la tartamudez.* Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Ludlow, C. (2000). Stuttering: dysfunction in a complex and dynamic system. *Brain , 123* (10), Editorial.

Manaut-Gil, E. (2005). Tartamudez del desarrollo y tartamudez adquirida: Semejanzas y diferencias. *Revista De Neurología , 40* (10), 587-594.

McAllister, J., & Collier, J. (2014). Birth weight and stuttering: Evidence from three birth cohorts. Journal of disorders , 39, 25-33.

Mclean, M. (1990). Neuromotor aspects of stuttering: levels of impairment and disability. ASHA Report , 18, 64-73.

Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders , 34*, 187-200.

Monge, R. (2000). *Disfemias en la práctica clínica.* Barcelona: Publicaciones ISEP.

Moraes, R., & Nemr, K. (2007). A gagueira sob diferentes olhares: análise comparativa das abordagens de quatro autoras. *Rev CEFAC , 9* (3), 308-318.

Oliveira, C., Fiorin, M., Nogueira, P., & Piccin, C. (2013). Perfil da fluência: análise comparativa entre gagueira desenvolvimental persistente familial e isolada. *Revista CEFAC , 15* (6), 1627-1634.

Peña-Casanova, J. (2014). *Manual de logopedia.* Barcelona: Elseiver Masson.

Psiquiatría, A. A. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5.* Arlington: American Psychiatric Publishing.

Rodríguez, A. (2001). Intervención sobre la tartamudez temprana. *Rev Logop Fon Audiol , 21* (1), 2-16.

Rodríguez, A. (2000). Intervención temprana en tartamudez: criterios para tomar decisiones. *Rev. Logop Fon Audiol , 20* (3), 136-150.

Rodríguez, P. (2014). *Los maestros y la tartamudez.* Ediciones de la Asociación Iberoamericana de Tartamudez.

Sánchez, A. (21 de 10 de 2013). *La razón.es*. Recuperado el 19 de 12 de 2015, de http://www.larazon.es/local/cataluna/adolfo-sanchez-los-tartamudos-estan-muy-marginados-a-nivel-social-y-laboral-BL4058726#Ttt1b0K0YGsJvSFZ

Sangorrín, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *Rev. Neurol.* , S43-S46.

Santacreu, J., & Froján, M. (2004). *La Tartamudez: Guía de prevención y tratamiento.* Madrid: Pirámide.

Santamaría, A., Guzman, M., Sánchez, L., & Marín, M. (2002). Parámetros de valoración diagnóstica y de evolución en la disfemia del adulto. *Rehabilitación , 36* (1), 33-41.

Serra, M. (1982). Trastorno de la fluidez del habla: Disfemia y Taquifemia. *Rev. Logop. Fonoaud. , II* (2), 69-78.

Zebrowski, P., & Kelly, E. (2002). *Manual of stuttering intervention.* Clifton Park, N.Y.: Editorial Singular.

10 ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de fluidez para padres (Cooper, 1979) en (Fernández-Zúñiga, 2007)

Este cuestionario trata de delimitar las dificultades que tiene su hijo respecto a la fluidez del habla.

1. Lea atentamente el cuestionario.
2. Escuche y observe la conducta de su hijo mientras habla, algunos días.
3. Posteriormente, rellene el cuestionario según sus observaciones.

