

## ESTUDIO DE CASO

# IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN INDIRECTA O TEMPRANA EN LOS CASOS DE DISFEMIA INFANTIL

*IMPORTANCE OF EARLY INTERVENTION IN CHILDISH DYSYPHEMIA CASES*

**Asia Camacho Muñoz<sup>1</sup>**

Universitat Oberta de Catalunya. Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación.

Barcelona, Cataluña, España

**Minia Porteiro Fresco<sup>2</sup>**

Universitat Oberta de Catalunya. Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación.

Barcelona, Cataluña, España

## RESUMEN

El presente artículo científico se basa en un estudio de caso que pretende comprobar la eficacia e importancia de una intervención temprana e indirecta ante los casos de disfemia o tartamudez infantil. Tras profundizar en los aspectos básicos de este trastorno de fluidez (concepto, etiología, síntomas) y comentar los tratamientos existentes, se propone un plan de intervención indirecta y temprana teniendo en cuenta la anamnesis y diagnóstico previo del sujeto de 5 años de edad. La intervención se centra así en el ámbito familiar y escolar principalmente y trata de estimular y enriquecer en lenguaje oral y procesos comunicativos del niño de forma global, lúdica y no consciente para el niño (no hacerle ver su trastorno). Tras unos meses de aplicación del plan de intervención se procede a evaluar los diferentes aspectos y disfluencias del niño comparándolas con las que presentaba inicialmente. Los resultados son, a niveles generales, positivos por lo que se demuestra la hipótesis de que este tipo de intervenciones tempranas son beneficiosas y muy importantes en las primeras edades. A pesar de ello, el tratamiento debe seguir adelante y determinarse, pasados 18 meses, si la tartamudez ha remitido o se ha cronificado, en cuyo caso, se debe proceder a intervenir de forma directa sobre el habla del niño.

**Palabras clave:** *tartamudez, disfemia, problemas de fluidez, intervención temprana, importancia implicación de familia y escuela*

---

<sup>1</sup>Correspondencia: Asia Camacho Muñoz. Correo electrónico: [acamachomu@uoc.edu](mailto:acamachomu@uoc.edu)

<sup>2</sup>Minia Porteiro Fresco.

## ABSTRACT

This scientific article is based on a case study that aims at proving the effectiveness and importance of an early and indirect intervention in childish dysphemia or stuttering cases. After delving into the basic aspects of this fluency disorder (concept, etiology, symptoms) and commenting on the different treatments, a plan for indirect and early intervention is proposed taking into account the 5 years old patient's medical history and diagnosis. Thus, the intervention mainly focuses on family and school fields and tries to stimulate and enrich the child's oral language and communicative processes in a global and playful way, avoiding the child to aware his difficulties (not making him see his disorder). After a few months of implementation of the intervention plan, different child's aspects and disfluencies are evaluated comparing them with those that the child initially had. The results are positive in general levels, so the hypothesis that defends this type of early interventions are beneficial and very important in the early ages, is demonstrated. However, treatment should go ahead and determine, after 18 months if the stuttering has remitted or has become chronic, in which case, a direct intervention focused on child's speech should be initiated.

**Key Words:** *stuttering, dysphemia, dysfluency problems, early intervention, importance of family and school involvement.*

## Introducción

El término disfemia, también conocido a niveles menos clínicos como tartamudez, ha experimentado diversos cambios a lo largo de la historia en cuanto a su conceptualización.

Desde el punto de vista lingüístico (Chomsky, 1986), el término tartamudez es utilizado para definir aquellas situaciones en las que el sujeto presenta frecuentes disfluencias durante la ejecución de su lenguaje sin que se aprecien disfunciones en el grado de conocimiento de su lengua.

Para Van Riper (1971) la tartamudez consiste en una interrupción del flujo rítmico del habla, caracterizada por bloqueos, prolongaciones o repeticiones de palabras, sílabas, sonidos o posturas de la boca. Pero el autor apunta que existen además otras afectaciones, no de carácter lingüístico, como son la respiración irregular, tensión, ansiedad, etc.

Cisari y cols. (1987) definen la tartamudez como una alteración funcional de la fluencia verbal caracterizada por repeticiones, pausas y prolongaciones fonemáticas y silábicas, que se establecen en sujetos que no muestran daños orgánicos cerebrales, sensoriales, articulatorios ni de resonancia y que carecen de patologías psiquiátricas.

Atendiendo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2013), vemos como se describe la tartamudez como un trastorno de la fluidez de inicio en la infancia que se caracteriza por disturbios de la fluencia y el patrón de tiempo de emisión del discurso, siendo inapropiado para la edad del individuo. Suelen persistir en el tiempo y se caracterizan por frecuentes y marcadas ocurrencias de: repeticiones de sonidos y sílabas, sonido prolongado de consonantes y vocales, palabras entrecortadas (pausas dentro de la palabra), pausas audibles o en silencio del lenguaje, circunloquios para sustituir palabras problemáticas, pronunciación con

exceso de tensión física y repeticiones de palabras monosilábicas (American Psychiatric Association, 2013).

La tartamudez, a su vez, se encuentra dividida o clasificada en tres tipos básicos (Cervera, J.F. y Ygual, A. 2002) en función de la duración y permanencia de sus síntomas en el tiempo. De este modo encontramos los siguientes tipos de tartamudeo:

- Tartamudeo evolutivo: se inicia en las primeras edades y dura solo unos meses.
- Tartamudeo benigno: aparece en las primeras edades y en torno a las ocho años desaparece.
- Tartamudeo persistente: comienza en las primeras edades y perdura durante toda la vida.

- Etiología:

La determinación del origen y causas de este trastorno del habla conocido como disfemia o tartamudez ha tenido diversos intentos explicativos. Sin embargo, estos intentos no han tenido resultados exitosos, resultando difícil así establecer conclusiones definitivas acerca de la etiología de este trastorno (Gallego Ortega, J.L. y Rodríguez Fuentes, A., 2005)

Se defienden así, diversas teorías y causas que se contemplan más dentro del campo de las hipótesis que de las realidades.

