



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGIA

Diseño y Aplicación de una Pauta de Evaluación Fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez

Daniela Ahumada Monroy
Denisse Alday Díaz
Marcela Miranda Soto
Paola Zamorano Salinas

TUTOR PRINCIPAL
Flga. Juana Barrera Jiménez

ASESOR METODOLÓGICO
Prof. Ilse López Bravo

Santiago - Chile
2004

DEDICATORIA

*... A nuestras familias que nos han apoyado
incondicionalmente en todo este largo proceso...*



AGRADECIMIENTOS

Este Seminario no habría sido posible sin la ayuda de...

... Nuestra querida tutora, profesora y amiga *Juanita Barrera Jiménez*, quien a través de sus conocimientos, entrega y sabios consejos nos ha guiado durante todo este año.

... *Marco Guzmán Noriega*, quien con sus vastos conocimientos musicales, su constante apoyo, su buena disposición y amistad, ha contribuido en gran medida en la elaboración de esta Pauta, especialmente en el ítem de evaluación de ritmo.

... *Ricardo Vallejos Casanova*, ya que sin sus conocimientos tecnológicos no habría sido posible la incorporación del CD utilizado en esta Pauta como material anexo.

... Los Fonoaudiólogos participantes, *Sra. María Angélica Cunazza*, *Sr. Marcelo Díaz*, *Sr. Luis Romero*, *Sra. Zulema Vivanco*, quienes con su experiencia clínica, permitieron la validación de nuestra Pauta.

... Los Fonoaudiólogos Miguel Higuera y Mónica Rousseau por su colaboración y disposición.

... Y a nuestro *San Expedito*, por protegernos y acompañarnos en todo momento...

**A todos ellos,
Muchas Gracias! 😊**



INDICE

1.- Introducción	8
2.- Marco Conceptual	11
2.1.- Definición	11
2.2.- Perfiles y características de los sujetos que presentan Tartamudez	14
2.2.1.- Perfiles de los sujetos que presentan Tartamudez	14
2.2.2.- Características de los sujetos que presentan Tartamudez	16
2.3.- Teorías explicativas	24
2.3.1.- Como un problema Neurobiológico	24
2.3.2.- Como un problema Genético	25
2.3.3.- Como un problema Psicológico	26
2.3.4.- Como un problema Lingüístico	28
2.3.5.- Como un problema Orgánico	30
2.3.6.- Modelo de Demandas y Capacidades de Starkweather	31
2.4.- Intervención	39
2.5.- Evaluación	45
3.- Objetivos Generales	50
4.- Objetivos Específicos	50
5.- Material y Método	51
5.1.- Tipo de Diseño	51
5.2.- Variables	52
6.- Análisis de los datos	53
7.- Resultados	54
7.1.- Resultados Objetivo N°1	54



7.2.- Resultados Objetivo N°2	86
7.3.- Resultados Objetivo N°3	94
8.- Discusión	96
9.- Conclusión	101
10.- Bibliografía	102



RESUMEN

La tartamudez es uno de los trastornos de habla más conocidos, caracterizado por una alteración de la fluidez causada por múltiples factores tales como: psicológicos, neurológicos, emocionales, genéticos, entre otros, lo que hace difícil precisar una causa específica que la provoque. De esta manera, se diseñó una Pauta de Evaluación Fonoaudiológica para niños y adolescentes que presenten sintomatología relacionada con la Tartamudez, ya que se sabe que en Chile no existen pautas específicas que enfoquen todos los tipos de manifestaciones de este trastorno, por lo que los especialistas se basan sólo en su criterio y experiencia profesional. Para tal efecto, en una primera instancia, se recopiló información acerca de la patología en estudio, a través de una detallada y minuciosa revisión bibliográfica tanto nacional como internacional, lo que permitió, en una segunda instancia, construir una Pauta de Evaluación Fonoaudiológica para personas que consultan por Tartamudez (P.E.F.T.), la que fue validada por cuatro jueces expertos, con una vasta experiencia clínica en el tema. Posteriormente, fue aplicada en forma experimental a un niño y un adolescente chilenos, lo que permitió comprobar la gran efectividad y aplicabilidad clínica de esta Pauta, ya que es posible ordenar y precisar las características del cuadro, siendo de gran utilidad dentro del mundo fonoaudiológico.



1.- INTRODUCCIÓN

El lenguaje es un sistema de signos que permite al hombre comunicarse con otros y consigo mismo. Es un instrumento del pensamiento gracias al cual ideas y sentimientos se ordenan, desarrollan y son factibles de ser expresadas a través del habla (7).

Siendo el habla la función mediante la cual el lenguaje es exteriorizado, podemos entonces determinar la importancia fundamental que tiene este mecanismo para el adecuado desarrollo psicosocial de los individuos, ya que para que el habla se realice en forma óptima, el individuo debe cumplir con una serie de requisitos en las esferas emocional, física, cognitiva y neurológica. Es decir, el sujeto debe tener la intención de manifestar una idea, sentimientos y emociones, a través de un sistema laríngeo que le permita emitir voz y del movimiento de los músculos involucrados en la fonoarticulación, los que se producen gracias a una serie de conexiones neurológicas involucradas en la programación y ejecución del habla (7).

Junto con todo lo mencionado anteriormente, se necesita de una fluencia adecuada en la emisión de sonidos, sílabas, palabras y frases, la cual es un elemento considerado dentro de lo que se denomina habla. Dependiendo de esta fluencia, de la complejidad del mensaje y de la calidad de la articulación se logrará una emisión del lenguaje más o menos clara para el interlocutor.

La tartamudez es uno de los defectos más conocidos del habla, caracterizada por un trastorno en la fluidez de la expresión verbal, que afecta aproximadamente a cincuenta y cinco millones de personas en el mundo (18).

Según Ferrer R.O. y Van Riper, el tartamudo tiene el habla espasmódica, con numerosas repeticiones indeseables e interrupciones en la cadena hablada. Perelló lo llama disfemia, definiéndola como el defecto de elocución caracterizado por repeticiones de sílabas o



palabras, o por paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal, acompañado de angustia (8).

Según la Asociación Americana de Speech Therapy, la tartamudez es un síndrome de varias perturbaciones de la palabra, caracterizado por arritmias y tics causados por una psiconeurosis, clasificando a este trastorno como “espasmofemia” (3).

Aunque los estudios sobre la tartamudez van avanzando paulatinamente, todavía no se conocen las causas concretas del tartamudeo, si bien todo indica que hay que pensar en un origen multicausal, se han encontrado diversas teorías que, desde distintas perspectivas, intentan dar una explicación a este problema. Una de estas teorías se sustenta en los aspectos fisiológicos relacionados con la planificación y coordinación del habla. Otras apuntan a elementos psicofisiológicos (respiración, tensión muscular, etc), elementos psicológicos que inciden en la problemática (expectativas del sujeto, condicionamiento a palabras, objetos o situaciones), los puramente lingüísticos (referentes al desarrollo lingüístico y de la fluidez) y dificultades psicosociales, que recogen los componentes pragmáticos y del uso del lenguaje en contextos sociales.

Una de las dificultades que se evidencia, es que todos estos factores se encuentran interrelacionados, por ejemplo, se sabe que el factor genético no se manifestará si no hay un ambiente psicológico y social que lo propicie, y que un factor fisiológico, en un determinado ambiente social, produce efectos en la esfera emocional que, a su vez, contribuyen a la perpetuación del tartamudeo.

Otro problema en el análisis de las causas lo establece el hecho lógico de que en cada tartamudo los factores tendrán un peso y una influencia diferentes, dando lugar, entre otras cosas, a distintas formas de aparición y a distintas maneras de manifestarse.



A lo largo de este Seminario de Investigación, se diseñó una Pauta de Evaluación Fonoaudiológica para niños y adolescentes que presenten sintomatología relacionada con la Tartamudez, ya que se sabe que en Chile no existen pautas específicas que enfoquen todos los tipos de manifestaciones de este trastorno, por lo que los especialistas se basan sólo en su criterio y experiencia profesional. De esta forma se permite ordenar y precisar las características del cuadro. Además, se sabe que, a pesar de que es el clínico el que determinará finalmente el diagnóstico de tartamudez para un paciente en particular, es de suma importancia realizar una evaluación acabada para poder orientar el planteamiento de los objetivos terapéuticos, la planificación de la intervención, determinación de las estrategias más adecuadas en el abordaje según las características del paciente y los elementos que influyen en la manifestación y perpetuación del cuadro.

Para realizar este proyecto, en una primera etapa, se hizo una recopilación de información a cerca de la patología en estudio, a través de una detallada y minuciosa revisión bibliográfica tanto nacional como internacional y de la experiencia clínica de Fonoaudiólogos especializados en el tema, lo que permitió la construcción de una pauta de evaluación que, en una segunda etapa, fue validada por medio del juicio de expertos para, posteriormente, ser aplicada en forma experimental a niños y adolescentes como parte de la última etapa de este proyecto.



2.- MARCO CONCEPTUAL

2.1.- Definición

La conceptualización de la tartamudez es una tarea que se ha abordado desde distintas perspectivas y orientaciones teóricas. Es así como algunos autores la definen a partir de las conductas observables, y otros desde los factores internos. Algunos tratan los aspectos foniátricos y otros las condiciones psicológicas y factores sociales que inciden en su incremento o decremento. Se encuentran pocas propuestas que adopten una visión integradora que considere los diferentes componentes de la tartamudez y los aspectos asociados a ella.

Según la clasificación del CIE-10, se entiende como tartamudez a la alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (adecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de más de los siguientes fenómenos:

- Repeticiones de sonidos y sílabas
- Prolongaciones de sonidos
- Interjecciones
- Palabras fragmentadas (por ejemplo, pausas dentro de una palabra)
- Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)
- Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar las problemáticas)
- Palabras producidas con un exceso de tensión física
- Repeticiones de palabras monosílabas

La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.



La tartamudez según Labra y cols. puede ser definida 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, sílabas 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 están asociadas con movimientos concomitantes, que pueden afectar a los órganos de la articulación o a estructuras más alejadas.” (8).

También se ha encontrado la definición propuesta por Wingate la que 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". (13).

Al revisar las distintas fuentes de información resulta interesante encontrar aportes como el de Pedro Rodríguez, destacado psicólogo venezolano quien describe la tartamudez como un “trastorno que afecta el proceso comunicativo de la persona y que se caracteriza por interrupciones involuntarias en la fluidez de su habla. Estas interrupciones en la fluidez del habla se acompañan de tensión muscular en cara y cuello, miedo y stress. Ellas son la



expresión visible de la interacción de determinados factores orgánicos, psicológicos y sociales que determinan y orientan en el individuo la conformación de un ser, un hacer y un sentir con características propias.” Además agrega características propias de las personas que padecen este trastorno a partir de su experiencia, pues plantea que “ el tartamudo es una persona con determinadas características biológicas, que se evidencian en una forma particular de expresión verbal. Estas características biológicas son condicionadas e incrementadas por el entorno, a través de las evaluaciones negativas que de la forma de expresión verbal se hacen, tanto por parte del interlocutor, cómo del propio hablante” (13).

Santacreu y Froján consideran algunos puntos para poder definir la tartamudez. Lo primero es el patrón de habla que se caracteriza por una serie de errores de dicción, del tipo de repeticiones de sílabas y palabras, bloqueos de inicio de palabra, interjecciones, particiones de sílabas, alargamientos de fonemas en diferentes sílabas, etc., que se acompañan de unas especiales características en la velocidad, inadecuación de las pausas al contenido semántico (a lo que quiere decir), entonación, etc., que lo hacen distinto al patrón prosódico normal. También debemos considerar los factores psicológicos, las variables cognitivas y también las variables situacionales que también son muy importantes de considerar (16).

La mayoría de los autores coincide en que el síntoma más sobresaliente es el bloqueo espasmódico que interrumpe la emisión de la palabra. Junto a esto se observa al sujeto ansioso y angustiado y con una gran tensión muscular y emocional provocada por su esfuerzo a vencer el espasmo. Esto puede acompañarse de movimientos asociados de extremidades, parpadeo rápido de los ojos, rubor y transpiración excesiva y en algunos casos, temblor en las manos. La presencia de estas dificultades puede generar en el sujeto que las padece una conducta reactiva caracterizada por miedo a hablar y evitación de situaciones que requieran hacerlo, sobretodo si son nuevas, en público y/o con la presencia de personas significativas. Además, en algunos casos, pueden aparecer manifestaciones mayores como el mutismo selectivo,



tendencia al aislamiento, acentuación de la timidez y reacciones depresivas en distinto grado. También es frecuente encontrar la presencia de trastornos del sueño y enuresis (2).

Cabe señalar que existe un periodo que comprende los 3 a 5 años de edad, aproximadamente, caracterizado por un explosivo desarrollo de las habilidades comunicativas y lingüísticas, que exige el manejo sincronizado de complejos mecanismos cognitivos, motores, sensoriales y relacionales. De este modo, no es extraño que en este proceso los niños presenten cierto grado de disfluencia normal, caracterizada por vacilaciones y repeticiones de sonidos, sílabas y/o palabras. Es la llamada “tartamudez fisiológica” del niño y que debe ser entendida como una consecuencia de este complejo proceso de adquisición y no como una alteración del mismo. Es por esta razón, que el diseño de la pauta, estará enfocada en los niños a partir de los 5 años.

2.2. Perfiles y Características clínicas de los sujetos que presentan Tartamudez

2.2.1. Perfiles de los sujetos que presentan Tartamudez

Existe una serie de patrones de desarrollo de la tartamudez que se presentarán a continuación.

Patrón N° 1

En este caso, nada inusual ocurre en el medio ambiente del niño, la tartamudez parece desarrollarse sin que pueda advertirse algún suceso ambiental estresante que haya podido actuar como desencadenante. Puede o no puede haber antecedentes de tartamudez en la familia. No existe una explicación clara de qué fue lo que desencadenó la disfluencia. En general la tartamudez parece comenzar con simples repeticiones de palabra, en donde lentamente va apareciendo la tensión (14).



Patrón N° 2

Este patrón ocurre en aquellos sujetos cuyo ambiente comunicativo se caracteriza por un alto nivel de verbalización. Sus padres le dan gran importancia a la comunicación verbal. Los casos de sobreestimulación del lenguaje ocurren generalmente en niños cuyos padres poseen profesiones caracterizadas por una gran cantidad y un alto nivel de actividad verbal, por ejemplo, abogados, docentes, etc. Estos niños se caracterizan por tener un desarrollo de lenguaje más avanzado que el esperable para su edad cronológica (14).

Patrón N° 3

Este patrón ocurre en el caso de aquellos sujetos que presentan un retraso en el desarrollo del lenguaje y que concurren a tratamiento fonoaudiológico de estimulación del lenguaje. Como resultado del tratamiento, el lenguaje del niño evoluciona rápidamente y por lo general alcanza un nivel acorde a su edad cronológica. Sin embargo, al mismo tiempo que estos niños parecen haberse recuperado de su retraso en el desarrollo del lenguaje, comienza la disfluencia (14).

Patrón N° 4

Éste es muy similar al anterior pero con la diferencia de que aquí el niño realiza un tratamiento fonoaudiológico por trastornos articulatorios, y no por un retraso o trastorno en el desarrollo del lenguaje (14).

Patrón N° 5

Se caracteriza este patrón, por la existencia de un brusco estrés emocional (una experiencia traumática o emocionalmente fuerte, que no necesariamente tiene que ser negativa) (14).



2.2.2. Características clínicas de los sujetos que presentan Tartamudez

De acuerdo a la definiciones de tartamudez revisadas anteriormente, es posible describir una serie de parámetros que son parte del cuadro clínico de los sujetos con tartamudez, entre los cuales se cuentan: alteración del ritmo, frecuencia de errores, tipo de disfluencias, número de unidades repetidas, duración de las disfluencias, movimientos asociados, agrupamiento de disfluencias, tipo de espasmos, velocidad y prosodia.

Ritmo

El ritmo es, según Littré, una “sucesión de sílabas acentuadas (sonidos fuertes) y de sílabas no acentuadas (sonidos débiles) con determinados intervalos” (7).

Otra definición de ritmo se refiere a aquellos aspectos de la música que tratan sobre su movimiento en el tiempo y sobre la estructura de éste. Además de su significado general, el término ritmo suele hacer referencia a unos hechos temporales específicos como los patrones de longitudes de un cierto grupo de notas (24).

En los sujetos con tartamudez ocurre que existe una alteración en las fases evolutivas del desarrollo del ritmo en distintos grados, siendo éste uno de los signos característicos de este cuadro.

A continuación, se señalará algunos hitos relacionados con el desarrollo de las habilidades rítmicas de los niños en distintas edades, y que se deben considerar en toda evaluación para determinar el grado de compromiso presente en el sujeto con tartamudez:

A los 3 años:

- Expresión: Se espera que el niño consiga cierta sincronización motora, a través del seguimiento de música moviendo o golpeando, por ejemplo, con la mano, sobre la



mesa; además, se observa que el niño está descubriendo las posibilidades rítmico-musicales de las palabras y se complace en utilizarlas en juegos cantados (9).

- Percepción: El niño es capaz de captar bien un pequeño fragmento de música y lo intenta practicar; puede reproducir estructuras rítmicas de 3 o 4 elementos y le gusta experimentar con grupos rítmicos; además se observa que, aunque no conoce el grafismo de las figuras musicales, diferencia los valores de negra y corcheas, y comienza a reconocer varias melodías simples y a querer reproducirlas (9).