A. Qué tipo de disfluencias tiene el niño

1. Sonidos prolongados tal como: ppppato
   - ¿Cuántos sesundos dura aproximadamente esa prolongación? _____
   - ¿Se percibe tension en la cara, garganta o cuerpo durante la prolongación? Sí No
2. ¿Algunos sonidos son sílabas o frases tal como la-la-lata? Sí No
   - ¿Qué sonidos repite más frecuentemente? Sílabas Sí No
     Palabras Sí No
     Frases Sí No
   - ¿Cuántos segundos tarda normalmente en la repetición? _____
   - ¿Cuántas veces repite normalmente el sonido (sílaba, palabra o frase? _____
   - ¿Se percibe tensión en la cara, lengua o cuerpo durante las repeticiones? Sí No
   - ¿Inserta el niño sonidos innecesarios en los sonidos que repite? (por ejemplo muletillas como mm..mmm..mm..la..mm..lata) Sí No
3. ¿Existen pausas largas inadecuadas entre
   Sílabas? Sí No
   Palabras? Sí No
   Frases? Sí No
   - ¿Cuántos segundos transcurren habitualmente entre esas pausas? _____
   - ¿Se percibe tensión? Sí No
4. ¿Qué tipo de disfluencia es más típica en el niño?
   - Bloqueos al comienzo de la palabra. Sí No
   - Repetición de sílabas. Sí No
   - Repetición de palabras. Sí No
   - Partir la palabra (telé—fono). Sí No
   - Otras (Descríbalas) _____ _____ __ __

B. Acompaña algunas conducta/s a la disfluencia

1. ¿Se produce algún movimiento respiratorio asociado? Sí No
2. Hay alguna "muletilla", palabra o frase innecesaria durante la disfluencia (como "pero", "tú sabes", o "¿eh? Sí No

¿Cuáles? _____

3. ¿Usa gestos en sustitución de palabras durante los períodos de disfluencia? Sí No
4. ¿Hay algún cambio de voz durante los períodos de disfluencia?
   - Tono más grave/agudo. Sí No
   - Más intenso. Sí No
5. ¿Hay algún cambio en el habla?
   - Aumento de volumen. Sí No
   - Habla más de prisa Sí No

C. ¿Qué tipo de situación de habla es más difícil para el niño?
(Señale una o dos situaciones como cáximo)

1. Son mas evidentes las disfluencias de lniño cuando:
   - □ Demanda atención.
   - □ Contesta preguntas.
   - □ Cuenta una historia (cuentos)
   - □ Juega con adultos.
   - □ Juega con otros niños.
   - □ Lee en voz alta. Habla por teléfono.
   - □ Se le regaña o se le piden explicaciones.
   - □ Igual en todos los casos.
2. Las disfluencias del niño son más evidentes cuando:
   - □ Habla con la madre.
   - □ Habla con el padre.
   - □ Habla con los hermanos.
   - □ Habla con otros niños (_____)
   - □ Habla con otros adultos (_____)
   - □ Habla con maestros.
   - □ Habla con personas no conocidas.
3. Las disfluencias del niño son más evidentes en :
   - □ Casa.
   - □ Colegio.
   - □ Jugando en la calle.
   - □ Fuera de la casa.
   - □ Hablando en clase.
   - □ Leyendo delante de la clase.
   - □ Otras (especifique) _____

D. ¿Qué tipo de cosas hace el niño para prevenir las disfluencias?

¿Qué recursos utiliza?

- □ Sustituye palabras.
- □ Permanece en silencio.
- □ Dice “no sé” en vez de contestar.

- □ Dice las menos palabras posibles.
- □ Rehusa contestar al teléfono.
- □ Hace fuerza para decir la palabra que no le sale.
- □ Llora.
- □ Otros (descríbalos)_____

Anexo 2: Perfil de Interacción padre-hijo (adaptación de Rustin y cols., 1996), en (Fernández-Zuñiga, 2007)

CONDUCTA VERBAL

	Observaciones
Tipo de habla	_____
Velocidad del habla	_____
Entonación	_____
Comentarios	_____
Imperativos	_____
Mantenimiento de turnos	_____
Preguntas	_____
Número de iniciativas	_____
Mantenimiento del tema	_____
Complejidad sintáctica y semántica	_____
Interrupciones	_____
Respuestas	_____
Correcciones	_____

CONDUCTA NO VERBAL

	Observaciones
Escuchar al niño	_____
Conseguir su atención	_____
Compartir el centro de atención	_____
Contacto ocular	_____
Dar tiempo para responder y pausas	_____
Expresión facial	_____
Gestos y contacto, calidez	_____
Proximidad, orientación, movilidad	_____