El amplio abanico de teorías explicativas de la disfemia reafirma la idea de que no existe un único factor causante de este trastorno del ritmo articulatorio (Crystal, 1983, 1984; Fiedler y Standop, 1991; Santacreu, 1991; Santacreu y Fernandez Zuñiga, 1994; Santacreu y Froján, 1993). Algunos estudios consideran que el origen radica en aspectos psicológicos, otros lo relacionan con dificultades de tipo lingüístico, otros remarcan el carácter ambientalista de los síntomas, otros se centran en problemas orgánicos, etc. Sin embargo en lo que coinciden todos los estudios es en que la tartamudez o disfemia se presenta más frecuentemente en hombres que en mujeres (Salgado Ruíz, 2005) ofreciéndonos las investigaciones cifras en torno al 75% de varones frente al 25% de mujeres con dicho trastorno.

Veamos a continuación las diferentes hipótesis y estudios acerca de los diversos orígenes y causas de este trastorno del habla:

- Origen lingüístico: según esta vertiente de estudios, la aparición de la disfemia estaría ligada a las dificultades en el desarrollo del lenguaje ya que los síntomas de tartamudez se manifiestan entre los 2 y los 5 años, momento en el que el desarrollo del lenguaje se encuentra en su máximo apogeo. Los que defienden esta hipótesis aportan estudios en los que se muestra que un niño con habla disfémica presenta además errores léxico semánticos y morfosintácticos, y que niños que manifiestan dificultades fonológicas y sintácticas en el lenguaje pueden desarrollar disfluencias y tartamudez (Gallego, J.L. 2001)
- Origen psicológico (Aguado, G. 2013): bajo este punto de vista, el origen de la tartamudez estaría determinado por variables exógenas que influirían negativamente en el habla del sujeto como shocks emocionales, ansiedad, alteraciones sentimentales, angustias, inestabilidad afectiva, etc. Los estados de nerviosismo, miedo, excitación, ansiedad, etc. suelen ser factores que inducen el tartamudeo pues provocan deficiencias en la coordinación neuromotriz a la hora de expresarse (Bloodstein, 1987) y afloran como disfluencias en el habla del sujeto.
- Origen orgánico: dentro de las hipótesis que consideran que el origen de la disfemia tiene un carácter orgánico, se distinguen a su vez diversas causas de dicho trastorno:

- Disfunciones neuromusculares: Muchos autores (Williams, 1955; Shrum, 1967 y Peters, 2002) han señalado que la tensión muscular supone uno de los aspectos responsables de la aparición de la tartamudez. Fiedler y Standop (1991) afirman que la hiperactividad o debilidad vegetativas aumentan los espasmos musculares, especialmente los implicados en la fonación, respiración y la laringe lo que provoca dificultades en la fluidez de emisiones verbales.
- Disfunciones perceptivas: parte de considerar que la condición para que el lenguaje se desarrolle adecuadamente es una correcta audición del sujeto. Van Riper (1982) señala que durante su periodo de adquisición, el lenguaje oral del niño se ve regulado de forma principalmente acústica hasta que el aparato de fonación alcanza el control, momento en el que pueden originarse interferencias. Las repeticiones propias del trastorno serían consecuencia del fallo en el control de emisión debido a la perturbación en el control que la audición ejerce sobre la emisión. De aquí surgen las hipótesis que defienden que la tartamudez se origina por una alteración en los mecanismos de autocontrol del habla por dificultades en el sistema de percepción (Fiedler Y Standop, 1991).
- Disfunciones en los sistemas fonatorio, articulatorio y respiratorio: los sistemas implicados en la producción del habla son los pulmones (como elemento impulsor de aire), la laringe, las cuerdas vocales (que producen la voz al pasar el aire por ellas) y los órganos de articulación como la lengua, labios etc. La descoordinación en el funcionamiento de estos sistemas serían la causa de la disfemia (Gallego Ortega, J.L., 2001)
- Disfunciones orgánico- cerebrales: Van Riper (1982) afirma que los niños que presentan algún tipo de deficiencia mental suelen desarrollar más ocasionalmente una disfemia que los niños que no tienen ninguna. De ahí que se expliquen los frecuentes episodios de tartamudeo de niños con síndrome de Down. Desde esta perspectiva, la causa de la tartamudez serían las anomalías en el funcionamiento de los hemisferios cerebrales incluso de una insuficiente dominancia cerebral (De Nil, 2000)
- Origen genético-ambientalista: Dinville y Gaches (1989) afirman que la herencia tiene una gran importancia en los casos de disfemia influyendo sobre factores que predisponen la adquisición de la dominancia lateral, del control motor, de los rasgos caracteriales y sobre los retardos del habla. A su vez, esta vertiente defiende que además de factores genéticos, es la interacción de otra serie de factores del entorno la que condiciona la aparición de la tartamudez, destacando principalmente el modelo comunicativo y de lenguaje al que el niño este expuesto puesto que el lenguaje se adquiere por imitación y estimulación (Salgado Ruíz, A., 2005)

- Sintomatología:

Durante el desarrollo del lenguaje infantil es común encontrar ciertos errores y dificultades que afecten a la fluidez oral del niño/a, sin embargo éstas suelen tener un carácter evolutivo tendiendo a desaparecer cuando el niño/a ya controla y desarrolla sus habilidades lingüísticas (Fernández-Zúñiga, 2005). Sin embargo, cuando estas dificultades y alteraciones presentan características atípicas y continúan y se alargan en el tiempo (apareciendo con más de un 10% de frecuencia), podemos hablar de disfemia (Wingate, 1976).