A los 4 años:

- Expresión: Se espera que un grupo de niños sea capaz de llevar el mismo ritmo, pero, sin embargo es mucho más difícil el canto al unísono, que se produce de forma menos espontánea.
- Percepción: Se observa que el niño no tiene noción conciente de simultaneidad sonora, que confunde intensidad y velocidad, pero que es capaz de diferenciar entre algo más rápido y más lento, al igual que agudo y grave; junto a eso aumenta su memoria auditiva y comienza a identificar melodías simples (9).

A los 5 años:

- Expresión: Se espera que el niño tenga un desarrollo motriz que le permita sincronizar los movimientos de la mano o el pie con la música; también se ha visto que salta sobre un pie solo y baila rítmicamente al son de la música.
- Percepción: Se observa que el niño puede realizar ordenamientos y clasificaciones de sonidos e instrumentos, junto a la realización de dictados musicales expresados en grafías no convencionales, como puede ser el trazado de una línea, dibujar círculos que representen sonidos, duraciones, graves y/o agudos (9).



Entre los 6 y 8 años:

- **Expresión:** Se espera que el niño pueda, gracias a una maduración motriz considerable, sincronizar de forma perfecta los movimientos de manos y pies con la música y coordinar sonidos simultáneos; además, muestra una tendencia a acelerar los tiempos rítmicos y una preferencia a la interpretación de instrumentos de percusión escolar, y la capacidad de interpretar y reconocer las duraciones de las figuras y sus silencios.
- **Percepción:** Se observa que el niño acepta el lenguaje musical si lo entiende y lo pone en práctica con la voz o con instrumentos, reconoce un esquema de tonalidad simple y percibe el carácter inacabado de una frase rítmica, y es capaz, en la percepción polifónica, discriminar mejor los agudos que los graves (9).

Entre los 8 a 10 años:

- **Expresión:** Se espera que el niño tenga una maduración motriz importante y un gusto por los instrumentos musicales, pudiendo tocar un instrumento de percusión en grupo o a dúo, haciendo, además, pequeñas composiciones musicales; claramente hay un mayor sentido rítmico y habilidad para tocar instrumentos.
- **Percepción:** Se ve que el niño aprecia ritmos más complejos, aunque cada uno adquiere su valor individual del ritmo; además, se ha visto que reconocen compases binarios, ternarios y cuaternarios, pero los 6/8 y otros compases de subdivisión ternaria son difíciles de reconocer (9).

Entre los 10 a 12 años:

- **Expresión:** Se espera ver diferencias en cuanto a actividades rítmico motrices entre niños y niñas, y ahora las canciones y piezas instrumentales no deben tener necesariamente un componente lúdico, siendo capaces de reconocer distintos tipos de partituras (9).



- Percepción: Se observa el desarrollo de la memoria melódica y armónica, y buscan, ante todo, variedad en los géneros y estilos más diversos, de ritmos, estructuras métricas irregulares, ritmos sincopados (jazz, rock), etc (9).

Frecuencia de palabras tartamudeadas

Los niños con tartamudez tienen una frecuencia de errores que es al menos el doble que la de los niños con disfluencia normal. En un estudio realizado en este ámbito se concluyó que el porcentaje de palabras tartamudeadas por cada 100 está en torno al 7%, mientras que los grupos de niños con tartamudez presentan medias en torno al 15%, que serían el 17% si lo ponemos en términos de sílabas. Además, como indicador adicional parece que esta cifra estaría en torno al 20% de sílabas si se evalúa a los niños cerca del inicio del problema, produciéndose los picos de mayor disfluencia entre los dos y los tres años, y a partir de ahí decrecer. Estas cifras llevan a muchos autores a establecer como uno de los criterios de intervención la presencia de más de un 10% de palabras tartamudeadas (11).

Tipos de disfluencias

El criterio anterior se hace todavía más discriminante si se reduce la estadística al tipo de disfluencias que tienden a considerarse como las más características de la tartamudez, aquellas en las que el segmento sonoro afectado es un trozo de palabra, lo que E. Conture llama disfluencias intrapalabra o las disfluencias-tipo-tartamudez (DTT) de Yairi. La idea básica en ambos casos es la misma, con la pequeña diferencia de que Yairi incluye bajo su definición: repeticiones de sílabas (sa-saco), de palabras monosilábicas (que-que) y formaciones disrítmicas, es decir, cualquier distorsión intrapalabra como prolongación o ruptura de fonación (pie-eeenso) y pausas tensas (bloqueos con fijación de movimientos articulatorios); mientras que Conture pone en duda la inclusión de palabras monosilábicas. Pues bien, parece que las



disfluencias de los niños sin tartamudez se caracterizan sobre todo por ser repeticiones de palabras multisilábicas, repetición de frases, interjecciones (eehh) o revisiones (me pa-me parece) siendo sus DTT inferiores al 3%, menos de una tercera parte del total de errores. En cambio, en los niños con tartamudez este indicador alcanza tasas del 11-12% de sílabas tartamudeadas, constituyendo las DTT en torno al 72% de todas las disfluencias, en proporción de cinco a seis veces mayor que en los niños sin problemas específicos de fluidez. En este caso el criterio diferenciador se establece en el 3% de sílabas con DTT; porcentajes mayores que éste son considerados como significativos de la existencia de tartamudez (11).

Otro criterio basado en el tipo de disfluencias es considerar como problemáticos los niños que tienen más de un 25% de prolongaciones, es decir, que este tipo de error constituya más de la cuarta parte de todas las disfluencias (11).

Número de unidades repetidas

Se sabe que las repeticiones de dos o más unidades son muy infrecuentes en niños sin tartamudez, concretamente constituyen menos del 13% del total de sus disfluencias, mientras que esta misma estadística alcanza el 33% en los niños con tartamudez. Este mismo dato sobre la cifra total de palabras habladas llevaría a que en los niños con tartamudez, las palabras que presentan dos o más unidades repetidas (ca-ca-ca-sa) son un 3,7%, mientras que en los niños con disfluencias normales ésta estadística es sólo del 0,21%. En este caso es difícil establecer un criterio operativo, pero parece una buena idea fijar una cifra en torno al 25%, si más de una cuarta parte de todas las repeticiones tienen dos o más unidades (ca-ca-casa serían dos unidades) se podría hallar frente a un niño con tartamudez (11).



Duración de las repeticiones

El tiempo total de duración de las interrupciones no es una variable que diferencie los tipos de errores de niños con y sin tartamudez, es decir, en contra de lo que cabría esperar, los niños que tartamudean no emplean más tiempo en pronunciar el segmento sonoro tartamudeado. En cambio, sí aparecen diferencias cuando nos centramos en medir únicamente el espacio de tiempo entre sílabas repetidas. Este espacio es más corto en niños con tartamudez, según algunos autores el intervalo entre sonidos es el elemento más largo en las disfluencias normales, y el más corto en las de los niños con tartamudez. De manera que la presencia de repeticiones rápidas constituye un indicador que nos ayuda a identificar la tartamudez (11).

Movimientos asociados

Dentro de esta categoría se incluyen movimientos de cara o músculos relacionados con la fonación, y también ruidos como chillidos o chasqueos, sobre todo asociados a los bloqueos. Aunque los niños con disfluencia normal también presentan movimientos involuntarios, de nuevo parece que las estadísticas indican que las personas que tartamudean tienen más movimientos asociados a los bloqueos. El criterio considerado en este caso es la presencia de este tipo de movimientos asociados y concretamente de dos rasgos que para Conture tienen un valor especialmente significativo: movimientos del globo ocular hacia los lados y parpadeo (11).

Además, se han visto múltiples comportamientos para temporizar el momento de empezar a hablar como sacudidas de cabeza, contracciones abdominales súbitas, aperturas de mandíbula, vocalizaciones preparatorias como prolongación de vocales, una súbita subida o bajada del tono o volumen de la voz, golpes con pie, mover un dedo, un gesto de manos, un saludo de cabeza, etc. Cualquier terapeuta reconocerá todos estos comportamientos en las figuras sintomáticas de la tartamudez y como grandes contribuyentes a la anormalidad del



desorden. Lo que no se reconoce tan habitualmente es que la mayoría de estos comportamientos son residuos automatizados de dispositivos de sincronización que en alguna ocasión fueron usados para facilitar la pronunciación de palabras temidas (19).

Agrupaciones de disfluencias

Al imaginarse una transcripción del habla disfémica de un niño, sobre ella se podría observar el patrón espacial de distribución de las disfluencias para establecer si están dispersas uniformemente por todo el habla o si se agrupan de alguna manera especial. Lo que se sabe es que en el caso de niños con tartamudez las disfluencias suelen aparecer agrupadas, es decir, aparecen varias en torno a una sílaba o una palabra (ten-ten-tengo, esto teeeeengo, tengo que...»). Este fenómeno se produce en un 34% de los errores de niños con disfluencia normal, siendo la tasa del 67% en los niños con tartamudez. Según Conture la sola presencia de agrupaciones es preocupante y cuanto más alto sea el porcentaje de éstas, mayor es el riesgo de hallarnos ante una tartamudez persistente. Este autor usa como criterio diferencial el que más del 33% de las disfluencias aparezcan en grupos. Especificando el criterio un poco más, Curlee también establece el corte en más de un tercio de las disfluencias agrupadas, determinando en 3 o más el número de interrupciones que tienen que aparecer juntas para que consideremos la existencia de una agrupación.

Tipo de espasmos

En cuanto a este parámetro se puede señalar que existen tres tipos de espasmos (16):

- Tónicos: Se producen cuando el habla parece entrecortada por bloqueos que afectan a grupos musculares relacionados con la fonoarticulación, lo que conlleva a un habla explosiva y violenta a causa del gran esfuerzo y aumento del tono muscular que realiza el sujeto para solucionarlo.



- Clónicos: Se originan cuando el habla del sujeto presenta contracciones bucales breves y rápidas, produciéndose como consecuencia una repetición compulsiva de sílabas.
- Tónico – Clónicos: Se observan cuando el habla presenta una mezcla de ambos tipos de producciones del habla.

Según lo anterior se puede determinar una valoración de la intensidad con la que se produce el espasmo de la siguiente manera (16):

- Grave: Si el bloqueo es tal que impide al paciente continuar con la actividad que está realizando en ese momento (lectura, descripción de láminas, etc.).
- Moderado: Si el bloqueo dificulta la actividad que está realizando el paciente, pero logra resolverse permitiendo que continúe con lo que está realizando (lectura, descripción de láminas, etc.).
- Leve: Si el bloqueo es resuelto de manera rápida y sin mayor dificultad.

Prosodia

Santacreu plantea que tartamudear es hablar con un patrón de habla “tartamudo” que no sólo implica quedarse enganchado en una sílaba, sino que significa utilizar un patrón de habla característico que puede deberse, por ejemplo, a la falta de aire en los pulmones o por la excesiva tensión en los labios, lo cual provoca el hecho de decir dos o tres palabras sin parar o haciendo pausas inadecuadas. Por lo tanto, se considera como un patrón específico, una forma de hablar, como si se tratara de hablar otro idioma, el cual en este caso se caracteriza por una serie de errores de dicción (repeticiones de sílabas y palabras, bloqueos de inicio de palabra, interjecciones, etc.) que se acompañan de unas características especiales de velocidad y una entonación distinta al patrón prosódico normal (16).



Velocidad

En un artículo de Allan se señala que en la tartamudez está envuelta una disrupción en las relaciones temporales precisas que normalmente existen entre la puesta en marcha voluntaria de la musculatura de la fonación y el ajuste reflejo del tono de la misma que debe continuar la maniobra. Esto explica en particular el hecho de que en la tartamudez se vea afectada en gran medida la velocidad del habla, la cual se regulariza cuando logra ser aminorada con el habla sincronizada en el tiempo (19).

Borel-Masonny afirma que muchos tartamudos no tienen ni idea de la velocidad a la que hablan, ya que esta cambia constantemente. Es necesario entrenarles en ritmo regular y hacerles avanzar un solo paso por sílaba (19). En este sentido, Rosenbek y cols. plantearon una metodología de trabajo en base al silabeo, en donde se comienza con una velocidad mínima de cincuenta palabras por minuto, la cual va aumentando en la medida que avance el tratamiento, hasta llegar al parámetro de normalidad, que es alrededor de 100 palabras por minuto aproximadamente (5).

2.3. Teorías Explicativas

Los estudios actuales en tartamudez permiten precisar que este es un cuadro que no puede ser definido sólo desde una perspectiva, pues son variados y pueden explicarse desde el ámbito afectivo, neurobiológico, genético, psicosocial y psicolingüístico, entre otros, los que a continuación se desarrollarán con mayor detalle:

2.3.1.- Como problema Neurobiológico:

Existen diferencias en cuanto al funcionamiento cerebral si hacemos una comparación entre una persona que tartamudea de otra que no; y el grado de severidad de esta dificultad



estaría manifestado, según Walter Moore, por la participación en el procesamiento del hemisferio cerebral derecho por un lado, y con aspectos relacionados con el control motor del habla por el otro.

Según el modelo de Webster, los mecanismos neurales del habla y del lenguaje en las personas disfluentes son bilaterales y no unilaterales en el hemisferio cerebral izquierdo. Como resultado de esto, hay un doble comando, izquierdo y derecho, que van a inervar la musculatura del habla. A veces, estos comandos no pueden sincronizarse unos con otros y como consecuencia de esta asimetría, los patrones de coordinación secuencial de la musculatura del habla se interrumpen repentinamente y da como resultado bloqueos, prolongaciones, repeticiones, etc. (23).

A través de estudios imageneológicos realizados mediante PET (Tomografía por emisión de positrones) y RNMf (Resonancia Nuclear Magnética funcional) fue posible visualizar la actividad cerebral de los tartamudos. Siguiendo la teoría que asimilan a los tartamudos con un desequilibrio en la asimetría cerebral, se observó que existe una disfunción primaria en el hemisferio cerebral izquierdo y una hiperactivación del hemisferio cerebral derecho que se correlaciona con la fluencia del habla en tartamudos, pero no como causa directa, sino como proceso compensatorio ante la baja actividad observada en el hemisferio contralateral (18).

2.3.2. Como un problema genético.

Diversos autores consideran que la tartamudez es un problema determinado genética o constitucionalmente, sin que los datos obtenidos hasta el momento permitan apoyar o rechazar del todo esta hipótesis.



Por su parte, Perelló, plantea que lo que realmente se hereda es cierta inestabilidad nerviosa individual, es decir, se hereda una tendencia emocional al tartamudeo en función de factores predisponentes.

Algunos autores cuentan con evidencias claras para afirmar que la tartamudez se transmite genéticamente, pues se ha comprobado que las personas que tartamudean tienen más posibilidades de tener descendientes con riesgo de tartamudear. Incluso, los últimos estudios apoyan la posibilidad de que la persistencia y recuperación sean también características heredadas; es decir, que los niños que empiezan a tartamudear llevarían inscrito en su código genético predisposiciones a recuperarse espontáneamente o a continuar tartamudeando (18).

Por lo tanto, existe un factor de predisposición en los niños que puede facilitar la aparición de tartamudeo, sin que esto quiera decir que la disfemia sea un problema genético y mucho menos que el entorno como los padres, hermanos, profesores, condenen una forma definitiva a ese niño a ser llamado tartamudo.

Nuevas investigaciones, como las realizadas por Drayna, han permitido identificar alteraciones en los cromosomas 13 y 18 que podrían estar involucrados ya directamente en la tartamudez (4).

2.3.3 Como un problema psicológico.

La mayoría de las veces, la tartamudez es consecuencia de un factor afectivo o emocional o característica de una ansiedad neurótica. La represión de deseos, inhibiciones, inseguridad, apego ansioso, agresividad contenida, abandono, dificultades de independencia, etc. suelen causar o agudizar la tartamudez. Es muy frecuente observar que en la mayoría de los casos, la tartamudez aparece sólo en relación a determinadas personas y/o ambientes o situaciones y no en otros. El desarrollo sano de un niño comprende una fase de balbuceo o



repetición de ciertas sílabas mientras habla; ésta puede prolongarse e iniciarse la tartamudez en un ambiente predispuesto o cuando los padres adoptan una actitud demasiado rígida y exigente con sus hijos, ya que al corregirles demasiado el habla, se les expone a la formación de un sentimiento de duda e inseguridad en su habilidad lingüística y puede comenzar a tartamudear.

a) *La tartamudez como respuesta aprendida:*

Lo que se plantea, es que cuando el niño empieza a hablar aparecen faltas de fluidez que, en general, no tiene consecuencias para él, salvo en casos de algunos padres que, en un exceso de cuidado, pueden considerarlas como tartamudez e intentar corregir al niño, reprobándolo y hasta castigándolo. En algunos casos la excesiva atención de los padres hacia los errores de dicción puede actuar como reforzador de los mismos y provocar el aumento de la frecuencia de errores al hablar. Posteriormente la conducta se mantiene porque la persona consigue el objetivo de comunicarse y decir la palabra ante la cual se ha producido un bloqueo (16).

b) *Como respuesta a la ansiedad.*

Según esta teoría, las personas tartamudean en situaciones que elevan su nivel de ansiedad, y dejan de hacerlo en aquellas otras en las que se sienten relajados (como el hecho de que no tartamudeen cuando hablan solos). En el marco de esta teoría se realiza por primera vez la diferenciación entre génesis de la tartamudez y mantenimiento de la misma. En su inicio el problema aparecería ante la presión de los padres para conseguir que el niño hable bien, lo cual el niño tendría temor de hablar y a equivocarse debido a que le podrían criticar y llamar la atención. Ese miedo a hablar se ve reforzado porque una vez que habla aparecen reacciones de crítica y una autoevaluación negativa, puesto que él mismo se da cuenta que tartamudea.