CONDUCTA VERBAL Y NO VERBAL

	Observaciones
Reacciones a las disfluencias	_____
Directividad	_____
Refuerzos	_____
Elección de las actividades	_____
Manejo de la conducta	_____

Anexo 3: Modelos de registros de conducta comunicativa (Santacreu y Fernández-Zúñiga)

Día	Situación (con quién, dónde, cuándo?..)	Qué dice el niño (cómo habla, qué errores muestra, tipos de disfluencia)	Qué dice Ud. (el interlocutor después de oír al niño)

Anexo 4: Cuestionario de fluidez para el profesor (Fernández-Zúñiga, 2007)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Curso: _____ **Profesor:** _____

Terapeuta: _____ **Colegio:** _____

1.	El alumno tiende a evitar hablar en clase.	SI	NO	¿?
2.	Cree Ud. que el niño es consciente de tener problemas cuando está hablando.	SI	NO	¿?
3.	Ha hablado él alguna vez con Ud. sobre sus dificultades de habla.	SI	NO	¿?
4.	Los padres le han comentado que el niño tiene problemas de fluidez.	SI	NO	¿?
5.	Cuando habla, es difícil captar el contenido de lo que está diciendo.	SI	NO	¿?
6.	Le observa retraso en el lenguaje o problemas de aprendizaje	SI	NO	¿?
7.	Tiene dificultades para recordar o repetir palabras o de ideas.	SI	NO	¿?

8. ¿Qué tipos de disfluencias ha observado Ud. en clase?
   - Repeticiones de sonido: (ej. p-p-pato) ☐
   - Repeticiones de sílaba: (ej. pe-pe-pelota) ☐
   - Repeticiones de palabra: (ej. yo-yo-yo quiero) ☐
   - Repeticiones de frase: (ej. yo voy-yo voy) ☐
   - Prolongaciones: (ej. ssssiéntate) ☐
   - Bloqueos, atascos: (ej. E... esta mañana) (ej. Dónde está l...la pelota) ☐
   - Bloqueo con esfuerzo y movimientos asociados.

9.	Se da algún tipo de conducta asociada a la disfluencia.	SI	NO	¿?

¿Cuáles? .....

10. ¿Con qué frecuencia observa en él errores de fluidez?
    Periódicamente. ☐ Al comenzar la frase aún que luego continúa con fluidez. ☐
    Cada vez que habla. ☐ Diariamente. ☐
11. Ante que situaciones se observan más errores de fluidez:
    - Haciendo preguntas en clase.
    - Conversando con los compañeros.
    - Conversando con el profesor.
    - Leyendo en voz alta
    - Hablando de situaciones tensas para él cómo o exámenes orales, exposiciones, puntos de vista.

12. Describen las reacciones de los demás compañeros cuando le oyen atascarse o repetir:
    .....
    ¿Qué hace o dice Ud. cuando le oye atascarse o repetir? .....
    .....
13. Otros comentarios u observaciones: .....

Anexo 5: Análisis de la fluidez (Fernández-Zúñiga, 2007)

1. Tipo de disfluencias:

   - Repetición de sonidos: _____ repeticiones
   - Repetición de sílaba: _____ repeticiones
   - Repetición de palabras: _____ repeticiones
   - Prolongacion de sonidos: _____duración
   - Bloqueos: _____ duración
   - Partición de palabras: _____ repeticiónes

2. Porcentaje de disfluencias

   - N° de disfluencias X 100 = % de disfluencias totales _____ X 100 = _____% de disfluencias
   - N° total de palabras emitidas _____

3. Velocidad del habla actual
   - Palabras habladas X 60 = N° de palabras habladas por minuto _____ X 60 = _____ pal/min
   - Total segundos _____

4. Movimientos faciales/corporales Asociados
5. Evitación
6. Ansiedad: síntomas fisiológicos
7. Variables cognitivas. Conciencia de problema

Anexo 6: Evaluación de las conductas motoras asociadas (Mc. Afee. Adaptación de Fernández-Zúñiga)

Nombre:..... Edad:..... Fecha:.....