Veamos cuales son estos síntomas comunes en la tartamudez según Aguado (2013):

- Repeticiones de sonidos y sílabas
- Varias repeticiones de palabras cortas
- Prolongación de sonidos en una palabra
- Bloqueos e interrupciones del aire

- Silencios entre palabras
- Emisión de palabras cortadas
- Esfuerzo y tensión a la hora de emitir los mensajes
- Tics o movimientos asociados a la emisión (muecas, cerrar ojos, mover manos...)
- Rapidez excesiva del habla
- Variación en el tono y volumen
- Preocupación de la familia y el propio sujeto por su habla
- Ansiedad y miedo ligada al habla
- Evitación de situaciones comunicativas

Cervera e Ygual (2002) establecen además una diferenciación entre lo que sería la tartamudez propia de las primeras edades (evolutiva) y como causa de la falta de madurez, y la disfemia propiamente dicha:

**TABLA 1. Diferencias entre la tartamudez evolutiva y la disfemia**

Tartamudez Evolutiva	Disfemia
Los síntomas de tartamudeo duran entre escasas semanas y algunos meses.	Los síntomas duran más de catorce meses.
Inconsciente No reacciona Sin conductas de evitación	Consciente del TTM Reacción emocional Conductas de evitación a personas, situaciones, habla...
No hace fuerza al hablar	Fuerza evidente
Repite palabras enteras (yo, yo, yo), principalmente palabras función o sintagmas (mi mamá, mi mamá, es que yo, es que yo).	Predominan bloqueos-pausa con tensión Alargamientos de vocales Interrumpe cualquier palabra en cualquier sílaba o repite sílabas con tensión. Repite dos o más veces la misma sílaba (ca, ca, ca)
No realiza movimientos asociados.	Movimientos asociados en ojos, cara y cuello.

Fuente: Cervera, J.F. y Ygual, A. (2002). Intervención educativa en los niños tartamudos

- Tratamiento:

El tipo de intervención o tratamiento que se realice depende la edad en la que el sujeto se encuentre y de las disfluencias que muestre. Se distinguen dos tipos principales de intervención: Intervención directa e intervención temprana o indirecta. (Gallego Ortega, 2001)

- La intervención directa suele utilizarse principalmente en sujetos que se encuentran en edad escolar (6 años en adelante) suponiendo un trabajo específico y consciente de modificación del habla del niño y cambios en su entorno. Es una intervención de carácter mayoritariamente terapéutico donde el objetivo es tratar cada una de las alteraciones de forma específica e individual. Este tipo de tratamientos requieren que el sujeto sea consciente de su propia dificultad, y es por ello que no se recomienda su aplicación en las edades tempranas y etapa de infantil. (Onslow y Packman, 2001).
- En cuanto a la intervención temprana, suele ser un tratamiento que tiene carácter preventivo y que comprende edades de los 2 a los 6 años. Durante esos años no se aconseja poner en práctica intervenciones basadas en la corrección o eliminación de los síntomas de la tartamudez pues esto provocaría el requerimiento de fluencia, lo que resultaría contraproducente e incrementaría los sentimientos y emociones negativas en torno a su propia habla y persona, llevándole así a conductas de evitación (Salgado Ruíz, A. 2005). No obstante, se puede llevar a cabo una intervención preventiva y positiva centrada en estimular y potenciar los mecanismos de expresión oral así como la valoración y disfrute de los procesos comunicativos orales en sí. La intervención indirecta supone pues, trabajar las alteraciones y disfluencias del sujeto a través de la interacción, el juego y modificando ciertos aspectos de su entorno que puedan agravar dichos problemas pero sin hacer visible en el niño la existencia de dicho trastorno. Este tipo de intervenciones conllevan además, una orientación terapéutica a las familias y personal docente con el objetivo de que se cambie la actitud frente al habla del

niño posibilitando así su desarrollo y no frustración y rechazo a la comunicación. (Gallego Ortega, J.L. 2006)

Salgado (2005) divide la intervención temprana o indirecta en tres fases simultáneas:

- ✓ Familia: se trata de pautas que informen y orienten a los padres sobre el trastorno y cómo actuar ante él para favorecer su desaparición (es involuntario, su ayuda es imprescindible, reaccionar de forma neutral al trastorno, no corregir ni cuestionar el habla del niño, etc.)
- ✓ Escuela: formación a los docentes sobre detección e intervención de la tartamudez infantil, enfatizando formas de ayuda en las disfluencias e insistiendo en el fomento de la comunicación oral en las aulas como eje central. Además, una buena gestión del grupo-clase, puede convertir a los compañeros/as en colaboradores positivos para que el alumno con disfluencias supere sus dificultades, aun sin ser conscientes (Rodríguez Morejón 2001).
- ✓ Alumno: programas de estimulación del lenguaje oral centrado en aquellos aspectos específicos de la disfemia (ritmo, velocidad, etc.) pero llevado a cabo de forma lúdica, distendida y en gran o pequeño grupo para que el niño no sea consciente de su trastorno. Se trata de reaccionar de forma neutral a las disfluencias para favorecer el habla automática del niño sin que preste atención a la forma, ofrecer ayuda para que articule la palabra problemática fluidamente y dar refuerzos positivos ante los avances y éxitos.

Este tipo de intervención se considera tan efectiva y positiva, que incluso ante casos de intervención directa, se ofrece como primera opción el moldeado indirecto del habla (Onslow *et al.* 2001 y 2003). Además, dado el alto porcentaje de éxito de este tipo de programas, hay algunos autores que no recomiendan atender al sujeto en estas edades tempranas. Sin embargo, Yairi (1997) recomienda que, una vez pasados 18 meses desde el comienzo de las alteraciones, si estas no remiten, se proceda a tratar al sujeto de forma individualizada.

El presente artículo es un estudio de caso basado en un niño de 5 años de edad diagnosticado de disfemia. El objetivo de este estudio es corroborar la importancia que tiene una intervención temprana en este tipo de trastornos en la edad infantil, mediante el análisis y seguimiento de una intervención indirecta y sus efectos en el sujeto.