Por lo tanto, una vez producido este condicionamiento inicial, el tartamudeo se va generalizando a los distintos estímulos presentes en el ambiente del niño. En este punto decimos que la tartamudez está perfectamente asociada a situaciones específicas y a la relación que tienen éstas con críticas, amenazas o burlas (16).

Entonces de acuerdo a la teoría de la ansiedad, la propia percepción de la tartamudez, el temor a ser calificado de tartamudo o la expectativa de tartamudear en las próximas palabras pueden inducir la producción de mayor número de errores en la dicción.

c) Como un trastorno de personalidad.

En este punto se ha dicho que las personas tartamudas eran más ansiosas, más introvertidas y menos hábiles socialmente que las no tartamudas. No se han encontrado datos concluyentes sobre esta hipótesis, si bien se ha establecido que es el desarrollo de la tartamudez en el contexto social lo que podría originar diversos problemas personales al individuo. Es decir la aparición del problema tendría lugar sin que hubiese ningún trastorno de la personalidad previo, pero el desarrollo del mismo y la propia percepción por parte del sujeto de lo que está ocurriendo (dificultad para comunicarse) serían los factores que provocasen un comportamiento más retraído y ansioso (16).

2.3.4. Como un problema Lingüístico.

En las producciones verbales de mayor longitud y complejidad gramatical son más proclives a poseer disfluencias que las producciones más cortas y simples. Este hecho no podría ser explicado sólo por un trastorno en el control motor del habla, por lo cual se sugiere que la tartamudez está también asociada al planeamiento de la producción lingüística, y no sólo a su ejecución (14).



Estudios actuales sugieren que cierta ineficiencia en la precisión y en la velocidad de la codificación fonológica y/o fonética, podría contribuir al desarrollo de la tartamudez (Conture-Pellosky, 2000) (14).

Según Conture, las personas disfluentes poseen mayores dificultades en las transiciones entre sonidos que las personas no disfluentes. Esto puede explicarse:

- Como consecuencia del trastorno en el control motor del habla (dificultad motora para ejecutar las finas transacciones entre sonidos; lo cual produciría disrupciones en el habla).
- Como resultado de una actitud o creencia aprendida, de que los próximos sonidos son difíciles de producir y que deben, entonces, ser realizados con fuerza, lo cual produciría las disrupciones (14).

En cuanto a este punto, se hace necesario seguir investigando para llegar a conclusiones más certeras (14).

Según estudios realizados, los niños pequeños que presentan tartamudez tienen un lenguaje con características distintivas: complejidad sintáctica reducida, uso frecuente de la palabra “y” al comienzo de las frases, emisiones incompletas y errores gramaticales frecuentes, además de un retraso aproximado de 6 meses en el lenguaje a nivel comprensivo y del vocabulario (10).

En lo planteado anteriormente, no se han encontrado resultados concluyentes sobre el desarrollo insuficiente de las habilidades verbales como desencadenante del trastorno de dicción; por el contrario, se ha planteado dudas si es el síndrome disfémico la que influye en las dificultades del habla.



2.3.5. Como un problema orgánico.

a) *Teorías basadas en disfunciones orgánico-cerebrales.*

En base a este punto, la tartamudez se provocaría por la existencia de anomalías en el funcionamiento cognitivo del cerebro, especialmente en lo que se refiere al establecimiento de la lateralidad de las funciones entre los dos hemisferios cerebrales y concretamente a la dominancia auditiva, lenguaje, visión y manipulativa (10).

b) *Como un defecto de percepción.*

Diverso autores coinciden en afirmar que las personas tartamudean, debido a diferencias de velocidad de transmisión de los tres canales de retroalimentación (auditivo, óseo y propioceptivo). Es decir, repetiría un vocablo porque no le ha llegado la información al cerebro de que ese vocablo ya lo ha pronunciado. Esta demora en la percepción del propio lenguaje en la vía auditiva se podría explicar en función de la existencia de problemas en los mecanismos de percepción periféricos (vías auditivas) y/o centrales (identificación del habla en el área cerebral correspondiente) (10).

De acuerdo a Buchen y Sommer, la tartamudez sería consecuencia de alteraciones en el feedback auditivo debido a un daño en el procesamiento auditivo, el cual provocaría alteraciones en el ritmo del habla, ya que las personas tardarían unos milisegundos más de lo normal en captar su voz, generando la repetición de sílabas. También agrega que la tartamudez podría deberse a una disfunción a nivel de los ganglios basales del cerebro (el hipotálamo y la amígdala, entre otros), donde se guardan la memoria cognitiva y emocional, que se relacionan con el control del movimiento, puesto que los neurotransmisores, como la dopamina, no funcionan armónicamente (hay un marcado incremento) en situaciones de mucha ansiedad o emoción (18).



c) *Como una disfunción neuromuscular.*

Los resultados de los registros psicofisiológicos en el estudio de la tartamudez propiciaron la aparición de teorías que explicaban dicho problema en función de la excesiva tensión muscular que presentaban los sujetos tartamudos, la cual favorecía la contracción de los músculos y el movimiento inadecuado de los órganos fonoarticulatorios y respiratorios (10).

d) *Como falta de coordinación entre los sistemas respiratorio, fonatorio y articulatorio.*

Esta teoría propone que la falta de coordinación entre los diversos actos que permiten el habla es la responsable de que se produzca la tartamudez. Para que podamos hablar es necesario que, en primer lugar, el aire salga de los pulmones con una determinada presión; en segundo lugar, los músculos abductores han de ser capaces de abrir y cerrar las cuerdas vocales. Por último, los órganos articulatorios (lengua, labios, etc.) han de moverse de forma adecuada y coordinada para que las vibraciones de las cuerdas vocales como resultado de la emisión de aire puedan transformarse en palabras inteligibles. Por lo tanto, las personas que tartamudean presentarían una inadecuación de estos movimientos y una descoordinación en el funcionamiento de los tres sistemas implicados (10).

2.3.6. Modelo de Demandas y Capacidades de Starkweather

En este apartado se plantea un modelo teórico que describe la capacidad para hablar fluidamente, las demandas que pueden interferirla y una idea sobre el tipo de interacción que se produce entre capacidades y demandas.

La teoría de las capacidades y demandas es un modelo interaccional que plantea que cada uno de nosotros tiene una determinada capacidad constitucional para hablar fluidamente, capacidad que es en un alto porcentaje producto de la herencia (71% según Andrews et al,



1991). Al mismo tiempo, la fluidez de las personas está sometida a una serie de demandas, entendiéndose como cualquier exigencia que influye en la fluidez del habla y que pone a prueba la capacidad. Las demandas pueden provenir de fuentes internas o externas a la persona. Demandas del primer tipo son las que provienen del propio desarrollo del niño, tanto físico, como lingüístico, social o emocional. Las demandas del segundo tipo proceden del entorno, de las personas que nos rodean o de los propios sucesos de la vida cotidiana (12).

Según esta visión de la naturaleza del trastorno, la tartamudez aparece cuando el niño carece de la capacidad de hablar con la fluidez que las demandas ambientales exigen. Cabe señalar que la capacidad solvente sólo se quebrará ante condiciones ambientales extremas, mientras que una habilidad deficitaria será vulnerable a cualquier aumento de la exigencia (12).

Tanto las capacidades como las demandas, se relacionan con cuatro áreas: motora, lingüística, socio-emocional y cognitiva (15).

Basándose en el concepto de que la habilidad de hablar en forma fluida implica la habilidad de coordinar el funcionamiento de estas cuatro áreas, Starkweather considera que el interjuego entre capacidades y demandas motoras, lingüísticas, cognitivas y socio-emocionales desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la disfluencia (15).

- **Área Motora**

Capacidades:

Las capacidades motoras para el habla son las habilidades para:

- a) Reaccionar rápidamente a los estímulos externos (tiempo de reacción verbal)
- b) Mover el tracto vocal rápidamente
- c) Coordinar temporalmente los movimientos del tracto vocal entre sí.
- d) Realizar movimientos suaves.



La habilidad para reaccionar rápidamente ante los estímulos externos distingue claramente a las personas que tartamudean de las que no tartamudean, demostrándose que la iniciación de los movimientos de habla en quienes tartamudean es más lento. Las personas que tartamudean tienen reacciones lingüísticas más lentas, demoras más prolongadas en el inicio de la respiración y una mayor lentitud en el inicio de la actividad de labios y la laringe. En relación a esto, Conture concluye que las personas disfluentes tienen un tiempo de reacción verbal mayor que las personas no disfluentes. De esta manera se desprende que la habilidad para reaccionar rápidamente constituye una capacidad para la fluidez (15).

Por otro lado, la actividad muscular, una variable que está relacionada con la producción del habla y que está normalmente elevada y desorganizada en las personas que tartamudean, aún en los momentos en que hablan en forma fluida, podría ser, en parte, la que provoque una lentificación en el tiempo de reacción (15).

Tanto en niños como en adultos (por lo tanto, también en adolescentes), el mejor indicador de la habilidad motora para el habla es la velocidad articulatoria, es decir, que tan rápido es capaz una persona de producir los sonidos del habla. Se ha visto que en general, las personas tienden a hablar casi tan rápido como sea posible y que disgusta disminuir la velocidad. Esta tendencia de comunicarse a un ritmo rápido probablemente juegue algún rol en las relaciones emocionales que tanto hablantes como oyentes experimentan ante el gran tiempo utilizado en los movimientos realizados como maniobras compensatorias de la tartamudez (15).

Con el objetivo de producir un habla fluida la persona debe mover las diferentes partes del tracto vocal en forma rápida, ágil y suave para que las cadenas de sílabas sean producidas en forma rápida y continua. Tanto la velocidad y como la suavidad de estos movimientos son componentes de la fluidez (15).

Existen factores ambientales que facilitan o dificultan la fluidez o la capacidad motora del habla de las personas, y que exigen que la persona mueva los mecanismos del habla más



rápidamente. Cuánto más rápido son realizados estos movimientos, mayor será la actividad de los músculos encargados de producir estos movimientos. Debido a que la mayoría de los músculos del habla se encuentran organizados en grupos antagonistas, la contracción de un músculo requiere la simultánea extensión relajada de otro, los movimientos rápidos aumentan el grado de superposición de la actividad de músculos antagonistas. En otras palabras, ante el aumento de la velocidad de movimientos hay una tendencia al aumento de la cantidad de tiempo que los músculos antagonistas estarán simultáneamente contraídos, lo que a su vez provoca un aumento en el nivel general de tensión (o rigidez) del sistema y del nivel general de esfuerzo requerido para los movimientos. Un sistema rígido no se mueve en forma rápida, ágil y fácil, observándose que, ante un cierto umbral de rigidez, los sistemas tienden a producir oscilaciones o temblores (15).

Afortunadamente en la mayoría de los hablantes existe un mecanismo compensatorio. A medida que la velocidad del habla aumenta, es posible impedir que los músculos se pongan demasiado tensos por medio de la reducción de la precisión articulatoria y de la superposición de ciertos movimientos articulatorios. Esta estrategia denominada coarticulación permite el aumento de la velocidad de producción del habla sin el consiguiente aumento de la rigidez del sistema (15).

Estudios realizados por De Nil y Brutten han demostrado que los tartamudos no poseen la misma capacidad que los normofluentes para usar la coarticulación como estrategia para aumentar la velocidad. Esto parece deberse a diferencias fisiológicas (menor capacidad), pero también podría ser el resultado de una mayor demanda ambiental (exigencia de una manera de hablar clara y precisa). Por su parte Conture también encontró que las personas disfluentes presentan dificultades para la realización de las transiciones entre los sonidos del habla.



Demandas:

Las demandas motoras incluyen factores que dificultan el movimiento suave y rápido de las estructuras involucradas en la producción del habla. Probablemente el más importante de estos factores esté constituido por la “presión del tiempo”. Las personas tartamudas encuentran más difícil hablar en forma fluida en aquellas circunstancias que requieren un habla rápida, como por ejemplo (15):

- Saludar al atender el teléfono.
- Responder a la pregunta: “¿Cómo te llamas?”.
- Repetir lo que se dijo cuando alguien dice: “¿Cómo?” O “¿Qué?”.
- Decir una oración o palabra larga.
- Hablar cuando todos están apurados.
- Hablar cuando las personas están esperando una respuesta.

En los niños en particular, hay factores que actúan como demanda motora aumentando la presión del tiempo: velocidad aumentada del habla de los padres, cambio rápido de los turnos de habla, interrupciones frecuentes, etc. (15).

Otra demanda motora está dada por la precisión articuladora requerida en determinadas circunstancias. Si una demanda requiere que determinada palabra o frase sea dicha con mayor precisión articuladora, esto debería llevar a una disminución automática en la velocidad del habla, lo cual mantendría la fluidez. Si además de precisión articuladora, la situación requiere gran velocidad, la fluidez se verá afectada (15).

- **Área lingüística**

Capacidades:

Estas capacidades incluyen la recuperación rápida de palabras, la formulación rápida de construcciones gramaticales correctas y aspectos pragmáticos, tales como tomar la palabra, cambiar de tema, etc.

***Demandas:***

Se relaciona con aspectos semánticos, sintácticos, fonológicos y pragmáticos, tales como (15):

- Nivel de vocabulario muy elevado para la edad del niño
- Uso de frases gramaticalmente complejas de acuerdo a la edad del niño.
- Exigencia de una buena articulación a edad temprana.
- Conversación a un ritmo demasiado rápido.
- Interrupciones frecuentes del mensaje del niño.
- Terminar las frases emitidas por el niño.
- Medio demasiado competitivo para la toma de turnos.

- **Área cognitiva**

Capacidades:

Se relaciona con las habilidades metalingüísticas, cuyo desarrollo aparece a los 8 años aproximadamente. Por lo tardío de su aparición, esta capacidad no es suficiente para compensar la espasmofemia (15).

Otra capacidad cognitiva es la habilidad para entender el concepto de que algunas cosas resultan mejor si se realizan de manera suave y lenta. Sin embargo también es una habilidad de aparición tardía (15).

Demandas:

Surgen cuando se le pide al niño la elaboración de conceptos o ideas complejas, lo que influirá en el rendimiento motor durante el habla (15).



- **Área socio-emocional**

Capacidades:

Se relaciona con la habilidad de una persona para continuar realizando movimientos suaves y lentos en estados de ansiedad, excitación o enojo, ya que estos estados tienden a aumentar la tensión de los músculos involucrados en la producción del habla (15).

Demandas:

Los estados emocionales de ansiedad y excitación tienen en común el aumento del nivel general de actividad muscular, por lo cual, tienen el mismo efecto sobre la fluidez del habla. De esta manera, cualquier suceso poco trivial para el niño, puede provocar estados emocionales que actuarán como demanda aumentando los síntomas de la tartamudez (15).

Es así como durante el período escolar, el niño es sometido a una mayor demanda tanto lingüística, cognitiva como socio-emocional, de manera que existirán más posibilidades de que falle su control motor del habla, generando así estrategias motoras que le permitan al niño suprimir repeticiones de sílabas, tales como “hacer fuerza al hablar”, lo que puede automatizarse transformándose en un reflejo motor (15).

Además, los bloqueos provocarán en el niño un sentimiento de vergüenza e inseguridad. Lo que también originará estrategias compensatorias, tales como sustituir palabras, simular que está pensando cuando siente que se va a trabar, contestar “no sé” cuando en realidad sí conoce la respuesta, perder las ganas de jugar para evitar las burlas de los demás, etc (15).

La forma de hablar está íntimamente relacionada con la identidad de uno, por lo cual al sentirse que habla mal, el niño disminuirá su autoestima y se sentirá cada vez más inseguro de sí mismo (15).



De este modo, la disfluencia estará compuesta por el síntoma verbal y las actitudes negativas reactivas a este síntoma, conformándose un círculo vicioso en el cual la disfluencia produce miedo a hablar y a su vez el miedo a hablar hace que aumente la disfluencia (15).

2.4.- Intervención

La intervención Fonoaudiológica en sujetos que presentan tartamudez cumple con los objetivos de todo plan de intervención, en el sentido de intentar que se produzca eliminación, reducción y/o una compensación dependiendo de la sintomatología que presente el sujeto.

De acuerdo a lo planteado por la autora Anne - Marie Simon, se debe comenzar la intervención con entrevistas en las que se indagará en los posibles acontecimientos que provoquen un desequilibrio emocional en el último tiempo, junto con una observación de los comportamientos del niño frente a su dificultad verbal, para detectar las situaciones que desencadenan mayor tensión y, de esta forma, cambiar ciertos comportamientos y actitudes que intensifiquen estas conductas por medio de orientaciones educativas que modifiquen los ritmos familiares y las exigencias sobre el niño (13).

La intervención se enfrenta de manera instintiva en el sentido de que considera necesariamente un proceso dirigido hacia los padres y/o familia del menor, como aquel dirigido hacia el propio niño. Desde esta perspectiva se puede reconocer, por tanto, una intervención indirecta y otra directa (13).

Se entiende por intervención indirecta aquella que tiene como objetivo producir una serie de adecuaciones y manejo del medio en el que se desenvuelve el sujeto a fin de aminorar aquellos factores que actúan como intensificadores o mantenedores del cuadro y para evitar que este trastorno se vuelva un problema para toda la vida. Esta se utiliza habitualmente en niños preescolares en los que se produce una manifestación precoz del cuadro. En sujetos



mayores este tipo de intervención siempre se acompaña de una intervención directa, la que tiene como propósito intervenir específicamente sobre la sintomatología involucrada en la Tartamudez (13).