Examinador: .....

Orientación: Esta parte de la evaluación se debe realizar cuando se observan en el paciente conductas motoras asociadas a la fluencia verbal, teniendo como fin la identificación del área en donde se presentan, para así enfatizar los ejercicios a trabajar. Para lo cual se deberá marcar las conductas motoras asociadas al habla que muestre el paciente. Describir la conducta y anotar la intensidad. (Ligera, moderada, grave)

Ojos: Pestañeo ( ) Cierre ( ) Movimiento hacia arriba ( ) Movimiento hacia abajo ( )
Otros (especificar) .....

Nariz: Aleteo ( ) Se arruga ( ) Otros (especificar) .....

Frente: Arrugas/pliegues ( ) Otros (especificar) .....

Cabeza: Sacudida ( ) Movimiento hacia arriba ( ) Movimiento hacia la derecha ( )
Movimiento hacia la izquierda ( ) Otros (especificar) .....

Labios: Fruncir ( ) Tensión del labio inferior ( ) Tensión del labio superior ( )
Otros (especificar) .....

Lengua: Chasquido ( ) Movimiento extraño ( ) Otros (especificar) .....

Dientes: Apretados con fuerza ( ) Sonido de chasquido ( ) Otros (especificar) .....

Mandíbula: Apretada con fuerza ( ) Abierta ( ) Otros (especificar) .....

Cuello: Tensión ( ) Sacudida ( ) Movimiento hacia arriba ( ) Movimiento hacia abajo ( )
Movimiento lateral a la derecha ( ) Movimiento lateral a la izquierda ( ) Otros (especificar)

Manos: Puño cerrado con fuerza ( ) Retorcer ( ) Golpear ( ) Otros (especificar) .....

Dedos: Golpear los índices ( ) Frotar unos como otros ( ) Hacer fuerza ( ) Otros (especificar)

Brazos: Movimiento excesivo ( ) Golpear contra la pierna ( ) Movimiento de sacudida ( )
Tensión ( ) Otros (especificar) .....

Piernas: Tensión ( ) Golpear ( ) Movimiento rápido ( ) Otros (especificar) .....

Respiración: Poco aire al hablar ( ) Inspiración innecesaria ( ) Respiración a golpes ( )
Inspiración audible ( ) Otros (especificar) .....

Anexo 7: Cuestionario de actitudes hacia el habla en los niños (Bruten y cols., 1989. Adaptación Parra)

Nombre:..... Edad:..... Fecha:.....

Orientación: Esta parte de la evaluación se realiza para conocer el grado de aceptación o limitación que experimenta el paciente hacia el problema, tomando en cuenta sus consideraciones emocionales, para brindar pautas de cómo afrontar el problema para mejorar su desempeño en la sociedad y si fuese necesario solicitar ayuda psicológica. Para lo cual se le solicita la paciente que lea cada frase y marque si es verdadera o falsa. Y enfatizar que estas frases se refieren a la forma de su habla. Si te parece que la frase es correcta marca (SI) y que es que no es verdad, marca (NO).