El programa de intervención indirecta que se propone parte de dos elementos básicos: intervención con la familia e intervención con el niño (Rodríguez Morejón, 2003). Plantearemos un programa de intervención con el niño en la escuela y paralelamente con los padres, procediendo a una evaluación final que nos permita contrastar y analizar la influencia y el impacto que tiene este tipo de intervenciones a edades tempranas.

Starkweather y cols (1990) defienden la dificultad de recuperación del trastorno de aquellos niños que no reciben una intervención y atención temprana, por lo que teniendo esto y el resto de los estudios consultados en cuenta, partiremos de la hipótesis de que el niño mejorará tras la aplicación de dicho programa.

La intervención con este alumno consistirá pues en:

- Orientación a la familia: consiste, en primer lugar, en reunirse con la familia e informarle de todo aquello relacionado con el trastorno (posible etiología, síntomas, factores que lo fomentan...) (Irwin, 1994). Posteriormente, se le darán pautas para favorecer el clima y entorno comunicativo en casa, ayudando a reducir la preocupación y la ansiedad que pueda provocar el trastorno.
- Intervención con el alumno: desarrollaremos un plan de actuación junto con la tutora del niño y la Logopeda, centrado en la estimulación del lenguaje y la comunicación general, y estableciendo una sesión por semana para el trabajo específico de las disfluencias del alumno siempre a modo de juego y sin hacer visible que se trata de un trastorno (Riley y Riley, 1999; Fernández-Zúñiga, 2005)

## Método

A continuación procederemos a detallar la información relativa al niño y su caso, centrado en la importancia de una intervención temprana en casos de disfemia infantil para mejorar sus competencias y trastorno en sí.

### **Participantes**

- Resumen de la anamnesis:

El alumno es el hermano mediano de tres hermanos (dos niños y una niña). Ambos hermanos varones han sido diagnosticados con el mismo trastorno del habla: disfemia.

Su familia presenta estructura tradicional estando formada por el padre, la madre y los tres hijos, viviendo en la misma casa. Presentan un nivel socioeconómico estable y adecuado (madre enfermera, padre maestro). El nivel sociocultural y académico de los padres es alto, estando implicados en todo lo que revierta en la mejora de sus hijos/as y ofreciéndoles estimulación y apoyo a nivel escolar, comunicativo y relacional.

En cuanto al desarrollo personal del alumno en cuestión, cabe destacar lo siguiente:

- Desarrollo motor: desde pequeño el alumno ha presentado dificultades motoras. Comenzó a andar sobre los 2 años y muestra torpeza en sus movimientos motores gruesos (correr, dar patadas a un balón...). En motricidad fina, aunque no presenta dificultades llamativas, sí tiene problemas al escribir y realizar trazos con precisión.
- Desarrollo cognitivo: la familia afirma que su desarrollo fue normal, pero en el cole presenta ciertas dificultades en las áreas instrumentales (lenguaje y matemáticas).
- Desarrollo social: de personalidad introvertida, se muestra tímido ante situaciones grupales o con desconocidos. Tiene poca iniciativa, soliendo dejarse guiar por los demás. Su grupo de amigos se centra principalmente en los compañeros de clase y hermanos.
- Desarrollo lingüístico y comunicativo: adecuado desarrollo prelingüístico a nivel vocal y gestual. En su etapa lingüística presenta diversos problemas de articulación iniciales que impedían su correcta expresión (resultando poco inteligible) hasta llegar actualmente a manifestar difluencias, bloqueos y repeticiones de sílabas y palabras.

- Evaluación inicial y diagnóstico:

Para descartar problemas de rango cognitivo, desde el aula de apoyo a la integración compuesto por la especialista de Pedagogía Terapéutica y la Logopeda del centro escolar, el alumno fue evaluado con el Test Neuropsicológico infantil (Luria-DNI, Manga y Ramos, 1991). Los resultados fueron favorables a niveles generales presentando dificultades en aspectos relacionados con la expresión lingüística, el ritmo, la articulación y la atención.

Ante estos resultados y el historial familiar de disfemia, se procedió a evaluar la posible existencia de tartamudez en el alumno:

**TABLA 2. Relación de ámbitos evaluados inicialmente y sus resultados para la detección de una posible disfemia o tartamudez**

Ámbito	Aspectos a evaluar	Resultados
<b>Motor</b>	Observación de procesos orales y coordinación motora. Velocidad del habla y problemas de articulación y pronunciación (Riley y Riley, 1999)	- Tensión muscular y facial - Velocidad excesiva en el habla - Interrupción de la salida del aire en las repeticiones y el habla - Fonoarticulación deficiente (colocación errónea de la lengua)
<b>Lingüístico</b>	Componentes del lenguaje: fonético-fonológico, semántico, sintáctico y pragmático (Berstein Ratner, 1997)	- Prolongación de fonemas - Fragmentación de palabras en el habla - Silencios entre emisiones - Repetición de sonidos, sílabas y palabras
<b>Ambiental y comunicativo</b>	Signos de relación social y emocional, actitudes frente a las situaciones comunicativas (Rustin y Khur, 1996)	- Poca atención y distracción ante escuchas - Poca iniciativa a entablar conversaciones - Timidez a la hora de contestar preguntas - Intervenciones breves y poco frecuentes

Elaboración propia: Asia Camacho Muñoz, 2016

Una vez evaluado el alumno y acordado su diagnóstico con la supervisión y confirmación del Equipo de Orientación Educativa de la zona, se procede a desarrollar un plan de trabajo o intervención temprana de forma indirecta para su disfemia o tartamudez. Esta intervención se realiza en base a dos estrategias principales (Rodríguez Morejón, 2003):