En la intervención indirecta se abordará el cuadro desde una perspectiva multidimensional, según la diversidad que generan dichos trastornos, contemplando los siguientes aspectos (13):

- Orientación e información a padres, encaminado a darles información sobre aspectos importantes de la Tartamudez.
- Intervención con padres para crear ambientes favorecedores de la fluidez, centrándose en modificar aspectos negativos sobre el habla del niño y algunos aspectos del habla de los padres, tales como un habla más lento y relajado, y con un contenido más simple tanto sintáctica como semánticamente.

Es importante indicar a los padres:

- Estar más atentos al contenido de su lenguaje más que a la forma.
- Salir de la conspiración del silencio, esto es, hablarle al niño sobre su dificultad, apoyarlo en los momentos que exista una mayor dificultad y dar refuerzos positivos, es decir, reforzar el sentimiento de bienestar, en los momentos que tiene un buen desempeño.
- Los padres deben utilizar frases más cortas y de menor complejidad, pausas más prolongadas y una prosodia más melódica cuando se dirijan al niño.
- Utilizar técnicas de relajación.
- Se enseñará a los padres a aplicar estas estrategias a través de juegos, lecturas, etc., para crear en el niño un sentimiento de seguridad.



Además de una intervención con el niño en edad escolar y con los padres se debe proporcionar herramientas al colegio, a través del profesor o profesional a cargo (fonoaudiólogo, psicopedagogo, etc) para que faciliten estas estrategias aprendidas en el ámbito escolar (13):

En cuanto a la intervención Directa, se deben considerar ciertas estrategias y para esto, el Fonoaudiólogo debe guiarse a través de diversos modelos, los que surgen desde las teorías sobre la tartamudez (13):

- a) Teorías que inciden en el error de retroalimentación ósea aérea.
 - Seguimiento
 - Encubrimiento
 - Habla rítmica, silabeo o metrónomo
 - Retroalimentación auditiva demorada.
- b) Tartamudeo como respuesta aprendida.
 - Refuerzo positivo a respuestas alternativas a la tartamudez
 - Extinción
 - RAD como castigo al tartamudeo
 - Castigo (dispensador de shock)
 - Tiempo fuera
 - Contracondicionamiento
 - Autocontrol de número de errores

La modalidad terapéutica a utilizar también depende del grado de severidad que presente el niño, siendo éstas más o menos específicas (13).

Las modalidades menos específicas están dirigidas a los niños que tienen una tartamudez y factores de riesgo de tipo leve a moderado y tiene como objetivo permitir a corto plazo que el niño mantenga una fluencia controlada en la mayor cantidad de las situaciones del



habla y que aprenda a manejar su tartamudez residual, ejerciendo un auto-control que pueda considerarse como auto-terapia (13).

Las modalidades son las siguientes:

- Entrenamiento en relajación.
- Entrenamiento en distensión fonoarticulatoria, en sílabas iniciales por medio de un modelo entregado por el terapeuta, para evitar posiciones prefonatorias.
- Resistencia a la presión temporal, alargando las pausas, retardando las respuestas y manteniendo el contacto ocular.
- Flexibilización de la prosodia, del ritmo, de la intensidad y de las pausas.

La modalidad específica, por otro lado, se aplica a niños cuya tartamudez sea más severa y en donde se hayan fijado actitudes y sentimientos negativos en cuanto a su dificultad en la comunicación; además se puede aplicar a aquellos pacientes que no han mejorado con las técnicas anteriores a pesar de tener un grado menos severo. En esta modalidad se consideran las disposiciones motrices del habla, es decir, el niño debe darse cuenta de sus producciones a través de la producción requerida por el Fonoaudiólogo, lo que permitirá que mejore por medio de indicaciones como reducción de la tensión al principio de la palabra, enlentecimiento de las repeticiones, etc., acompañada de técnicas de relajación general y segmentaria. Estas técnicas pretenden que el niño realice un esfuerzo contra su habla y que puede ser controlada a través de su voluntad (13).

Van Riper propone una serie de modalidades de tratamiento que se basan en el control del Ritmo y de la Velocidad (19).



Habla metronómica o temporizada por sílabas.

Los métodos de control del ritmo, regulación del tiempo y golpes en el tiempo siempre se han basado en algunos hechos remarcables; la mayoría de los tartamudos se vuelven completamente fluidos tan pronto como comienzan a hablar con una marcha medida sílaba a sílaba; la mayoría de los tartamudos, después de haber mostrado tartamudeos en las palabras de una canción, pueden cantar esas mismas palabras sin rastro de tartamudez; los tartamudos, cuando hablan al unísono con algún otro hablante, a menudo se vuelven completamente fluidos. Si la tartamudez es simplemente una respuesta condicionada a claves lingüísticas y situacionales, es duro comprobar como la extinción es conseguida tan instantánea y completamente. Debe haber alguna explicación subyacente de este “efecto rítmico” que pueda arrojar un poco de luz sobre la naturaleza misma del trastorno. Ellos y sus oyentes rechazan el habla silabeada y el resto de variantes por ser demasiado artificial y anormal. Muy poca generalización tiene lugar fuera del entorno terapéutico y la recaída es casi universal. Esta manera medida de hablar produce fluidez temporal de la misma manera que cantar produce fluidez temporal en la mayoría de los tartamudos (19).

Cabe señalar el efecto de la sugestión. Cuando cada sílaba o palabra es hablada en un ritmo regular se recrea una potente sugestión. Como la mayoría de los tartamudos dicen sin tartamudear muchas palabras cuando hablan, las unidades fluidas ganan un valor de estímulo bajo el habla rítmica que habitualmente no poseen. El tartamudo se oye y se siente fluido en estas unidades y como lo único que tienen en común es el ritmo, éste se inviste de una eficacia notable. El efecto acumulativo de toda esta autosugestión, aunque sea indirecta, puede ser tremendamente potente. La técnica es simple, fácil de llevar a cabo; usualmente produce una fluidez temporal e inmediata (19).

Por otra parte, Bloodstein hace la siguiente declaración al respecto del valor distractivo del habla silabeada en el tiempo: *Casi cualquier circunstancia que refuerza momentáneamente*



la toma de conciencia del tartamudo como tartamudo o que concentra su atención en claves representativas de tartamudez es susceptible de generar más tartamudez. Por el contrario, cualquier condición en la que su atención a esas claves sea debilitada por estímulos competidores traerá una eliminación temporal de la dificultad de habla. Entre tales distractores, Bloodstein incluye cantar, monótonamente o “sincronizado con movimientos rítmicos, como los de un metrónomo.” En cuanto el sujeto se habitúa a la forma novedosa de hablar, el efecto distractor desaparece y esos miedos retornan tan poderosos como siempre (19).

Aunque se entiende que la distracción puede ser la causa de alguna de la fluidez temporal que se produce con el habla sincronizada en el tiempo, no creemos que se trate del único factor. Su influencia principal se debe a la facilitación de la sincronía de las sinergias básicas de la respiración, fonación, y articulación que son distorsionadas durante la tartamudez, y la sincronización necesaria en la coarticulación de la sílaba dentro de los patrones motóricos de la palabra. Por lo tanto, existe una gran probabilidad de que las señales accesorias que proporciona el metrónomo u otros estímulos externos o internos pueden bastar para integrar eficientemente el patrón motor que los impulsos nerviosos deben ejecutar (19).

Control de la velocidad del habla.

Se trata de entrenar al tartamudo a hablar muy despacio, usualmente prolongando las vocales o haciendo pausas mayores de lo habitual después de cada frase. Al principio, el tartamudo habla solo una palabra cada dos segundos (30 palabras por minuto) mientras lee o recita material memorizado. Entonces, a medida que desaparece la tartamudez, la velocidad es incrementada regularmente hasta que finalmente se aproxime a la pronunciación normal (19).

Normalmente implica una extensión de las vocales y de las pausas normales. El tartamudo, si desea recuperarse, debe, en todas las ocasiones, hablar lenta y deliberadamente, deteniéndose en las vocales, para así dar tiempo a que se formen los sonidos en la laringe (19).



Bluemel hace mención a dos de los principales métodos para bajar la velocidad del habla: incrementar la longitud de las pausas y elongar las vocales. Muchos de los antiguos manuales de ejercicios están llenos de pasajes para leer con diagonales que marcan los lugares donde el tartamudo debe insertar pausas y muchas de las antiguas terapias pedagógicas recomendaban este tipo de práctica junto al habla deliberadamente lenta (19).

Goldiamond usó el DAF (Delayed Auditory Feedback - Respuesta auditiva retardada) como refuerzo negativo, de manera que el tartamudo podía escapar a la presión auditiva hablando muy lentamente. De hecho, uno de los efectos del DAF sobre los hablantes normales es la elongación de las sílabas. Estos procedimientos resultaban ser los mismos de siempre, es decir recortar gradualmente la prolongación de las vocales (a base de reducir progresivamente el tiempo de retraso del DAF) y aumentando la velocidad del habla (19).

- Terapia de control de la velocidad de la conversación

Esta terapia es planteada por Curlee y Perkins, en la que se instruye al paciente para que descienda la velocidad de su habla, prolongando las sílabas de manera que su pronunciación coincida con el retraso auditivo (DAF) (19).

Además se le instruye en el uso de frases cortas. En estas condiciones el tartamudo regula cada nueva palabra con el eco de la palabra inmediatamente anterior a un ritmo de 30 ó 35 palabras por minuto y cuando ya no se muestran más tartamudeos se desciende el tiempo de retraso en 50 msec. Así hasta que se reduce la tartamudez a cero sin retraso. Una vez que el tartamudo ha cumplido con el criterio de no tartamudeo a 0 msec de retraso, se le alienta de nuevo para que use una velocidad articulatoria suficientemente lenta y frases suficientemente cortas para que pueda mantener la libertad ante la expectativa de tartamudez y ante la tartamudez misma, hasta que, finalmente, se le retira el DAF (19).



Curlee y Perkins encontraron necesario instituir un programa clínico de castigo por medio de time-out para los casos que fracasaban en la técnica de control de la velocidad y desarrollaron un programa de transferencia bastante complejo para que las ganancias obtenidas en laboratorio no se perdieran (19).

Otros terapeutas como Ryan y Andrews e Ingham han usado más o menos las mismas técnicas de DAF para crear habla lenta y fluida aunque usaban reforzamiento positivo en lugar de castigo (19).

2.5.- Evaluación

La evaluación, considerando tanto la evaluación inicial, transterapéutica y final, es un proceso complejo y dinámico que posee objetivos y etapas.

Dentro de los objetivos del proceso de evaluación, se consideran los siguientes (17):

- 1.- Determinar la existencia de un problema a nivel de la comunicación oral, que en este caso alude a la presencia de tartamudez. Para poder cumplir este objetivo, el fonoaudiólogo debe tener el conocimiento suficiente sobre la sintomatología y posibles etiologías que pueden desencadenar el cuadro, junto con el conocimiento de otros trastornos con los cuales sea posible establecer un diagnóstico diferencial.
- 2.- Determinar los objetivos terapéuticos. Para esto es necesario realizar una exhaustiva semiología del cuadro que presenta el paciente, punto fundamental en lo referente a la tartamudez y que la hace diferente al resto de los trastornos del habla, pues los pacientes, a pesar de tener un mismo diagnóstico, pueden tener características clínicas totalmente diferentes. Además, se deben identificar las fortalezas y debilidades comunicativas del niño, para poder implementar, por ejemplo, una terapia del tipo facilitadora, a partir de las



capacidades del niño y descartar la presencia, por ejemplo, de problemas de lenguaje asociados que puedan darse en forma paralela y que puedan interferir en la recuperación.

3.- Seleccionar los procedimientos terapéuticos, a partir de la aproximación hacia las estrategias y estilos de aprendizaje que posee el niño y del conocimiento de modelos de intervención en tartamudez.

4.- Determinar los efectos del programa de intervención.

5.- Determinar el alta o la finalización del programa de intervención, el que muchas veces no será definitivo y más bien, se optará por un sistema de seguimiento a partir de controles periódicos.

En cuanto a las etapas de la evaluación inicial de la tartamudez propuesta en este seminario, éstas se pueden diferenciar en tres grandes partes:

1.- Entrevista con los Padres:

Es de suma importancia partir la evaluación con este punto debido a que una las etiologías de la tartamudez, como se indicó anteriormente, es el aspecto biológico. De esta forma, se podrá obtener información acerca de los antecedentes familiares, es decir, si existe algún familiar que presente este cuadro o uno similar. Además, se ha visto la importancia que tiene para este tipo de cuadro la influencia del ambiente, por lo que obtener información entregada por la familia, como por ejemplo, conocer el grado de exigencia que tienen éstos sobre el paciente, es de suma relevancia.

Comienza con la elaboración de una historia clínica (anamnesis) por medio de una entrevista, en la que se recoge información de cómo se ha desarrollado el trastorno, cuándo comenzó, coincidencia con algún acontecimiento extraordinario, cuál ha sido la evolución observada y qué actitudes se han manifestado hacia el problema, antecedentes familiares, etc.



Se registran también los datos evolutivos del desarrollo y del lenguaje para conocer la existencia de indicios de algún déficit en las habilidades lingüísticas del niño que requiera tratamiento específico paralelo y que pueda ser concomitante a la tartamudez. Además, es necesario saber si el sujeto se encuentra consumiendo algún medicamento usado en tartamudos como los de tipo antidopaminérgico, entre los que se cuentan los neurolepticos como haloperidol, risperidona y olanzapina, entre otros (18).

Además, es preciso realizar una recopilación de información otorgada por otros profesionales, como, por ejemplo, psicólogos, profesores, neurólogos, etc., que pueda orientar en la detección de la o las causas que estén desencadenando el cuadro o de aquellos sucesos que actúen como mantenedores del mismo, como por ejemplo, información relacionada con el embarazo y parto, antecedentes de rendimiento escolar y aprendizaje, desarrollo psicomotor, tratamiento farmacológico, etc.

2.- Entrevista con el paciente.

Esta parte de la evaluación en tartamudez es fundamental ya que la relación entre las actitudes y opiniones sobre la tartamudez y la propia percepción del cuadro son aspectos básicos que se deben trabajar en la intervención, por cuanto la eliminación de conceptos equivocados o actitudes negativas favorecen la mantención del trastorno y, por el contrario, la incorporación de opiniones adecuadas ayuda a instaurar comportamientos beneficiosos para mejorar la fluidez.

Por otra parte, el retraimiento, la excesiva timidez, la escasa habilidad social y baja autoestima son aspectos que se dan frecuentemente en los tartamudos, especialmente en adolescentes y adultos, lo que, en ocasiones, entorpece el cumplimiento de objetivos y la generalización del habla fluida. En caso de presentarse estas características, también debiera



considerarse el abordaje de las mismas, ya sea a través de la terapia, o por medio de derivaciones al profesional competente (neurólogo, psicólogo, psiquiatra, etc.).

Además es necesario considerar la estimulación personal de influencias ambientales, la importancia de la fluidez verbal para el sujeto, la valoración personal de la tartamudez y la valoración social de la tartamudez.

3.- Examen de la Fluidez.

Para delimitar las dificultades del habla y obtener una muestra representativa se observa y registra al tartamudo en distintas tareas de diferente grado de dificultad. Así, mientras narra una historia, describe una imagen, responde a preguntas y establece una conversación se podrá evaluar cuáles son las diferencias que aparecen en la fluidez ligadas a diferentes contextos.

Cabe señalar, que esta parte de la evaluación no sólo debiera enfocarse a los aspectos de la fluidez, sino también a todos los parámetros considerados dentro de la evaluación fonaudiológica que permitirán determinar la existencia de algún problema asociado y que pueda interferir en la recuperación y deba ser resuelto en forma paralela, como es, por ejemplo, un trastorno fonológico en niños pequeños.

Por lo tanto, deberán considerarse como contenidos de evaluación:

1.- Las Bases Funcionales del Habla

- Respiración
- Tensión muscular
- Voz



2.- Evaluación de la Fluidez.

- Ritmo.
- Prosodia.
- Duración.
- Velocidad.
- Secuencia.
- Fluencia.
- Valoración del Número y Tipo de Espasmos.



3.- OBJETIVOS GENERALES

- 1.- Diseñar una Pauta de Evaluación Fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez.
- 2.- Validar la Pauta de Evaluación Fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez.
- 3.- Aplicar experimentalmente la Pauta de Evaluación Fonoaudiológica a sujetos que consulten por tartamudez.

4.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1 Determinar los contenidos que deberían considerarse en la Evaluación Fonoaudiológica de niños y adolescentes que consulten por Tartamudez.
- 1.2 Determinar las tareas mediante las cuales se debería evaluar la fluidez en niños y adolescentes que consulten por tartamudez.
- 1.3 Diseñar la Pauta de Evaluación Fonoaudiológica en niños y adolescentes que consulten por tartamudez.
- 2.1 Someter a validación de expertos la Pauta de Evaluación Fonoaudiológica en niños y adolescentes que consulten por tartamudez.
- 3.1 Analizar la aplicación experimental de la Pauta de Evaluación Fonoaudiológica en niños entre los 5.0 - 11.11 años y adolescentes entre los 12.0 - 17.11 años, que consulten por tartamudez.



5.- MATERIAL Y MÉTODO.