1.	Hablo bien.	SI	NO
2.	Hago preguntas al profesor en clase.	SI	NO
3.	Cuando voy a hablar, las palabras se me atascan en la boca.	SI	NO
4.	Las personas se ríen o burlan cuando hablo.	SI	NO
5.	Me cuesta mucho hablar en clase más que al resto de mis compañeros.	SI	NO
6.	Mis compañeros piensan que hablo raro.	SI	NO
7.	Me gusta la forma en que hablo.	SI	NO
8.	Cuando hablo, las personas me ayudan a completar las palabras.	SI	NO
9.	A mis padres les gusta como hablo.	SI	NO
10.	Hablo fácilmente con cualquier persona.	SI	NO
11.	Hablo bien la mayor parte del tiempo.	SI	NO
12.	Me resulta difícil hablar a las personas.	SI	NO
13.	Hablo con los demás niños.	SI	NO
14.	Me preocupa mi forma de hablar.	SI	NO
15.	Me resulta fácil hablar.	SI	NO
16.	Las palabras me salen con facilidad.	SI	NO
17.	Es difícil para mí hablar con extranjeros.	SI	NO
18.	A los demás niños les gustaría hablar como yo.	SI	NO
19.	Algunos chicos les parece broma mi forma de hablar.	SI	NO
20.	Hablar es fácil para mí.	SI	NO
21.	Es difícil decir mi nombre a alguien.	SI	NO
22.	Hay palabras que no puedo decir.	SI	NO
23.	Hablo bien con la mayoría de las personas.	SI	NO
24.	A veces tengo problemas para hablar.	SI	NO
25.	Prefiero hablar que escribir.	SI	NO
26.	Me gusta hablar.	SI	NO
27.	Me gustaría hablar como lo hacen otros niños.	SI	NO
28.	Tengo algunas palabras que no me salen cuando estoy hablando.	SI	NO
29.	Me preocupa hablar por teléfono.	SI	NO
30.	A las personas no les gusta mi forma de hablar.	SI	NO
31.	Dejo que otros hablen por mí.	SI	NO
32.	Me es fácil hablar fuerte ante toda la clase.	SI	NO

DECLARACIONES DE PENSAMIENTOS Y CREENCIAS NEGATIVAS EN LA TARTAMUDEZ (UTBAS)
ESCALA (ST. CLARE ET AL., 2009)

1.- La gente dudará de mi capacidad porque tartamudeo
2.- Es imposible ser realmente exitoso en la vida si usted tartamudea
3.- No seré capaz de conservar un trabajo si tartamudeo
4.- Esto es todo mi culpa - Yo debería ser capaz de controlar mi tartamudez
5.- Soy una persona débil porque tartamudeo
6.- Nadie gustará de mi si tartamudeo
7.- Yo podría tartamudear
8.- La gente se enfoca cada palabra que digo
9.- Yo soy incompetente
10.-Nadie podría amar a un tartamudo
11.- Yo tartamudeare
12.- Cada uno en la habitación me oirá tartamudear
13.- Yo soy estúpido
14.- Otra gente pensará que soy estúpido si tartamudeo
15.- Nunca seré exitoso debido a mi tartamudeo
16.- No seré capaz de contestar sus preguntas
17.- Yo soy inútil
18.- Soy inútil en el lugar de trabajo
19.- La gente pensará que soy incompetente porque tartamudeo
20.- Me obstruiré completamente y no seré capaz de hablar
21.- Cada uno pensará que soy un idiota
22.- No puedo hablar a la gente en posiciones de autoridad
23.- La gente pensará que soy extraño
24.- La gente pensará que no puedo hablar en inglés
25.- Nadie querría tener una relación con un tartamudo
26.- No puedo pensar claramente porque tartamudeo
27.- No le puedo hablar a la gente agresiva
28.- La gente pensará que no tengo ningunas opiniones
29.- La gente pensará que soy aburrido porque no tengo nada para decir
30.- Si me bloqueo, la gente pensará que soy retardado
31.- No puedo afrontar a esta gente
32.- La gente se preguntará que está mal conmigo si tartamudeo
33.- ¿Qué pensara la gente de mí si ellos discrepan con lo que digo?
34.- Tartamudos de vista de mayoría de la gente como menos capaz
35.- No quiero ir –A la gente no le gustare
36.- Mis pausas son demasiado largas - la gente pensará que soy extraño

(continúa)