- Intervención con la familia: una vez determinado el diagnóstico, se acuerdan con los padres sesiones de orientación con la logopeda en las que se les ofrece información, orientaciones y tareas para casa.
  - o Información a los padres: sobre características, evolución y factores que influyen en la adquisición y mantenimiento del tartamudeo (Irwin, 1994; Fernández-Zúñiga, 2005)
    - ✓ Describir y valorar las dificultades de fluidez del alumno
    - ✓ Responder preguntas de los padres para reducir su inseguridad y angustia.
    - ✓ Informar sobre la relación que el estrés tiene en el trastorno del niño
    - ✓ Transmitir la importancia de su colaboración en la evolución del trastorno del niño.
    - ✓ Aportar una visión esperanzadora y optimista del problema explicando el éxito de este tipo de intervenciones sobre el trastorno
  - o Orientación: pautas de actuación para que se desarrollen en casa (Gallego, 2001, 96):
    - ✓ Mostrar modelos de habla adecuada y adaptarlo a las necesidades del niño
    - ✓ Evitar burlas y riñas por su habla y no corregirla
    - ✓ Procurar un clima seguro a nivel emocional y afectivo
    - ✓ Evitar que el niño tome conciencia de su habla como algo problemático
    - ✓ Reducir su excitación, inquietud y tensión
    - ✓ Prestar más atención al contenido que a la forma de lo que habla.
    - ✓ Realizar actividades que al niño le gusten y que fomenten su comunicación espontánea y su fluidez.



## **Instrumentos**

Se trata de comprobar qué resultados se han obtenido tras la puesta en práctica de la intervención planteada, si se han conseguido los objetivos establecidos y si, en definitiva, el alumno ha mejorado su tartamudez.

Según define Macarro (2004): *Una vez detectado el problema y llevado a cabo un tratamiento, la evaluación debe ser continua y sumativa, utilizando diferentes instrumentos que nos aseguren la veracidad de los resultados y que abarquen todos los aspectos a trabajar del niño. En este caso, la mejor forma de evaluación será la observación y toma de notas (p.121).*

Por tanto el instrumento principal será la observación directa del habla del niño así como hojas de registro de fluencia, habilidades y conductas emocionales que el niño experimenta en su habla espontánea y dirigida, tanto en casa como en la escuela.

## **Procedimientos**

La intervención que llevaremos a cabo con el alumno se basará en los principios metodológicos que Fernández-Zúñiga (2005) propone para la intervención con niños/as que tartamudean.

1. Educador y A.L. deben conocer información específica sobre tartamudez y su tratamiento.
2. La intervención debe estar adaptada a las características del niño/a.
3. Hay que tener empatía y comprender y dar tiempo al niño/a para que hable sin presión.
4. Reforzar sus progresos y disminuir su ansiedad.
6. Dimensión lúdica de actividades, para favorecer su comunicación espontánea en un ambiente lo más natural posible, manteniendo así la funcionalidad de la comunicación.
7. Implicar, informar y trabajar conjuntamente con la familia y resto del profesorado.
8. Establecer objetivos coherentes, intentando su adquisición gradual para mantener motivación.
9. Es necesario trabajar específicamente la generalización de los aprendizajes, planteando situaciones similares a las que se puedan dar en contextos reales.
10. El educador, la familia y el A.L. deben crear un ambiente que favorezca la distensión, dando un modelo de habla adecuado y manteniendo una relación que favorezca la fluidez.

En cuanto a los recursos y temporalización empleados, los podemos ver en el anexo 1 y 2 de este documento con detalles.

A continuación observaremos la tabla que resume la actuación con el alumno disfémico en este estudio de caso:

**TABLA 3. Plan de trabajo individualizado para trabajar la tartamudez en el alumno concreto**

	<b>Objetivos</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Actividades</b>
<b>Físico/orgánico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar discriminación y memoria auditiva.</li> <li>- Conseguir una correcta respiración.</li> <li>- Aumentar la capacidad de soplo.</li> <li>- Adquirir una actitud relajada y natural frente al habla</li> <li>- Alcanzar mayor agilidad en los movimientos linguales, labiales y mandibulares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discriminación auditiva gruesa y fina.</li> <li>- Respiración y soplo.</li> <li>- Hábitos de relajación</li> <li>- Praxias (posición de los órganos).</li> <li>- Movilidad y agilidad lingual, labial y mandibular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar aire por la nariz y expulsarlo lentamente por la boca</li> <li>- Dar a oler, con los ojos tapados, diferentes materiales</li> <li>- Soplar flojo y fuerte, según dramatización</li> <li>- Cerrar los ojos y respirar profunda y suavemente.</li> <li>- Lengua: sacarla al máximo, moverla en diversas direcciones, sacarla con los labios cerrados a gran velocidad</li> <li>- Labios: apretarlos y aflojarlos sin abrir la boca, separarlos y juntarlos con rapidez, proyectarlos como en “u” y después sonreír, morder labios, etc.</li> <li>- Boca: sonreír sin abrirla y luego reír, abrirla/cerrarla a diferentes ritmos, masticación, apretar/aflojar dientes, movimientos laterales mandibulares, etc.</li> </ul>
<b>Fonético/fonológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lograr una correcta articulación de todos los fonemas.</li> <li>- Mejorar la conciencia fonológica a nivel tanto de fonema como de palabra.</li> <li>- Favorecer la secuenciación y segmentación silábica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pronunciación de los fonemas.</li> <li>- Secuenciación y segmentación.</li> <li>- Conciencia fonológica.</li> <li>- Integración en el lenguaje espontáneo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imitación sonido animales y elementos del entorno</li> <li>- Asociar gestos e imágenes a fonemas</li> <li>- Discriminación fonética de palabras: Minimun pairs</li> <li>- Discriminación del orden de fonemas en una sílaba o palabra (“clavo-calvo”)</li> <li>- Identificar fonemas de una sílaba y su orden (pla-pal, si-is)</li> <li>- Segmentación silábica y fonológica: decir duración acústica de palabras (pez, camión, destornillador...)</li> <li>- Descomponer palabras en sílabas (con palmas, golpes en la mesa...)</li> <li>- Clasificar palabras por similitud de sus sílabas iniciales</li> <li>- Reconocer fonemas en una palabra (“gato” ¿suena /t/?)</li> </ul>
<b>Ritmo y prosodia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar ritmo de expresión oral, trabajar variaciones rítmicas acordes a estructuras de la lengua, evitar rupturas mecánicas, cortes, silabeo...</li> <li>- Adecuar entonación, tono, intensidad y timbre a cada momento discursivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritmo: rápido, lento...</li> <li>- Intensidad.</li> <li>- Tono.</li> <li>- Timbre.</li> <li>- Duración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decir palabras en diferentes tonos (grave-agudo)</li> <li>- Expresar frases con diferente velocidad (rápido, lento)</li> <li>- Hablar con susurros, cuchicheos, y a un volumen alto después.</li> <li>- Dramatizar enfatizando las emociones deducidas de cada situación presentada.</li> <li>- Aprender y reproducir rimas, poesías y retahílas.</li> </ul>
<b>Comunicación / Interacción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar presiones sobre el habla del niño</li> <li>- Favorecer su habla espontánea</li> <li>- Procurar un ambiente distendido, agradable y de confianza para que surjan los diálogos</li> <li>- Elogiar las intervenciones del alumno para erradicar su timidez y miedo a hablar</li> <li>- Disfrutar de las situaciones de comunicación en el aula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceptos de las unidades del aula.</li> <li>- Funciones comunicativas orales.</li> <li>- Frases con dificultad creciente.</li> <li>- Narraciones simples.</li> <li>- Conversación: dirigida/espontánea</li> <li>-Vocabulario propio a la edad</li> <li>- Diálogos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dramatizaciones de teatros, situaciones concretas, diálogos...</li> <li>- Debates y diálogos en clase sobre temas que saquen los alumnos</li> <li>- Juego simbólico donde imiten y representen roles y situaciones comunicativas</li> <li>- Cantar canciones de la unidad y otras</li> <li>- Aprender y recitar poesías y retahílas</li> <li>- Realizar ejercicios de la unidad del aula en pequeño grupo para que la comunicación e intercambio de opiniones se favorezca.</li> <li>- Descripción de situaciones presentadas en video, audio, imágenes, posters...</li> </ul>