La metodología a utilizar para la confección de la pauta consta de cinco grandes etapas:

- ✓ Primera etapa: Abarca una extensa y minuciosa recopilación de información a través de revisiones bibliográficas, que permitieron dar un vasto sustento teórico a la caracterización de los ítems que incluya la pauta, considerando todos los parámetros que se deben observar a la hora de enfrentarse a un paciente que consulta por tartamudez. También se obtuvo información a partir de la experiencia clínica de Fonoaudiólogos chilenos que están especializados en el área para incluir la realidad nacional que no siempre se ve reflejada en investigaciones que se exponen a nivel internacional.
- ✓ Segunda etapa: Con la información anterior, se procedió a la construcción de la Pauta de Evaluación Fonoaudiológica, correspondiente a uno de los objetivos de este trabajo.
- ✓ Tercera etapa: Se sometió esta pauta a juicio de expertos, quienes contestarán una encuesta creada en base a los mismos ítems que contiene el instrumento a diseñar, para obtener su apreciación personal y posibles sugerencias de modificación.
- ✓ Cuarta etapa: La pauta fue modificada de acuerdo a lo sugerido por los expertos.
- ✓ Quinta etapa: Finalmente, se realizó una aplicación experimental con el objetivo de conocer la funcionalidad clínica de la pauta.

5.1.- Tipo de diseño

Se realizó un estudio de tipo descriptivo no Experimental, en el cual se confeccionó una Pauta de Evaluación Fonoaudiológica que se aplicó en forma experimental a una muestra elegida por conveniencia de sujetos que consultan por Tartamudez.



El diseño de esta pauta fue creado de tal forma que incluya ítemes que logren abordar cada una de las etapas y contenidos que debe incluir el proceso de evaluación propuesto.

5.2.- Variables

Las variables estudiadas son de tipo cualitativo, pues corresponden a los contenidos que se pretende evaluar a través de la pauta y que estarán en cada uno de los ítemes.

Los ítemes están dirigidos a la recopilación de antecedentes del paciente, que en el proceso de diagnóstico son entregados tanto por parte de los padres como de otros profesionales que permiten dar información complementaria, que ayude a la caracterización del cuadro; antecedentes aportados por el propio paciente, que permiten describir la autopercepción del cuadro; y la evaluación de parámetros relacionados con las bases funcionales del habla y la fluidez.

Para la realización de este trabajo se necesitó la participación de sujetos en quienes se aplique la pauta ya validada, con la finalidad de conocer si el instrumento cumple con la funcionalidad clínica que se espera. Sus características se detallarán a continuación.

Grupo en estudio para la aplicación experimental de la pauta de evaluación.

La aplicación experimental del instrumento se realizó en un total de dos sujetos, uno cuya edad fluctúa entre los 5.0 - 11.11 años, y otro entre los 12.0 - 17.11 años, que consulten por Tartamudez, procedentes de la Región Metropolitana. Los sujetos han sido seleccionados del Centro Médico Megasalud, ubicado en la comuna de Maipú.



Formas de selección de las unidades de estudio para la aplicación experimental de la pauta de evaluación

La unidad de análisis fue cada sujeto que consultó por Tartamudez, quienes fueron seleccionados por conveniencia del Centro de atención antes mencionado, cuya edad sea la anteriormente señalada.

6.- ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis cualitativo de:

- La validación por parte de los jueces expertos se realizó por medio de la evaluación de la pauta, una vez confeccionada, de acuerdo a sus conocimientos y experiencia clínica, la que permitió un rediseño del instrumento considerando sus observaciones y sugerencias, en caso de que fuese necesario.
- El análisis realizado a partir de la aplicación experimental de la Pauta de Evaluación Fonoaudiológica en niños y adolescentes que consulten por Tartamudez para observar si el instrumento fue aplicable en forma funcional en la clínica, es decir, para determinar si es un instrumento de aplicación sencilla y de fácil registro y análisis de los resultados arrojados. Además, se logró conocer si las instrucciones estipuladas en la pauta, fueron fáciles de seguir y comprender por los pacientes que presentaron este cuadro, independiente de su nivel sociocultural, edad, etc.



7.- RESULTADOS

7.1.- Resultados correspondientes al Objetivo General N° 1

A continuación se presenta la Pauta de Evaluación Fonoaudiológica para pacientes que consultan por tartamudez: **P.E.F.T.**

Ésta involucra tanto la Presentación, el Instructivo, la Pauta propiamente tal y, finalmente, los materiales necesarios (textos, lista de palabras y frases, láminas y un CD con estímulos rítmicos para la evaluación del Ritmo) a utilizar para la aplicación de la P.E.F.T.



PAUTA DE EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA PARA PERSONAS QUE CONSULTAN POR TARTAMUDEZ

P.E.F.T.

(D. Ahumada, D. Alday, M. Miranda, P. Zamorano)

Año: 2004

PRESENTACIÓN DE LA P.E.F.T.

Actualmente, en Chile, no existe un instrumento objetivo y común para el mundo fonoaudiológico que permita recopilar información en forma dirigida para, posteriormente, analizar las características del cuadro de acuerdo a cada sujeto. La presente Pauta pretende orientar al clínico en la evaluación de la Tartamudez, a través de la entrevista inicial con los padres y el paciente, y la evaluación de la fluidez, con la finalidad de obtener resultados que establezcan un diagnóstico certero y permitan orientar las directrices del proceso de intervención fonoaudiológica.

Es por esto que la P.E.F.T. tiene como propósito dar un acercamiento clínico hacia la sintomatología de la tartamudez, considerando las distintas teorías explicativas descritas en la literatura, siendo aplicable en niños desde 5.0 a 11.11 años, y adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 12.0 y 17.11 años de edad.

Objetivos:

- 1.- Conocer los antecedentes que aporten una mejor comprensión de los factores que puedan explicar el origen de este trastorno.
- 2.- Evaluar los distintos parámetros de la fluidez para determinar las características y grado de severidad del cuadro.



CARACTERIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

La P.E.F.T. está constituida por tres módulos:

- ✧ En el primer módulo se realizará una recopilación de información entregada por los padres o adultos responsables del menor.

En este módulo se incluyen preguntas de alternativa y preguntas de respuesta abierta, en relación a los Antecedentes Generales del Paciente y Antecedentes Familiares.

- ✧ En el segundo módulo se realizará una recopilación de antecedentes a partir de una entrevista al sujeto.

En este módulo se incluyen preguntas de alternativas y preguntas de respuesta abierta, junto a una Evaluación de la Autopercepción para Adolescentes. Las preguntas involucran aspectos relacionados con el Motivo de Consulta, Antecedentes Escolares, Percepción del Problema, Factores Gatillantes, Maniobras Compensatorias, Sociabilidad y Postura frente a la Terapia.

- ✧ En el tercer módulo se realizará una evaluación de aspectos relacionados con las bases funcionales del habla y los componentes de la fluidez.

Este módulo evalúa los siguientes aspectos:

- Bases Funcionales del Habla: Involucra los parámetros de Respiración, Tonicidad y Voz.
- Componentes de la Fluidez: Involucra los parámetros de Velocidad, Fluencia, Ritmo y Valoración del Número y Tipo de Espasmos.

MODALIDAD DE APLICACIÓN

La P.E.F.T. es un instrumento que se aplica, en una primera instancia, a los Padres o al Adulto responsable del sujeto, mediante una entrevista, y en una segunda instancia, al propio sujeto, a quién se le realiza la entrevista y la evaluación de la Fluidez.



Esta Pauta puede ser aplicada en una sola sesión o en dos, dependiendo de las condiciones en las que se aplique, de acuerdo al tiempo con que dispone el examinador o en cuanto al criterio personal de éste.

Además, cabe señalar, que el examinador queda en libertad de aplicar los tres módulos en forma consecutiva o variando el orden, dependiendo de la situación en la que se de la evaluación. Es decir, en caso que el paciente acuda solo, se le podrá aplicar los módulos que correspondan, pero se deberá solicitar que, en una segunda instancia, acuda con sus padres o cuidadores para que respondan a las preguntas correspondientes al primer módulo.

Junto a esto, se sugiere que se realice la entrevista a los padres en ausencia del sujeto y, a sí mismo, la entrevista al sujeto en ausencia de los padres, para evitar sesgos en las respuestas, comparar las respuestas elicitadas y observar la posible discordancia entre estos antecedentes.

En cuanto a la utilización de los materiales sugeridos para realizar la evaluación de la Fluidez, se debe utilizar el CD adjunto para evaluar específicamente el ítem correspondiente al ritmo, pues de esta forma se procurará que los estímulos sean homogéneos para todos los pacientes, y así no dependan de las habilidades rítmicas del examinador. En relación a los materiales adjuntos utilizados para evaluar el módulo III, cabe señalar que son sólo una sugerencia y pueden ser modificados por el evaluador, sin perder de vista el objetivo de la evaluación.

MATERIALES

- ✧ Protocolo de registro
- ✧ Camilla
- ✧ Cronómetro
- ✧ Metrónomo (optativo)



- ✧ Grabadora
- ✧ Láminas para elicitación de producciones
- ✧ Lista de palabras y frases
- ✧ Textos para niños y adolescentes
- ✧ CD con patrones de Ritmo
- ✧ PC con reproductor de CD y parlantes, ó Radio con reproductor de CD

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La PEFT considera un análisis de tipo cuantitativo y cualitativo.



INSTRUCTIVO

P. E. F. T.

MÓDULO I: ENTREVISTA A LOS PADRES

Éste módulo se debe realizar en ausencia del paciente, en un ambiente adecuado, sin sonidos ambientales que entorpezcan la entrevista, con el fin de brindar a los padres o cuidadores un clima de tranquilidad y confiabilidad para abordar temas de índole familiar y personal del paciente.

Algunas de las preguntas de alternativas, formuladas en este módulo, presentan un espacio, con el fin de que el examinador anote sus apreciaciones con respecto a las respuestas entregadas por los padres o cuidadores.

Es importante indagar en cada uno de los ítemes propuestos en este módulo, ya que representan una base para el posterior análisis de la sintomatología del cuadro.

MÓDULO II: ENTREVISTA AL NIÑO / ADOLESCENTE

Este módulo se debe realizar en ausencia de los padres. La entrevista, dirigida tanto a niños como adolescentes, está compuesta por preguntas de respuesta abierta y de alternativas. Éstas últimas presentan un espacio para que el examinador anote apreciaciones que a su juicio le parezcan relevantes de las respuestas dadas por el paciente, y que aporten en la descripción más detallada del cuadro.

En el caso de que el paciente sea adolescente, se le debe aplicar además una evaluación de autopercepción, la cual debe ser contestada de manera escrita por el mismo paciente.



MÓDULO III: EVALUACIÓN FLUIDEZ

I.- Bases Funcionales del Habla

Materiales: Camilla, Textos, Láminas de descripción, Lista de palabras y frases, Grabadora.

1. Respiración

Este parámetro se puede evaluar a partir de la observación directa del modo y tipo respiratorio. Además se puede corroborar el tipo a través de la palpación de la zona torácica (hombros, pecho, abdomen, etc.).

La CFR se evalúa mediante el habla espontánea y lectura, sin dejar de observar en ellas el tipo y el modo respiratorio. Se sugiere evaluarla además mediante soplos, en los cuales no haya palabras ni habla de por medio. Se le solicita al paciente que tome aire y que bote en 1 tiempo, luego inspire y bote en 2 tiempos y así sucesivamente; el criterio para los niños de 5 a 12 años es lograr dividir el volumen espiratorio hasta en 5 tiempos, y en 8 tiempos para los mayores (12 – 17 años).

En pacientes no lectores, se pedirá que describan las láminas adjuntadas en el anexo materiales, o aquellas láminas que el terapeuta estime conveniente.

En pacientes lectores se evaluará a través de la lectura de los textos propuestos en esta pauta.

Es necesario preguntar si el niño tiene antecedentes de adenoides, amígdalas hipertróficas, si tiene algún tipo de alergias (presencia de rinitis) y revisar que la nariz esté limpia, para descartar la presencia de elementos que puedan influir en su desempeño.

2. Tonicidad

La tensión General se puede evaluar mediante la observación, la palpación y preguntado al paciente alguna sensación de tensión física. Para ello se recomienda recostar al paciente en una camilla y movilizar distintos segmentos del cuerpo en forma dirigida (brazos,



piernas, cara, etc) dejando que el terapeuta guíe el movimiento para observar la presencia o ausencia de resistencia a éste a causa de tensión.

En la tensión Segmentaria se evaluará realizando una serie de actividades para determinar la existencia de tensión en las zonas relacionadas con los órganos fonoarticulatorios. La zona orofacial se evaluará mediante la observación y la palpación. También se puede solicitar a reproducción de gestos faciales (como sorpresa, enojo, pena, etc.), la pantomima de masticación según modelo dado por el terapeuta y la hiperarticulación de palabras a la repetición para observar la movilidad facial. La tensión cervical se puede evaluar a través de la observación, palpación y mediante una evaluación biomecánica (ante-flexión, movimiento lateral, medial y giro completo de la cabeza). La zona paralaríngea se evaluará mediante la palpación y movimientos laríngeos.

3. Voz

A través de este parámetro se pretende hacer una evaluación general de las características vocales del paciente, como la emisión, resonancia, etc., para determinar la presencia de algún trastorno de la voz asociado o la presencia de disfonía, característica de los pacientes con Farfulleo.

II.- Componentes de la Fluidez

Materiales: CD, Cronómetro, Textos, Láminas de descripción, Grabadora.

1. Velocidad

Este ítem pretende evaluar la cantidad de palabras que dice el paciente durante un minuto para compararlo con los parámetros normales (alrededor de 100 palabras en un minuto) y determinar si existe alguna alteración a este nivel.

Se medirá a través del habla espontánea y de la lectura de un texto. Se sugiere la utilización de textos, uno para niños y otro para adolescentes, los cuales se adjuntan como



anexos. En caso de pacientes no lectores, se le pedirá el recuento de los textos según corresponda.

Esta actividad deberá ser grabada, debido a que de esta forma es posible realizar una observación más acabada del desempeño del paciente.

2. Fluencia

Por medio de este ítem se pretende evaluar la capacidad de mantención del flujo verbal por parte del niño.

Este ítem se medirá a través de la repetición de palabras y frases y de la descripción de una lámina. A partir de estas actividades, se abre la posibilidad de consignar como una observación general las características generales del lenguaje del niño y la posible presencia de algún trastorno de lenguaje.

3. Ritmo

Este parámetro se evaluará a través de distintos estímulos rítmicos, que serán adjuntados en el CD anexo de la PEFT, y que van aumentando en complejidad, dependiendo si el paciente corresponde a un niño o a un adolescente.

Las instrucciones que contiene el CD son las siguientes: “ El paciente deberá escuchar atentamente los sonidos y luego deberá reproducirlos a través de golpes de manos o con la ayuda de algún instrumento de percusión”, los cuales podrán ser, por ejemplo, claves, pandero, etc. Dentro del material anexo se incluye algunos ejemplos de las palabras con las cuales se debe acompañar los ejercicios relacionados con la repetición de ritmos binarios y ternarios asociados a habla.

Este material tiene una duración de 5 minutos aproximadamente y tiene por finalidad determinar el desempeño del paciente frente a distintos tipos de ritmos y observar en qué nivel presenta mayor dificultad.



Este CD consta de 20 pistas, en las cuales se incluyen los siguientes elementos:

Pista	Contenido
1	Presentación de la PEFT. Autoras
2	Título: Estímulos para evaluar el ritmo
3	Instrucciones
4	Título: Ritmos Binarios Simples
5	Ejercicio N° 1
6	Ejercicio N° 2
7	Título: Ritmos Ternarios Simples
8	Ejercicio N° 3
9	Ejercicio N° 4
10	Título: Ritmos más Complejos
11	Ejercicio N° 5
12	Ejercicio N° 6
13	Ejercicio N° 7
14	Ejercicio N° 8
15	Título: Ritmos Binarios Asociados a Habla
16	Ejercicio N° 9
17	Ejercicio N° 10
18	Título: Ritmos Ternarios Asociados a Habla
19	Ejercicio N° 11
20	Ejercicio N° 12

En niños debe aplicarse como mínimo del ejercicio N° 1 al N° 4, pero si el examinador estima conveniente no debe excluirse la posibilidad de aplicar los demás ejercicios. En el caso de adolescentes, deben aplicarse todos los ejercicios.



4. Valoración del número y tipo de espasmos

- *Valoración de la frecuencia*

Este ítem se evaluará contando la cantidad de espasmos observados durante la lectura y/o recontado y el habla espontánea. Para ello, ambas instancias deberán ser grabadas. También se podrá medir la cantidad de espasmos a través de la descripción de una lámina.

- *Valoración de la intensidad*

La evaluación de este ítem se basará en como influyen en la comunicación los espasmos observados en el paciente durante las tareas de habla espontánea, lectura y/o recontado.

- *Valoración del tipo de espasmos*

Esta parte de la evaluación permitirá determinar el tipo de espasmos que presenta el niño según sus características.

Estos se observarán en tareas de habla espontánea, lectura y/o recontado, determinando los sonidos en donde se presentan los espasmos con mayor frecuencia. Esto es con respecto al modo articulatorio (sonidos fricativos, oclusivos, africados), punto articulatorio (bilabial, labiodental, post-dental, alveolar, velar), posición de la sílaba (sílaba inicial, medial, final.), etc.

***RESULTADOS:**

- Valoración del tipo de espasmos

- Tónicos: si el habla parece entrecortada por bloqueos que afectan a grupos musculares relacionados con la fonarticulación, produciéndose como consecuencia un habla explosiva y violenta a causa del gran esfuerzo y aumento del tono muscular que realiza el niño para solucionarlo.