37.- A la gente no le gustare porque no seré capaz de hablar
38.- No puedo convencer a la gente de algo que digo porque tartamudeo
39.- La gente pensará que soy retardado si tartamudeo
40.- Me bloqueare - sé que lo voy a hacer
41.- Me pondré en ridículo a mí mismo
42.- La gente está cansada de esperarme a que saque palabras
43.- La gente no debería esperarme tanto tiempo para hablar
44.- Yo siempre avergüenzo a la gente a la que hablo
45.- La gente piensa que tengo algo para ocultar porque mi tartamudeo suena sospechoso
46.- La gente pensará que soy inútil
47.- Yo me avergonzare a mí mismo.
48.-No puedo hablarle a la gente que encuentro sexualmente atractiva
49.- Nadie entenderá lo que trato de decir
50.- Cual es el punto si aunque intento de hablar, esto nunca sale bien
51.- No seré capaz de decir exactamente lo que quiero decir
52.- Cada uno pensará que soy simplón o tonto porque evito usar palabras difíciles
53.- Voy más despacio que todo el mundo en las conversaciones.
54.- Cada uno odia cuando comienzo a hablar
55.- Yo nunca puedo hablar en el teléfono
56.- Yo no seré capaz de pedir lo que quiero
57.- La persona al otro lado del teléfono me colgará.
58.- La gente se reirá de mí
59.- La gente pensará que soy mudo
60.- Nunca terminaré de explicar mi punto - ellos me entenderán mal
61.- El contestador automático se apagará si me bloqueo–Yo no seré capaz de dejar ningún mensaje
62.- Ellos pensarán que soy un bromista si me bloqueo
63.- No seré capaz de decir '¡hola!' cuando tomo el teléfono
64.- La gente que tartamudea es estúpida
65.- La gente que tartamudea es incompetente
66.-La gente que tartamudea es aburrida

EXPERIMENTOS CONDUCTUALES: PROBANDO SACAR LOS PENSAMIENTOS INÚTILES

(1) Actividad Planificada

_____

_____

_____

(2) ¿Qué espera usted que pase? ¿Qué predice que ocurrirá? (Trate de ser específico sobre su predicción)

Predicción 1

_____

Predicción 2

_____

Predicción 3

_____

(3) ¿Cuán seguro está usted sobre esta predicción(es) Evalué su coincidencia de (0-100) de lo que ocurrirá en cada predicción?

Predicción 1 (0-100) ____

Predicción 2 (0-100) ____

Predicción 3 (0-100) ____

(4) ¿Qué pasó cuando usted realizó la actividad planificada? ¿Se cumplieron sus predicciones?

_____

_____

_____

(5) ¿Si usted realizara la misma actividad otra vez, o una actividad similar, qué predice que pasara?

Predicción 1

_____

Predicción 2

_____

Predicción 3

_____

(6) ¿Qué ha aprendido usted realizando la actividad planificada? ¿Encontró pruebas para o contra el pensamiento causal? Esta actividad cambió el modo que usted piensa sobre los pensamientos causales?

_____
_____
_____

Anexo 10: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: APRENDIENDO A ATACAR LOS PENSAMIENTOS INÚTILES - TRADUCIDO POR MARJORIE TOVAR C.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: APRENDIENDO A ATACAR LOS PENSAMIENTOS INÚTILES

1. Qué prueba tiene para el pensamiento?

_____
_____
_____

2. Qué prueba tiene contra el pensamiento?

_____
_____
_____

3. Qué podría decirle a un amigo (para ayudarlo) si él tiene el pensamiento?

_____
_____
_____

4. Piense en su amigo o familiar más tranquilo, cuerdo y colaborador. Cómo podría él/ella reaccionar al pensamiento causal? ¿Qué diría él/ella?

_____
_____
_____

5. Está usted preocupado por el resultado que no puede controlar? Hay algún tipo de sentido para la preocupación?

_____
_____
_____

6. Qué hace el pensamiento por usted? Cómo lo hace sentir? Esto lo ayuda de alguna forma, o es sólo mas estresante?

_____
_____
_____

7. Qué buenas cosas podría obtener si usted abandona el pensamiento? Cómo podría su vida ser diferente si usted no cree el pensamiento?

_____
_____

_____

_____

8. Si el pensamiento causal fue verdad, cuál es el peor resultado? Es tan malo como usted piensa?

_____

_____

_____

View publication stats