## Resultados

Tras la puesta en práctica del plan de intervención temprana con el alumno y su familia, llevando a cabo las diferentes actividades expuestas (respiración, conversación, praxias de articulación, dramatizaciones, etc.) y manteniendo un contacto frecuente para el intercambio de información con los padres, hemos procedido a evaluar los resultados obtenidos.

En cuanto a la evaluación del alumno, hemos tenido en cuenta diversas muestras de su habla en distintos contextos (Guitar, 1998):

- Familiar
- El aula (la tutora): en diversos momentos de la rutina como lectura, exposición oral, trabajo en grupo, etc.
- Durante las sesiones con la Logopeda del centro

A su vez, hemos contemplado las diferentes situaciones del habla del niño para profundizar en la presencia de disfluencias según el momento y la actividad en sí. De este modo hemos analizado y observado su habla en:

- ✚ Preguntas directas
- ✚ Relato de experiencias
- ✚ Habla espontánea
- ✚ Lectura (entendida como descripción de imágenes pues aunque se les está iniciando a la lectoescritura en la etapa, la lectura se centra más en reconocimiento de fonemas y letras y conjuntos silábicos)
- ✚ En interacción comunicativa:
  - con su familia
  - con la Logopeda
  - con la tutora
  - con sus compañeros y compañeras de clase y del cole
- ✚ En conversación sometida a presión comunicativa (hablándole más rápido, interrumpiéndole, corrigiéndole...)

A continuación exponemos los resultados concretos obtenidos de las muestras recogidas por medio de grabaciones de voz y observación directa, así como las pruebas y registros empleados para analizar dichos resultados (detalles en anexo 3 y 4). Las pruebas y evaluaciones han sido elaboradas siguiendo a Salgado (2005). Mediante la comparación y reflexión de los resultados expuestos, desarrollaremos las conclusiones obtenidas en este estudio de caso y, concretamente, sobre la influencia de la intervención temprana en casos de disfemia infantil.

**TABLA 4. Registro de datos obtenidos por la Logopeda para la evaluación del alumno tartamudo**

<b>Muestra 1: Logopeda (100 palabras)</b>				
Sesiones en el aula en pequeño o gran grupo con el alumno concreto				
Registro de datos mediante análisis de audios y observación directa y sistemática				
<b>Evaluación de aspectos lingüísticos</b>				
<b>Descripción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Duración /Tiempo</b>	<b>Tensión</b>	<b>Observaciones</b>
Prolonga sonidos (fáaaaacil) <b>SÍ</b>	10%	Rápido lento regular variable <b>X</b>	Baja Moderada <b>X</b> llamativa	<i>Sigue prolongando sonidos pero con menor frecuencia y siendo variable su duración (rápido puntualmente)</i>
Repite sílabas (lalalalala) <b>SÍ</b>	15%	Rápido <b>X</b> lento regular variable	Baja <b>X</b> moderada llamativa	<i>Aun presenta repetición de sílabas pero sólo en palabras monosilábicas y a principios de frase.</i>
Repite palabras (el sol sol) <b>NO</b>	-----	rápido lento regular variable	baja moderada llamativa	-----
Inserta sonidos innecesarios (mm....mm...el sol) <b>SÍ</b>	20%	Rápido lento regular <b>X</b> variable	baja moderada <b>X</b> llamativa	<i>Suele insertar onomatopeyas (ay!), y sonidos mientras evoca la palabra que busca (eee, mmm)</i>
Existen largas pausas entre: - sílabas - palabras - frases <b>X</b>	9%	rápido lento regular variable <b>X</b>	baja <b>X</b> moderada llamativa	<i>A veces pausas y a veces sonidos pero la frecuencia de las pausas es mucho menor</i>
Aparecen bloqueos - Al comienzo de la palabra <b>X</b> - En mitad de la palabra	14%	Rápido <b>X</b> lento regular variable	Baja <b>X</b> moderada llamativa	<i>A veces se bloquea a comienzos de palabra sobre todo al iniciar las frases y conversación pero no una vez iniciada ésta</i>
Parte la palabra (boli - grafo) <b>NO</b>	-----	rápido lento regular variable	baja moderada llamativa	-----
Usa muletillas (vienes,vienes...¿eh? ¿eh?) <b>NO</b>	-----	rápido lento regular variable	baja moderada llamativa	-----
Usa gestos en sustitución de palabras <b>NO</b>	-----	rápido lento regular variable	baja moderada llamativa	-----
<b>Evaluación de aspectos físicos y emocionales</b>				
<b>Descripción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Duración /Tiempo</b>	<b>Tensión</b>	<b>Observaciones</b>
Cambios de voz - Voz - Tono - Velocidad <b>X</b> - Ritmo <b>X</b>	30%	rápido lento regular variable <b>X</b>	Baja Moderada <b>X</b> llamativa	<i>Cuando se pone nervioso tiende a hablar más rápido y a tener un ritmo menos estable pero se ha reducido su generalización</i>
Movimientos respiratorios: - Rápidos/Lentos - Bloqueo <b>X</b> - Aspiraciones - Sin ritmo	29%	Rápido <b>X</b> lento regular variable	Baja <b>X</b> moderada llamativa	<i>En las repeticiones y bloqueos es cuando su respiración es irregular y presenta bloqueos de aire</i>
Enmascaramiento: - Se tapa la boca	20%	rápido lento	Baja <b>X</b> moderada	<i>Cuando se bloquea mira hacia otro lado sutilmente pero no</i>