- Clónicos: si el habla presenta contracciones bucales breves y rápidas produciéndose como consecuencia una repetición compulsiva de sílabas.
 - Tónico – Clónicos: cuando el habla presenta una mezcla de ambos tipos de producciones del habla.
- Valoración de la intensidad
- Grave: si el bloqueo es tal que impide al paciente continuar con la actividad que está realizando en ese momento (lectura, descripción de láminas, etc.).
 - Moderado: si el bloqueo dificulta la actividad que está realizando el paciente, pero logra resolverse permitiendo que continúe con lo que está realizando (lectura, descripción de láminas, etc.).
 - Leve: si el bloqueo es resuelto de manera rápida y sin mayor dificultad.



PAUTA DE EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA PARA PERSONAS

QUE CONSULTAN POR TARTAMUDEZ (P.E.F.T.)

(D. Ahumada, D. Alday, M. Miranda, P. Zamorano)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

DOMICILIO: _____ COMUNA: _____

SITUACIÓN DE INGRESO:

() Iniciativa Propia / familiar

() Derivado de otro profesional ¿Cuál? _____

Diagnóstico del Profesional _____

Simbología:

NP: Nombre del Paciente.

AV: A Veces.

E: Excelente.

R: Regular.

CS: Casi Siempre.

N: Nunca.

B: Bueno.

M: Malo.

MÓDULO I: ENTREVISTA A LOS PADRES

1.- ANTECEDENTES GENERALES DEL PACIENTE

A. MORBILIDAD

- Hubo problemas o enfermedades en:

Embarazo () Sí () No _____

Parto () Sí () No _____

- (NP) tiene o ha tenido algún problema o enfermedad importante:

¿Cuál? _____

Tipo de Tratamiento _____

- ¿(NP) toma o ha tomado algún tipo de medicamento? () Sí () No

¿Cuál? _____

B. DESARROLLO PSICOMOTOR

Maduración Neurológica

- Observó algún retraso o dificultad en:

() Gateo () Caminar () Control de esfínter _____

Coordinación y Motricidad gruesa

- (NP) tiene o ha tenido alguna dificultad en:

() Bailar () Jugar () Saltar () Otros _____

**Motricidad fina**

- (NP) tiene o ha tenido alguna dificultad en:

() Tomar el lápiz () Dibujar () Escribir () Otro _____

Lateralidad

- ¿Con qué mano escribe o toma la cuchara, tijeras, peineta, etc.?

() Derecha () Izquierda () Ambas

C. DESARROLLO DEL LENGUAJE

- ¿A qué edad comenzó a hablar? _____ años _____ meses

- Notó alguna dificultad en el inicio del lenguaje () Sí () No

- ¿Cuál? (Se le entendía poco, le costó pronunciar, etc.) _____

Dificultades de lenguaje

- ¿Ha ido a escuela de lenguaje? () Sí () No

Diagnóstico _____

Tiempo de permanencia _____

Condición de egreso () Alta () Deserción () Promoción a Ed. Básica

Inteligibilidad

- ¿Ud. entiende lo que (NP) trata de decir? () S () CS () AV () N

- ¿Los demás le entienden? () S () CS () AV () N

Comprensión

- ¿(NP) entiende cuando le hablan? () S () CS () AV () N

D. ANTECEDENTES ESCOLARES

- (NP) asiste a: () Jardín Infantil () Colegio

- Edad de ingreso: _____ Curso: _____ Institución: _____

- Promedio general de notas _____

- Repitencia: () Sí () No Curso: _____

- ¿Tiene problemas en alguna asignatura? () Sí () No

¿Por qué?: () notas bajas () mala relación con el profesor () poca motivación

() Otro _____

- ¿Cómo cree Ud. que es la relación de (NP) con :

Profesores?: () E () B () R () M

¿Por qué? _____



Compañeros de colegio?: () E () B () R () M

¿Por qué? _____

E. SOCIABILIDAD

- Ud. cree que (NP) es: (Tímido, Solitario, Poco Sociable, Inquieto, etc.)

- ¿Va a reuniones sociales como cumpleaños, fiestas, etc? () S () CS () AV () N

F. ANTECEDENTES FAMILIARES

- Vive con: () Padre () Madre () Hermanos () Otros _____

- Nivel de escolaridad y Ocupación del padre _____

- Nivel de escolaridad y Ocupación de la madre _____

- Número de hermanos _____

- Lugar que ocupa _____

- Relación con padres y hermanos _____

2.- ANTECEDENTES FAMILIARES DEL PROBLEMA.

- ¿Hay algún otro familiar que tartamudee o que tenga alguna otra dificultad para hablar?

() Sí () No ¿Quién? _____

Tipo de problema _____

A. PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA FRENTE AL PROBLEMA

- ¿Por qué considera que (NP) presenta tartamudez?

- ¿ Cuando cree Ud. que comenzó el problema? _____

- ¿Frente a qué situaciones o personas aumentan las dificultades?

() Personas con autoridad _____

() Familiares _____

() Pares _____

() Extraños _____

() Hablar por teléfono _____

() Situaciones académicas _____

() Disertaciones _____

() Otros _____



- ¿En qué situaciones no se observa dificultad?

- ¿Cómo reacciona Ud/ Uds.? _____
- ¿Cómo reaccionan los demás? _____
- ¿(NP) adopta conductas compensatorias para enfrentar su problema?

B. PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA FRENTE A LA TERAPIA

- ¿Qué espera de la terapia? _____
- _____
- ¿ Ud. y su familia están dispuestos a seguir indicaciones o a colaborar con la terapia junto a (NP)? () Sí () No _____
- ¿Cómo cree que Ud. puede contribuir con la terapia? _____
- _____

MÓDULO II: ENTREVISTA AL NIÑO / ADOLESCENTE

1.- MOTIVO DE CONSULTA

- ¿Viniste: () Por tu propia voluntad () Te aconsejaron que vinieras
() Te obligaron _____

2.- ANTECEDENTES ESCOLARES

- Promedio general de notas: _____
- ¿Tienes dificultades en algunas asignaturas? () Sí () No
¿Cuál? _____
- ¿ Por qué?: () notas bajas () mala relación con el profesor () poca motivación
() Otro _____
- ¿Qué asignatura te gusta más? () Matemáticas () Lenguaje () Comprensión
del Medio Natural () Comprensión del Medio Social () Otros _____
- ¿Por qué? _____

- ¿ Cómo te llevas con :

Profesores?: () E () B () R () M _____

Compañeros?: () E () B () R () M _____

3.- PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Crees tú que te cuesta hablar? () Sí () No _____



¿Te molesta que te pregunten tu nombre? () Sí () No _____

¿Te gusta hablar con tu papá?, ¿Cómo te llevas con él? _____

¿Te gusta hablar con tu mamá?, ¿Cómo te llevas con ella? _____

¿Cómo crees que te tratan tus papás? _____

¿Cómo se llevan tus papás? _____

¿Te gusta hablar con tus hermanos y/o primos?, ¿Cómo te llevas con ellos? _____

¿Te gusta hablar con las personas de tu edad?, ¿Cómo te llevas con ellos? _____

¿Te gusta que te manden a comprar? () S () CS () AV () N _____

¿Te gusta hablar por teléfono? () S () CS () AV () N _____

¿Llamas a otros por teléfono? () S () CS () AV () N _____

¿Atiendes el teléfono? () S () CS () AV () N _____

¿Te gusta hablar cuando estas en grupo? () S () CS () AV () N _____

¿Te incomoda que te pregunten algo personas desconocidas?

() S () CS () AV () N _____

Te molesta tener que repetir lo que ya dijiste? () S () CS () AV () N _____

¿ Te gusta ir al Colegio o Jardín () S () CS () AV () N _____

¿Te gusta leer en voz alta o disertar en clases? () S () CS () AV () N _____



¿Te pones nervioso al contestar cuando pasan lista? () S () CS () AV () N _____

¿Aun sabiendo la respuesta correcta, tienes miedo de contestar las preguntas en clases?

() S () CS () AV () N _____

¿Haces muchas preguntas en clases? () S () CS () AV () N _____

¿Te gusta hablar con tus profesores? () S () CS () AV () N _____

¿Te acercarías a un compañero nuevo del colegio? () S () CS () AV () N _____

¿Sientes que los demás te miran raro cuando hablas? () S () CS () AV () N _____

¿Prefieres jugar / compartir con un solo amigo o con varios? _____

¿Por qué? _____

¿Sientes que tus papás te escuchan cuando hablas? _____

¿Cuando hablas te dicen: “quédate tranquilo, respira, empieza de nuevo”...?

() S () CS () AV () N _____

¿Sientes que a los demás niños no les gusta estar contigo porque te trabas?

() S () CS () AV () N _____

¿Siempre que quieres decir algo, lo dices? () S () CS () AV () N _____

¿Alguien se ha burlado de tí? () S () CS () AV () N _____

¿Qué has hecho tú? _____

4.- FACTORES GATILLANTES

- ¿Qué crees que provocó tu forma de hablar? ó ¿Tú crees o asocias algún evento o problema con el inicio de tu forma de hablar? _____

- ¿Frente a qué situaciones o personas aumenta esta forma de hablar tuya?

() Personas con autoridad _____

() Familiares _____

() Pares _____

() Extraños _____



- () Hablar por teléfono _____
- () Situaciones académicas _____
- () Disertaciones _____
- () Otros _____
- ¿En qué situaciones no aparece esta forma de hablar tuya? _____

5.- MANIOBRAS COMPENSATORIAS

- ¿Qué haces habitualmente cuando aparece esta forma de hablar?:
- () Hablas más lento _____
- () Te callas _____
- () Te esfuerzas más _____
- () Te pones colorado _____
- () Te angustias y transpiras _____
- () Te pones afónico / disfónico _____
- () Desvías la mirada _____
- () Haces algún gesto _____
- () Haces algún movimiento con el cuerpo _____
- () Lloras _____
- () Golpeas el piso con el pie _____
- () Le pides a otros que hablen por ti _____
- () Otros _____

6.- SOCIABILIDAD

- Tú te describes como alguien: (Tímido, Solitario, Poco Sociable, Inquieto, etc.)

- ¿ Te gusta asistir a cumpleaños, fiestas, etc? () S () CS () AV () N

7. POSTURA FRENTE A LA TERAPIA

- ¿Esta forma de hablar tuya sientes que es un problema? () S () CS () AV () N
- ¿ Por qué? _____
- ¿ Te gustaría mejorar? () Sí () No () No sé () Me da lo mismo
- ¿ Por qué? _____



EVALUACIÓN DE LA AUTOPERCEPCIÓN PARA ADOLESCENTES

Preguntas	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Me gustaría hablar como los demás					
Con algunas personas me cuesta más hablar					
Hablo abiertamente de la tartamudez con mis padres					
Yo hablo bien					
Me gusta hablar					
A veces hago cosas, como sustituir palabras o dejar de hablar, para no trabarme					
Hay sonidos que me resultan más difíciles					
Es normal que a veces nos resulte difícil hablar					
Me gustaría no tener problemas para hablar					
Me gustaría sentirme cómodo al hablar					



MÓDULO III: EVALUACIÓN FLUIDEZ

I.- Bases Funcionales del Habla

1. Respiración

Modo Respiratorio : () bucal () nasal () mixto
 Tipo Respiratorio : () costal alto () costodiafragmático () abdominal
 CFR - Lectura /Descripción : () normal () alterada
 - Soplo : () normal () alterado

Síntesis

2. Tonicidad

Tensión General: () aumentada () disminuida () normal
 Tensión Segmentaria:
 - Orofacial () aumentada () disminuida () normal
 - Cervical () aumentada () disminuida () normal
 - Paralaríngea () aumentada () disminuida () normal

Síntesis

3. Voz

Emisión: () normal () disfónica () afónica
 Tono: () adecuada () al agudo () al grave variable
 Intensidad: () adecuada () fuerte () débil
 Resonancia: () adecuada () nasal () hiponasal () faríngea
 Prosodia: () adecuada () exagerada () monótona



Apertura Bucal: () adecuada () aumentada () escasa

Síntesis

II.- Componentes de la Fluidez

1.- Velocidad

- Lectura : _____ x min. () aumentada () disminuida () normal
- Recontado : _____ x min. () aumentada () disminuida () normal
- Habla : _____ x min. () aumentada () disminuida () normal
espontánea

2.- Fluencia

- Repetición de palabras : () fluido () no fluido
- Repetición de frases : () fluido () no fluido
- Habla espontánea : () fluido () no fluido
- Lectura / recontado : () fluido () no fluido

Síntesis:

3.- Ritmo

3.1.- *Repetición de ritmos*

a) Ritmos binarios simples

- Ejercicio N° 1 : () logrado () no logrado
- Ejercicio N° 2 : () logrado () no logrado

b) Ritmos ternarios simples

- Ejercicio N° 3 : () logrado () no logrado
- Ejercicio N° 4 : () logrado () no logrado



c) Ritmos más complejos

- Ejercicio N° 5 : () logrado () no logrado
- Ejercicio N° 6 : () logrado () no logrado
- Ejercicio N° 7 : () logrado () no logrado
- Ejercicio N° 8 : () logrado () no logrado

3.2.- Ritmos asociados a habla

a) Ritmos binarios

- Ejercicio N° 9 : () logrado () no logrado
- Ejercicio N° 10 : () logrado () no logrado

b) Ritmos ternarios

- Ejercicio N° 11 : () logrado () no logrado
- Ejercicio N° 12 : () logrado () no logrado

Síntesis:

4.- Valoración del número y tipo de espasmos

➤ Valoración de la frecuencia

- Lectura : _____ N° de espasmos x min.
- Recitado : _____ N° de espasmos x min.
- Habla espontánea : _____ N° de espasmos x min.

➤ Valoración de la intensidad

- Grave () Actividad: _____
- Moderado () Actividad: _____
- Leve () Actividad: _____

➤ Valoración del tipo de espasmos

- Tónico ()
- Clónico ()
- Tónico – Clónico ()

En que actividad se presenta: _____

En que tipo de sonido se presenta:



- modo articulatorio : _____
- punto articulatorio : _____
- posición de la sílaba : _____

Síntesis

DERIVACIONES:

NOMBRE DEL EXAMINADOR: _____

FIRMA: _____

FECHA: ____ / ____ / ____



Anexo: Materiales

1.- Texto para niños

La temporada del sol y el calor afectan a nuestra mascota de una manera muy especial. Con el verano, llega la época más propicia para disfrutar del sol y las actividades al aire libre con nuestras mascotas.

Los perros y los gatos casi no pueden transpirar, ya que cuentan con pocas glándulas sudoríparas, por lo tanto sólo eliminan el exceso de calor jadeando. Es por eso que es muy habitual ver a los perros jadeando de manera constante durante el transcurso del verano.

Además de disminuir la exposición a las altas temperaturas, hay que facilitar el acceso al agua. Los perros y gatos deben tener siempre un recipiente del cual poder tomar agua fresca y otro con su ración de su pienso.

En esta época del año las necesidades energéticas son mucho menores por lo que el consumo de alimentos será menor que en el invierno. El horario en que se brindará la ración diaria de su pienso puede ser muy temprano en la mañana o en la noche cuando refresca para maximizar la ingesta.

2.- Texto para adolescentes

¿Cómo se alimentan los astronautas en el espacio?

Actualmente, los astronautas disponen de un menú variadísimo. La dieta es sólida, pero la inexistencia de refrigerador en la estación, ha obligado a buscar nuevas alternativas de conservación, por lo que los alimentos con los que cuentan los astronautas son deshidratados (secos), termoestabilizados, como si fueran enlatados, pero en vez de estar dentro de una lata, se introducen dentro de unas bolsas flexibles, o bien irradiados, un proceso que evita la proliferación de bacterias.



Cuando llega la hora de comer, el astronauta toma, por ejemplo, la bolsa de carne o pollo deshidratado al vacío, y le inyecta una cierta cantidad de agua caliente de un dispensador que hay en la cocina del transbordador. Acto seguido debe darle un "masaje" a la bolsa para que el agua se incorpore bien a los tejidos de la carne, y esperar unos 10 minutos para que se rehidraten. Después debe recalentar la bolsa dentro del horno (sí hay hornos a bordo de los transbordadores). Si la carne viene en forma termoestabilizada, no hay que hacer nada salvo calentarla, puesto que ya viene con un poco de humedad. De vez en cuando, reciben frutas y verduras frescas, enviadas desde la Tierra.

Se pueden utilizar condimentos como ketchup, mayonesa, o sal, pero ésta última en estado líquido, ya que es imposible echar sal tal como la utilizamos en gravedad cero, con el peligro añadido de que la sal en suspensión puede metérsele en un ojo a un astronauta o bloquear los filtros de aire. Lo mismo pasa con las migas de pan, por lo que se utilizan tortas de pan de maíz, que no producen migas.

Los líquidos, deben mantenerse en envases cerrados, no sólo por higiene, sino por seguridad. Normalmente las bebidas y sopas van envasadas en bolsas de plástico cerradas al vacío, con pajitas de plástico para facilitar su bebida.

La microgravedad tiende a adormecer las papilas gustativas de los astronautas, por lo que muestran preferencia por las comidas muy condimentadas. En la actualidad la variedad de alimentos es mucho más amplia y son mucho más ricas en sabor que los primeros alimentos que se llevaron a las misiones espaciales. Eso sí, lo que siguen echando de menos, sobre todo cuando las misiones son largas, es la falta de alimentos frescos.



3.- Lista de palabras y frases

LISTA DE PALABRAS

	Inicial	Medial	Final
Fricativo / labiodental	Frasco	Infierno	Cofre
Fricativo / Postdental	Supermercado	Bicicleta	Calabaza
Fricativo / Velar	Jamón	Ejercicio	Aguja
Oclusivo / Bilabial	Bomba	Avellana	Globo
	Patricio	Cepillo	Japón
Oclusivo / Postdental	Daniela	Cadena	Indio
	Teléfono	Computador	Volantín
Oclusivo / Velar	Guitarra	Pegamento	Hogar
	Castillo	Cáscara	Barco
Africado / Palatal	Chile	Enchufe	Leche
	Llave	Mayonesa	Ayer
Líquido / Alveolar	Libro	Helicóptero	Pantalón
	Rosa	Poroto	Gorro
Nasal / Bilabial	Mariposa	Amigo	Amor
Nasal / Alveolar	Naturaleza	Llanura	Mano



LISTA DE FRASES

- 1.- El mono come plátano.
- 2.- La mamá tiene en la mano una plancha.
- 3.- Juan Pablo hace su tarea en el cuaderno de historia.
- 4.- El niño se rompió el pantalón porque se cayó mientras jugaba fútbol.
- 5.- Marcela no podía salir a jugar con sus amigos porque no había hecho las tareas.

4.- Estímulos rítmicos

Simbología

Duración de los estímulos (medio tiempo, un tiempo, dos tiempos)

1. Repetición de ritmos

Ritmos binarios simples

Ejercicio N° 1

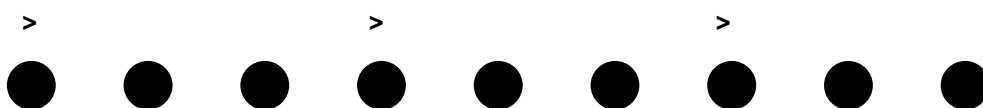


Ejercicio N° 2



Ritmos ternarios simples

Ejercicio N° 3





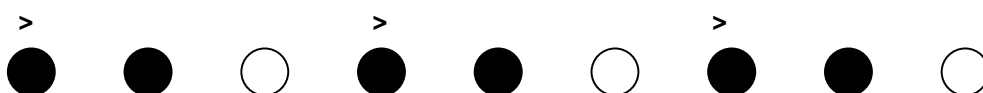
Ejercicio N° 4

Ritmos más complejos

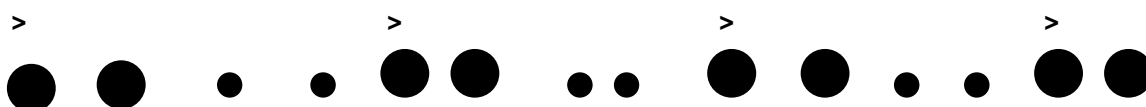
Ejercicio N° 5



Ejercicio N° 6



Ejercicio N° 7



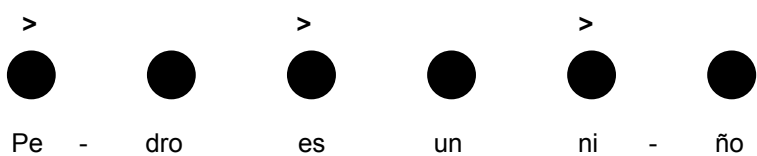
Ejercicio N° 8



2.- Ritmos asociados a habla

Ritmos binarios asociados a habla

Ejercicio N° 9





Ejercicio N° 10

> ● ● > ● ● > ● ● > ● ●
 Pe - dro es un ni - ño chi - co

Ritmos ternarios asociados a habla

Ejercicio N° 11

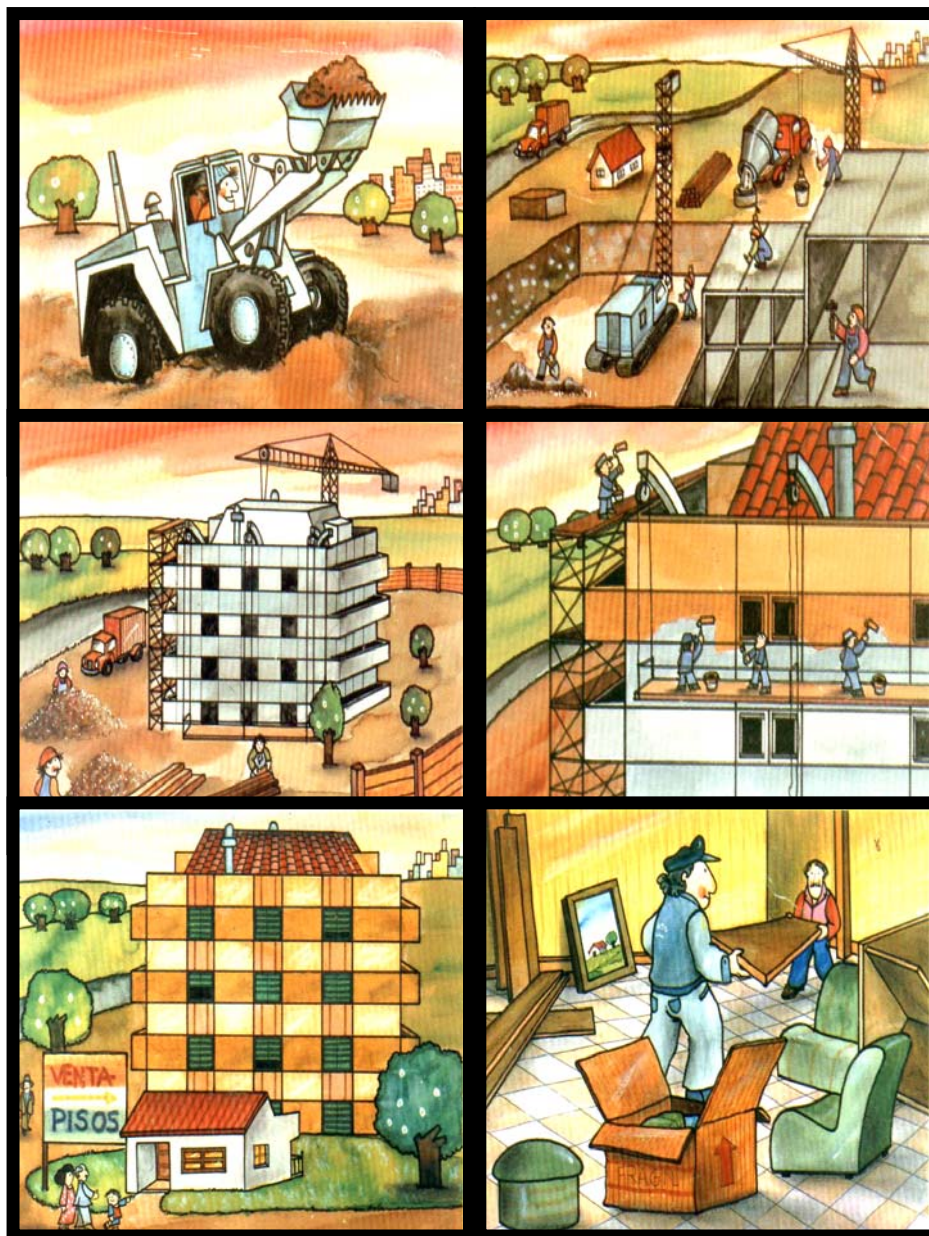
> ● ● > ● ● > ● ●
 An - tes de a - yer lo com - pré

Ejercicio N° 12

> ● ● ● > ● ● > ● ● > ● ● ●
 An - tes de a - yer me com - pré un he - la - do



5.- Láminas para descripción





6.- CD con Estímulos Rítmicos

(ver archivo anexo)



7.2.- Resultados correspondientes al Objetivo General N° 2

El resultado de este objetivo está relacionado con el proceso de Validación de la P.E.F.T.

Para esto se confeccionó una encuesta la cual fue aplicada a cuatro fonoaudiólogos con una vasta experiencia clínica acerca de la tartamudez. Ésta se compone de 7 preguntas que resumen los aspectos más importantes que permiten corroborar el cumplimiento de los objetivos de la Evaluación en este tipo de cuadro planteados en el punto anterior.

En pos de lo anterior se presentará la Encuesta con sus respectivas respuestas de cada uno de los Jueces Expertos. Luego de cada pregunta se realizará un Análisis de Contenido propio del Proceso de Validación en base a las respuestas elicitadas por los Jueces Expertos.

1.- ¿Cuál es su apreciación acerca de los contenidos que incluye la pauta?

Juez experto 1: Bien, la pauta incluye los contenidos que hoy por hoy se incluyen o debieran incluirse en la evaluación de pacientes con tartamudez.

Juez experto 2: Abarca lo necesario para hacer una completa valoración del síntoma pero se excede en su extensión.

Juez experto 3: Los contenidos parecen adecuados, pero se ven extensos, lo que hace al material poco práctico en la clínica.

Juez experto 4: Considero atingentes los contenidos de la pauta con la problemática que pretende estudiar.

Análisis de las Autoras: *En general, los jueces expertos coinciden en que la pauta incluye los contenidos necesarios para abordar el tema de la tartamudez, sin embargo, dos de ellos consideran que la Pauta es demasiado extensa para su aplicación clínica. Pero a juicio de las*



autoras y considerando el abordaje de todas las posibles teorías explicativas correspondientes a la etiología de este cuadro, la Pauta debe adecuarse a las características específicas de cada paciente de acuerdo al criterio del examinador, pues será él quien determine la aplicación completa o parcial (omitiendo ciertas preguntas que no considere pertinente de acuerdo a la información entregada) para dirigir la evaluación hacia aquellos aspectos que resulten relevantes para una mejor caracterización del cuadro.

2.- ¿Ud. cree que a partir del análisis de la información recopilada con esta pauta, es o no es posible concluir en una categoría diagnóstica en el ámbito de los trastornos de la fluidez?

Juez experto 1: Sí, al FA debiera interesarle el desempeño comunicativo del paciente, el cual puede describirse en torno a la frecuencia e intensidad de la Tartamudez, también podría hacerse una indicación: “en cuanto es que afecta su Tartamudez en la comunicación en general y en la conversación, lectura, etc.”

Juez experto 2: Sí, cumple con ese objetivo.

Juez experto 3: Me parece relativo, puesto que dependiendo del evaluador, dado ciertas imprecisiones en el instructivo, puede generar diferencias en resultados entre una persona y otra.

Juez experto 4: Creo que el análisis de la información recopilada permitiría concluir con una categoría diagnóstica en el ámbito de los trastornos de la fluidez.

Análisis de las Autoras: *Dos de los jueces expertos coinciden en que la pauta logra un acercamiento diagnóstico en el ámbito de los trastornos de la fluidez, sin embargo, los otros dos jueces no responden de manera precisa lo que se le pregunta. De esta manera es posible*



concluir que ningún juez niega la posibilidad real de tener un acercamiento a una categoría diagnóstica en relación a los distintos trastornos de la fluidez.

3.- ¿Ud. cree que con la aplicación de esta pauta es posible o no contribuir al planteamiento de los objetivos terapéuticos?

Juez experto 1: Así es, aunque no asegura la calidad de los objetivos generales y terapéuticos. En realidad, eso es responsabilidad del que evalúa y no de la pauta.

Juez experto 2: Si, los elementos evaluados son los mismos elementos terapéuticos sugeridos para los trastornos de la fluidez.

Juez experto 3: Si determina o contribuye a caracterizar el perfil de la dificultad de fluidez del paciente, puede ser útil para definir síntomas a manejar.

Juez experto 4: Estimo que la pauta contribuye para plantear objetivos terapéuticos en el caso de esta patología.

Análisis de las Autoras: *Todos los jueces determinan que esta pauta permite plantear los objetivos terapéuticos, ya que logra definir los síntomas a tratar en una futura intervención. Por lo tanto, las autoras no consideran necesario realizar modificaciones en cuanto a este punto.*

4.- ¿La aplicación de esta pauta contribuye o no a la obtención de información que oriente la derivación del paciente a otros profesionales en caso de ser necesario?

Juez experto 1: Así es, las posibilidades de derivación psicológica y neurólogo. Esto podría quedar formalizado en la pauta, incluyendo, luego de la síntesis, un ítem “DERIVACIONES”.

Juez experto 2: Si, sobre todo es imprescindible la derivación y trabajo conjunto con psicólogos y psiquiatras. En la clínica, hay escasa patología de otorrino asociada a tartamudez, pero es necesario descartarla.



Juez experto 3: Sabiendo por experiencia lo importante del factor emocional en estos cuadros, la pauta ayuda a orientar la posible derivación, pero me parece que deberían estos aspectos (psicológico y neurológico) estar más orientados y desarrollados (asesorado por especialistas).

Juez experto 4: Creo que la pauta contiene en forma implícita información que orientaría a la derivación a otros profesionales, como es el caso de psicólogo. No se expresa en forma manifiesta la palabra “temor” o “miedo”.

Análisis de las Autoras: *En general, todos los jueces expertos coinciden en que la aplicación de la pauta permite obtener información para una posterior derivación del paciente a otros profesionales, sin embargo, dos de ellos manifiestan que debe desarrollarse y formalizarse dentro de la pauta. Cabe destacar que todos los jueces expertos ponen especial manifiesto, en lo importante que es el trabajo conjunto con psicólogos y psiquiatras. En este caso, gracias a las sugerencias de los jueces, fue incluido el ítem de derivaciones, destacando la relevancia de consignar este dato dentro de la Pauta.*

5.- ¿Ud. cree que con la aplicación de esta pauta es o no es posible tener un acercamiento al pronóstico del paciente evaluado?

Juez experto 1: Así es, se puede apreciar al paciente, la familia, el colegio, por lo que nos hacemos una impresión de lo adecuado e inadecuado en cada caso; mientras más adecuado, más leve (en teoría) tendría mejor pronóstico y viceversa.

Juez experto 2: Sólo con el ítem tiempo de evolución, la literatura plantea que más de un año y medio de evolución sin remisión espontánea, el pronóstico es malo con o sin terapia.

Juez experto 3: Ayudando a obtener el tiempo de duración del problema y el tipo de alteración, puede orientar un posible pronóstico, considerando lo reservado del pronóstico de dichas alteraciones.



Juez experto 4: Creo que si es posible tener un acercamiento al pronóstico del paciente, ya que se consideran aspectos que permiten conformar un cuadro general, lo que permitiría hacer un diagnóstico.

Análisis de las Autoras: *Dos de los jueces expertos confirman la importancia que presenta la pauta al abordar diversos aspectos que permiten conformar una impresión general del paciente, mientras que los otros dos jueces, consideran lo reservado del pronóstico, pues dependerá del tiempo de evolución y el tipo de alteración.*

6.- ¿Cuál es su apreciación acerca de la aplicabilidad clínica de esta pauta? (en cuanto a tiempo de aplicación, claridad de las instrucciones, etc.)

Juez experto 1: Es un poco extensa, pero es necesario indagar en los aspectos señalados. Se puede manejar la extensión adecuando la evaluación a la edad del paciente y/o dividiendo la evaluación en varias sesiones.

Juez experto 2:

- Extensa.
- Reduciría el ítem de Anamnesis.
- No evaluaría usando repetición de palabras y/o frases.
- Difícil se hace analizar las grabaciones en la práctica clínica

Juez experto 3: Me parece algo extensa pero debe evaluarse este factor. Las instrucciones, en general, parecen claras.

Juez experto 4: Estimo que la pauta es aplicable clínicamente dependiendo de la situación, en una o dos sesiones. Algunas instrucciones deben ser más claras para el paciente, como por ejemplo, en la Evaluación de la Autopercepción. Ej: "Asigne un valor a las siguientes declaraciones, considerando que:



- 1 = Absolutamente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- 4 = De acuerdo
- 5 = Completamente de acuerdo

Análisis de las Autoras: *Tres de los jueces consideran que la pauta es extensa y dentro de éstos, dos consideran que es necesario indagar todos los aspectos implicados en la pauta, mientras que el tercero, indica reducir el ítem de anamnesis y que no es adecuada la evaluación a través de repetición de palabras / frases. En cuanto al cuarto juez, refiere que la pauta es aplicable en una o dos sesiones y además propone la utilización de la “Escala de Likert” como forma de consignación de las respuestas.*

En este caso, cabe señalar que las autoras no consideraron todas las sugerencias en relación a esta pregunta, ya que como se indicó anteriormente, es necesario mantener la extensión de la pauta. En cuanto a la utilización de palabras y frases, las autoras plantean que es necesario conservarlas, debido a que es una de las modalidades de evaluación del habla (repetición) que permite distinguir en que tipo de sonido se observa mayor dificultad, y para comparar el rendimiento del paciente con el resto de las modalidades usadas en la evaluación (lectura, descripción y habla espontánea).

En lo que respecta a la escala de Likert, esta sugerencia fue considerada dentro de la pauta debido a que facilita el registro de las respuestas, por parte del examinador, y , a su vez, refleja de manera fiel las respuestas del paciente.

7.- En caso que Ud. estime conveniente, ¿haría alguna observación, modificación (eliminar o incorporar un ítem) o sugerencia a esta pauta?



Juez experto 1: Me parece necesario tener una apreciación en cuanto a cómo varía el rendimiento del paciente enlenteciendo el habla (ítem 13 de los esquemas rítmicos + habla) y también hiperarticulando, es decir, hablar moviendo ampliamente los órganos fonarticulatorios.