- Habla en tono muy bajo <b>X</b> - No habla mirando directamente (giro parcial de la cara) <b>X</b>		regular variable <b>X</b>	llamativa	como evitación sino como evocando la palabra. Su tono en general es bajo pues es tímido
Muecas faciales: - Sacudidas o tensión mandibular. - Lengua saliente. - Presión en labios. - Rigidez facial. - Movimientos oculares. <b>X</b>	70%	Rápido lento regular variable <b>X</b>	Baja <b>X</b> moderada llamativa	Suele mover los ojos variando el punto de mirada cuando habla, pero lo hace de forma inconsciente a modo de tic
Movimientos de cabeza.  <b>NO</b>	-----	rápido lento regular variable	baja moderada llamativa	-----
Movimientos de extremidades: - Brazos. - Manos <b>X</b> - Piernas. - Pies.	50%	rápido lento regular variable <b>X</b>	Baja <b>X</b> moderada llamativa	Mueve las manos especialmente cuando quiere explicar algo o se bloquea como especie de apoyo
Reacciones fisiológicas: - Sudoración. - Palidez. - Enrojecimiento. <b>X</b>	10%	rápido lento regular <b>X</b> variable	baja moderada llamativa <b>X</b>	Debido a su timidez se enrojece presentando una tensión considerable en los momentos en que habla sólo para un público. En el resto de situaciones comunicativas no manifiesta dichas reacciones

Elaboración propia: Asia Camacho Muñoz, 2016 (adaptación de Fernández V.L., 2008)

**TABLA 5. Registro de datos y aspectos complementarios del lenguaje que puedan influir en la evolución positiva o negativa de la disfemia**

<b>Muestra 2: Logopeda</b>		
Sesiones en el aula en pequeño o gran grupo con el alumno concreto		
Registro de datos mediante observación directa y sistemática		
<b>Aspectos analizados</b>	<b>Resultados encontrados</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Capacidades fonorespiratorias</b>	Falta de coordinación fono-respiratoria a la hora de articular ciertos fonemas como la fricativa /θ/	Su respiración suele ser normal excepto los bloqueos de aire que se producen en las repeticiones y a la hora de articular la fricativa
<b>Motricidad y praxias bucofonatorias.</b>	Aun presenta dificultades en la articulación de ciertos fonemas en el habla (/r/ y /θ/ sobre todo). Pero comienza a articular correctamente fonemas aislados que antes articulaba mal	En la cadena hablada comete errores de articulación como sustituciones y omisiones en ciertos fonemas que ya de forma aislada pronuncia bien (coloca bien la lengua de forma consciente)
<b>Dimensiones generales del lenguaje</b>  - Fonológica - Morfosintáctica - Semántica - Pragmática	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de articulación y discriminación fonética reduciéndose</li> <li>• Estructuración adecuada de frases con flexiones verbales adecuadas a la edad</li> <li>• A veces le cuesta comprender el significado de narraciones largas</li> <li>• Sus habilidades comunicativas no son muy buenas coartadas éstas por su timidez</li> </ul>	En general su lenguaje ha mejorado, presentando falta de comprensión en ocasiones por su falta de atención y escasos recursos pragmáticos condicionados por su timidez.