En cuanto al ítem de la respiración, interesa saber también como coordina el aire sin habla, para así entender si se trata de un problema respiratorio o de un problema de la respiración asociada al habla.

En cuanto al CD, la secuencia es clara, corresponde fielmente a lo que indica la pauta.

Convendría:

- Revisar una pequeña cantidad de ruido que está presente en la voz del locutor (filtrar)
- Indicar en la grabación cuando se repite el esquema rítmico “Repetición”, “de nuevo”.
- Incluir un ítem 13 que sea el mismo 12, pero en 2 tiempos (en blancas).

Juez experto 2:

Observaciones.

- Aumentaría la edad de inicio de aplicación aproximadamente a los siete años, me parece que a los cinco años es difícil de evaluar ítem como ritmo, CFR, lectura. La edad terapéutica sugerida es sobre los seis-siete años para tratamiento directo.
- Ajustaría el contenido de los textos de lectura a la edad planteada.
- Reduciría la entrevista al niño/adolescente.
- Explicitaría la valoración de la frecuencia, cantidad de espasmos en sílabas, palabras o texto.
- ¿En el ítem evaluación de ritmo se obtiene un porcentaje después de valorar logrado/no logrado que indique normalidad o anormalidad?.



Sugerencias.

- Evaluar ritmo en una muestra de niños tartamudos para establecer una correlación entre la edad del paciente con la respuesta rítmica esperada y ver si realmente los tartamudos presentan más dificultades de ritmo que la población general.
- Presentar los ritmos terciarios asociados a habla con las oraciones correspondientes para ser usados en la terapia.

Juez experto 3: Sugiero facilitar lo relativo a la obtención de información psicológica y neurológica, solicitando a especialistas asesoría al respecto.

Juez experto 4: Estimo pertinente sugerir que en la entrevista tanto a los padres como al niño/adolescente se considere mayor apertura en las opciones de respuesta para algunas preguntas, ya que SI – NO es muy categórica, pudiéndose presentar más opciones de respuesta.

OBSERVACIONES:

- Sugiero cambiar aquellas preguntas en que la opción SI – NO aparece como muy categórica, agregando otras opciones de respuesta como “la mayoría de las veces”, “a veces “y” “ocasionalmente”, para matizar las respuestas, y otras como “excelente”, “buena”, “regular” y “mala”, en aquellas donde la opción sólo se limita a BUENA - MALA.
- Además, propongo cambiar el enfoque de la pregunta “tienes problemas de rendimiento escolar”, hecha a los padres, inserta en el ítem relacionado con la historia y rendimiento escolar, reemplazándola por “tienes dificultades en algunas asignaturas”.
- Sugiero que en el ítem relacionado con las maniobras compensatorias, se incluya un último punto llamado “otros”, para dar cabida a alguna otra maniobra utilizada por el niño que no esté considerada en las alternativas anteriores.



- Por último, sugiero incluir las instrucciones que contiene el CD, en la pauta.

Análisis de las Autoras: *En este punto, las respuestas de los jueces expertos son diversas, y esto se puede atribuir a las distintas experiencias clínicas que cada uno ha adquirido en su ejercicio clínico como fonoaudiólogo.*

En este caso las autoras estiman pertinente considerar lo relativo a la evaluación de la CFR a través del soplo, pues entrega mayor claridad acerca de las características clínicas del paciente.

En cuanto al resto de los aspectos sugeridos por los Jueces Expertos no parecen pertinentes a considerar en la P.E.F.T., ya que no corresponden a los objetivos planteados en ella.

7.3.- Resultados correspondientes al Objetivo General N° 3

La P.E.F.T. fue aplicada a dos sujetos, un menor de 11 años y a otro de 15 años, con el fin de comprobar la eficacia de la aplicabilidad clínica por parte de las autoras en ambos grupos etéreos, considerando factores tales como tiempo, dinámica de la evaluación, facilidad en la comprensión de tareas solicitadas, abordaje de los temas trascendentales de este cuadro y, a la vez, hacer una autocrítica en relación a la pauta diseñada.

En relación al objetivo propuesto para cada uno de los módulos que componen la P.E.F.T. se concluye que a través de los módulos I y II es posible obtener información acerca de los hitos personales del sujeto y su familia, como por ejemplo, antecedentes de morbilidad, desarrollo psicomotor, desarrollo del lenguaje, antecedentes escolares, etc. que permitan



esclarecer y caracterizar el cuadro, al determinar la o las posibles etiologías, factores gatillantes o mantenedores, etc.

Sin embargo, este objetivo está muy ligado a las competencias del examinador, debido a que es muy importante que éste posea las habilidades necesarias para guiar la evaluación adecuadamente y de esta forma obtener la información requerida, ya que, si bien la P.E.F.T. logra abordar los distintos aspectos que influyen dentro de la tartamudez, es el terapeuta el encargado de identificar aquellos que sean más relevantes en cada paciente y profundizar en ellos, y, por el contrario, deberá omitir aquellas preguntas en las que se solicite información que ya ha sido entregada o que no sea pertinente según cada caso.

En cuanto a la aplicabilidad clínica del módulo III, se logró comprobar que de manera efectiva y rápida es posible determinar los parámetros que puedan estar alterados, ya que serán éstos de gran importancia en el planteamiento de los objetivos y contenidos terapéuticos.

De esta manera se puede concluir que la P.E.F.T. cumple con el objetivo de ser aplicable en la clínica, contribuyendo en gran medida al quehacer fonoaudiológico.



8.- DISCUSIÓN

Se ha planteado que la tartamudez es uno de los defectos más conocidos del habla, que se caracteriza por un trastorno de la fluidez de la expresión verbal. Sin embargo, también se constituye en uno de los trastornos en torno al cual se mantienen importantes interrogantes vinculadas a su génesis, las formas de apoyo terapéutico que requiere y la prognosis de ella (2). Esto ha generado una permanente investigación destinada a aportar elementos que permitan la mejor comprensión del cuadro.

En nuestro país se observa que la investigación en torno a la tartamudez es algo más limitada. En el ámbito de la fonoaudiología éstas no consideran la multiplicidad de factores y causas involucradas en este cuadro, agregándose a ello, que no se encuentran investigaciones posteriores al año 1999.

Específicamente en el ámbito de la evaluación, el desarrollo de este seminario permitió constatar que la forma de aproximación a la evaluación fonoaudiológica de personas que consultan por tartamudez, se realiza bajo apreciaciones de carácter personal, lo que si bien no constituye un problema, hace que los resultados de ellas sean poco comparables pues el acento del proceso es de una gran diversidad, debido a que cada profesional utiliza el criterio de evaluación que considera más adecuado. A esto se suma el hecho de que no siempre incluye



todos los ámbitos que es preciso considerar, ni la relevancia de realizar una búsqueda exhaustiva de las causas que puedan dar cuenta de la problemática a la que se ve expuesto el sujeto con tartamudez, lo que puede afectar no sólo en el ámbito de la comunicación, sino que también las esferas sociales, psicológicas, emocionales y biológicas.

Lo anterior hace que la elaboración de un instrumento que logre una acabada sistematización de toda la información necesaria para caracterizar el cuadro de la tartamudez sea una tarea compleja, pero que fue factible de realizar. De esta manera se logró diseñar una Pauta de Evaluación Fonoaudiológica para personas que consultan por Tartamudez (P.E.F.T.), que logra dar una mirada más holística, al considerar la información en el ámbito biopsicosocial, que aportan tanto los padres como el sujeto, junto a la evaluación de los parámetros de la Fluidez, ya que esta alteración es el signo más evidente en este cuadro.

La pertinencia de esta Pauta fue establecida a través de la validación realizada por los Jueces Expertos consultados, quienes destacaron la adecuación de sus contenidos, junto a la posibilidad de establecer una categoría diagnóstica en relación a los distintos trastornos de la fluidez. También destacan la contribución que hace este instrumento en el planteamiento de los objetivos terapéuticos, además de permitir una oportuna derivación y establecer un pronóstico a partir de los datos recopilados.

En cuanto a la aplicabilidad clínica de la P.E.F.T. es necesario destacar la importancia que el Fonoaudiólogo que la utilice, tenga un conocimiento básico acerca de la Tartamudez, ya que esto le permitirá comprender a cabalidad la relevancia y pertinencia de los contenidos y de las preguntas que se formulan, y a partir del análisis de las respuestas, caracterizar el cuadro y establecer un diagnóstico diferencial. Es así como entenderá que incluir la evaluación de la voz en esta pauta tiene sentido en cuanto al diagnóstico diferencial con otros trastornos de la



Fluidez, como por ejemplo, el Farfalleo, en el que la disfonía constituye una de las características de este cuadro.

Se ha señalado, que existen muchas definiciones de tartamudez, que describen claramente cuáles son los parámetros de la fluidez alterados, entre los que destaca el ritmo. Sin embargo, no existen referencias que describan específicamente de qué manera se afecta, y menos aún datos que permitan distinguir entre parámetros de normalidad y alteración y con qué criterio se determina el grado de afectación de ellos. Es por esto que en la presente investigación se propone una modalidad innovadora para evaluar el ritmo, la cual fue aceptada por todos los jueces expertos consultados, y, por tanto validada con éxito.

Dado que no existen investigaciones que den cuenta del desarrollo del ritmo en sujetos normales, el análisis de los resultados es de tipo cualitativo, indicándose que el rendimiento del sujeto se constituye como variable de comparación, a través de la evaluación transterapéutica.

La ausencia de una norma con la cual comparar los resultados de la evaluación de este parámetro, puede dar pie a futuras investigaciones, basadas en población chilena. En esta investigación se podría evaluar el ritmo en una muestra de niños tartamudos para establecer una correlación entre la edad del paciente con la respuesta rítmica esperada y ver si realmente los tartamudos presentan más dificultades de ritmo que la población general tal como se espera de acuerdo a lo planteado en la literatura.

Desde otra perspectiva, el análisis de la P.E.F.T. permite constatar que puede aportar datos de gran valor para el acercamiento al pronóstico de los pacientes con tartamudez, debido a que, según lo señalado por Rodríguez Morejón, existen cinco criterios para establecer el



riesgo de cronificación. Entre ellas se cuentan los antecedentes familiares de tartamudez persistente; trastorno de habla o lenguaje asociado; más de 14 meses desde el inicio; ser varón y tasa de habla rápida (10).

Además, plantea que probablemente los tres primeros indicadores son los más significativos, aunque pueden existir casos en los que no se cumplan los criterios resumidos según el modelo que Rodríguez Morejón expone. Esto significaría que la ausencia de algunos de estos criterios, la tartamudez tenderá a remitir espontáneamente. En este caso las indicaciones de preferencia serán aquellas intervenciones indirectas que ayuden a crear las condiciones ambientales para favorecer que tal remisión se produzca. Esto se refiere a intervenciones sobre el ambiente realizadas preferentemente a través de los padres. Si por el contrario, los indicadores encontrados dan cuenta de una tartamudez con grandes posibilidades de cronificación, se podría plantear que además de una intervención sobre el ambiente, podría aplicarse alguna estrategia directa para mejorar la fluidez del paciente (10).

Cabe destacar, que la P.E.F.T. contiene los aspectos anteriormente señalados, por lo que es posible acercarse a un criterio pronóstico y a partir de él establecer las directrices del tratamiento, opinión que es compartida por los jueces expertos.

Es sabido que el proceso de evaluación fonoaudiológica puede cumplir distintos objetivos dependiendo del momento en que ésta se realice. La P.E.F.T. se constituye como un instrumento que puede ser aplicado como una evaluación inicial, ya que permite cumplir con los tres objetivos propios del proceso de evaluación: a) Determinar la existencia de un trastorno de la fluidez; b) Tipificar el trastorno; c) Determinar la coexistencia con otras alteraciones de la comunicación. Dentro de la P.E.F.T., el módulo III puede ser utilizado en la evaluación transterapéutica y final, es decir, que puede registrar los avances en el rendimiento del paciente



al compararlo con los resultados obtenidos en la evaluación inicial, los cuales pueden llegar a establecer los criterios que den cuenta de la superación del trastorno de la fluidez o un plateau, en el que el paciente es capaz de compensar sus dificultades.

El desarrollo de la presente investigación, permitió enfrentarse a una tarea de difícil ejecución. Esto lo determina el que no se cuenta con un consenso en cuanto a la base teórica ni con un aporte significativo de estudios científicos realizados en Chile, que aborden en forma integral todas las posturas y enfoques propuestos en la literatura, así como un análisis más riguroso de los parámetros de la fluidez comprometidos. Desde esta perspectiva, la elaboración y presentación de la P.E.F.T. se puede constituir en un aporte a la estimulación del interés clínico y profundización en el estudio de este cuadro.

En consecuencia, es de suma relevancia el aporte que se realiza al mundo fonoaudiológico con la creación de este instrumento de evaluación, ya que permite detallar las características del cuadro, con el fin de realizar un proceso más objetivo para el diagnóstico, pronóstico, abordaje terapéutico, derivación y las directrices del proceso de intervención tanto para metodologías directas como indirectas.



9.- CONCLUSIÓN

De acuerdo a los objetivos planteados, se concluye que, en una primera instancia, fue posible diseñar una Pauta de Evaluación Fonoaudiológica para sujetos que consulten por Tartamudez, la cual consideró todos los contenidos que permitan una adecuada comprensión del cuadro, a pesar de la complejidad del proceso.

Por otra parte, fue posible validar la Pauta de Evaluación Fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez, a través de una encuesta aplicada a cuatro Jueces Expertos.

Finalmente se puede concluir que fue posible aplicar experimentalmente la Pauta de Evaluación Fonoaudiológica a sujetos que consultaron por tartamudez, correspondientes a cada uno de los grupos etáreos, y de esta forma comprobar que la P.E.F.T. es factible de aplicar en la clínica con gran éxito.



10.- BIBLIOGRAFÍA

1. Acuña, N y cols., (1987) Ensayo Terapéutico mediante la aplicación de patrones rítmicos auditivos en seis pacientes espasmofémicos. Santiago-Chile, Seminario para optar al Título de Fonoaudiólogo, Universidad de Chile.
2. Cáceres, I y cols., (1979) Ensayo de una modificación de la técnica del método de rehabilitación de los autores N.H.Azrin y R.G. Nunn en pacientes con espasmofemia. Santiago-Chile, Seminario para optar al Título de Fonoaudiólogo, Universidad de Chile.
3. Dinville, C., (1980). La tartamudez: Sintomatología y Tratamiento. Madrid, Ed. Masson.
4. Drayna, D., (2002). "Scientists Find Evidence for Gene That Predisposes Individuals to Stuttering", en Stuttering Foundation of America.
5. Duffy, J., (1995). Motor Speech Disorders. St. Louis: Mosby.
6. García, J., (2003). "La desensibilización y la exposición en la terapia cognitivo conductual". En Terapia Psicológica en el Tartamudeo. Madrid, Ed. Ariel.
7. Jiménez, J; Jiménez, I., (1995). Psicomotricidad: Teoría y Programación para educación infantil, primaria, especial e integración. Editorial Escuela Española. Madrid.
8. Labra, M y cols., (1983). Ensayo Terapéutico Fonoaudiológico compuesto por las técnicas de Shadowing lectura simultánea y enmascaramiento aplicado a una muestra de 5 niños espasmofémicos. Santiago-Chile, Seminario para optar al Título de Fonoaudiólogo, Universidad de Chile.
9. Pascual, P (2002). Didáctica de la Música para primaria. Ed. Prentice May. España, Madrid.
10. Perelló, J., (1973). Trastornos de Habla. Barcelona, Ed. Científico Médica.
11. Rodríguez, A., (2000) "Intervención Temprana En Tartamudez: Criterios Para Tomar Decisiones". Rev Logop Fon Audiol; XX(3): 136-150.



12. Rodríguez, A., (2001) "Intervención Sobre La Tartamudez Temprana". Rev Logop Fon Audiol; XXI(1): 2-16
13. Rodríguez, P., (1991). Cartas con un paciente (co-autor): Un proceso de terapia para la tartamudez, por Silvia Friedman.
14. Informe técnico o no publicado: Perfiles de los sujetos que presentan Tartamudez (2004). Licenciada Mónica Rosseau. Buenos Aires. Argentina.
15. Informe técnico o no publicado: Tipo de disfluencias (2004). Licenciada Mónica Rosseau. Buenos Aires. Argentina.
16. Santacreu, J. y Froján, M. X., (2001). La Tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil. Madrid, Ed. Pirámide.
17. Simon, AM. (2003) "Tartamudeo del niño", en El lenguaje del niño. Ed. Masson, pp. 287-305.
18. Sommer, M; Buchen, C; (2002) "What Causes Stuttering?", en PLoS Biology: Vol. 2, No. 2.
19. Van Riper, C., (1973). The Treatment Of Stuttering. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hal
20. Wingate, M.E. (1964). "A standard definition of Stuttering", en Journal of Speech and Hearing Disorders.
21. Psicología de la Educación para Padres y Profesionales. DISFEMIA. <http://www.psicopedagogia.com/disfemia.html>.
22. DSM – IV. TARTAMUDEO. http://www.biopsicologia.net/fichas/page_3190.html
23. Félix, P. EL LENGUAJE VERBAL DEL NIÑO. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Ling%BCistica/Leng_Ni%B1o/Ni%C3%B1o_Tras_habla.html.
24. Muñoz P., Ochoa, R. EL DICCIONARIO MUSICAL. <http://www.guitarraonline.com.ar/diccionario.html>.