Elaboración propia: Asia Camacho Muñoz, 2016

**TABLA 6. Registro de datos obtenidos de la tutora para la evaluación del alumno tartamudo**

Muestra 3: La tutora	
Registro de datos a través de la observación directa y sistemática del alumno con tartamudez en los diferentes momentos de su rutina escolar	
COMPORTAMIENTO DEL NIÑO	
En el aula en general	<p><b><u>Estilo de aprendizaje:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Extrínseca: <b>X</b> <i>requiere de refuerzos y estimulación externa en general</i></li> <li>- Intrínseca.</li> </ul> </li> <li>2. Atribuciones:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atribución de su éxito/fracaso a sí mismo: <b>X</b> <i>aunque no de forma muy segura pero reconoce sus avances como propios</i></li> <li>- Atribución a condiciones externas.</li> </ul> </li> <li>3. Refuerzo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí responde al reforzamiento: <b>X</b> <i>aunque debe ser constante</i></li> <li>- No responde al reforzamiento.</li> </ul> </li> <li>4. Ansiedad:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra nerviosismo en tareas, exámenes,...</li> <li>- Muestra tranquilidad. <b>X</b></li> </ul> </li> <li>5. Atención:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le cuesta focalizar la atención. <b>X</b></li> <li>- Centra la atención sin dificultad y la mantiene.</li> <li>- Fija la atención pero no la mantiene</li> </ul> </li> <li>6. Estilos cognitivos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impulsivo/Reflexivo.</li> <li>- Dependiente (necesita el trabajo estructurado). <b>X</b> <i>y requiere ayuda</i></li> <li>- Autónomo.</li> </ul> </li> <li>7. Proceso de adquisición:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades de comprensión.</li> <li>- Dificultades de retención. <b>X</b> <i>le cuesta memorizar contenidos</i></li> <li>- Dificultades de generalización.</li> </ul> </li> </ol> <p><b><u>En momentos de trabajo grupal:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toma la iniciativa.</li> <li>2. Opina, participa.</li> <li>3. Hace valer sus ideas.</li> <li>4. Coopera.</li> <li>5. Se deja llevar. <b>X</b> <i>tiene poca iniciativa pero trabaja cuando se le guía y ayuda</i></li> <li>6. Muestra agresividad (con otras personas o consigo mismo)</li> </ol>
En momentos de ocio y juego en patio o clase	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Juega? <i>Sí</i></li> <li>2. ¿Con quién juega? <i>Sus compañeros/as de clase</i></li> <li>3. ¿Qué tipo de juegos desarrolla? <i>Simbólico principalmente</i></li> <li>4. ¿Muestra agresividad? <i>No</i></li> <li>5. ¿Se relaciona con normalidad? <i>Con sus compis de clase sí aunque suele estar siempre con los mismos compañeros</i></li> </ol>
En momentos relacionados con la expresión oral	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se muestra comunicativo/a? <i>No especialmente</i></li> <li>2. ¿Evita o rechaza estas situaciones? <i>No aunque no da pie a conversar mucho</i></li> <li>3. ¿Manifiesta seguridad o inseguridad? <i>Inseguridad</i></li> <li>4. ¿Participa? <i>Sí pero hay que estar motivándole para ello</i></li> <li>5. ¿Dirige en ocasiones la conducta de las demás personas? <i>Nunca</i></li> <li>6. ¿Habla rápido o lento? <i>Rápido aunque está mejorando</i></li> </ol>

	7. ¿Ofrece respuestas verbales o no verbales? <i>Verbales</i>	
	8. ¿Se esfuerza por hacerse entender? <i>Sí</i>	
<b>ESTADO EMOCIONAL</b>		
<i>Aunque es un niño algo inseguro y tímido se muestra por lo general feliz y alegre en clase</i>		
<b>RENDIMIENTO ACADÉMICO</b>		
<p>- ¿Es variable o estable?</p> <p><i>Podemos considerar que es estable aunque con progreso lento. En inglés por ejemplo muestra mucho interés y avanza muy positiva y progresivamente</i></p> <p>- ¿Coincide la variabilidad en el rendimiento académico con los períodos de más o menos disfluencia?</p> <p><i>Normalmente cuando mejor rinde es cuando está más tranquilo y más atento. En esos momentos no suele mostrar disfluencias por lo que podría asociarse que mayor rendimiento coincide con las ausencias o disminuciones de disfluencias.</i></p>		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS MOMENTOS DE TARTAMUDEZ EN DISTINTAS SITUACIONES</b>		
<b>Situaciones</b>	<b>Tipo de disfluencias</b>	<b>Observaciones</b>
Grupales (en el aula)	Bloqueos a comienzo de frase, repetición de monosílabos iniciales, pausas	<i>Solo cuando se trata de hablar en público o explicar algo académico</i>
Individual	Repetición de sílabas y movimientos oculares y de manos	<i>Cuando está nervioso porque se le pregunta algo comprometido</i>
En el patio	Repeticiones de sílabas iniciales y prolongaciones	<i>Sólo en ocasiones cuando quiere transmitir algo inmediatamente o hay conflicto de intereses</i>
Otros espacios (aula psicomotricidad)	Bloqueos de aire y repetición de sílabas	<i>Cuando está exhausto y cansado del ejercicio suele mostrar problemas de control de aire</i>
Con los compañeros/as	Prolongación y repetición de sílabas	<i>Si es distendida la situación, no es llamativo. Pero cuando es una discusión o debate aparecen más disfluencias</i>
Con el equipo docente	Tono de voz bajo, repetición sílabas, pausas e interjecciones	<i>Depende del tono de la conversación. Pero a menos que se le pida algo comprometido (explicar algo, pedirle cuentas de algo...)no suele mostrar muchas</i>
Habla espontánea	Inserción sonidos o pausas entre frases, repeticiones monosílabos,	<i>No muestra excesivos síntomas pues no siente presión</i>
Habla dirigida (preguntas, lecturas...)	Bloqueos, repeticiones, prolongaciones, pausas e inserción sonidos, movimientos oculares	<i>Tanto en público como en privado, es en este tipo de hablas en las que muestra mayor número de síntomas de tartamudez</i>
<b>REACCIONES ANTE UN MOMENTO DE TARTAMUDEZ</b>		
<b>Del propio alumno/a</b>	<b>De la tutora</b>	<b>De los compañeros/as</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza el menor número de palabras posibles.</li> <li>- Contesta "NO SÉ".</li> <li>- Permanece en silencio.</li> <li>- Manifiesta sentimientos de culpa o vergüenza.</li> <li>- Presenta miedo a hablar.</li> <li>- Presenta retraimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indiferencia. <b>X</b> (<i>ante el grupo</i>)</li> <li>- Naturalidad.</li> <li>- Corrección.</li> <li>- Riña.</li> <li>- Comunicación no verbal: evitación mirada, gestos faciales inadecuados,..</li> <li>- Rechazo.</li> <li>- Apoyo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individual. <b>X</b> (<i>repitiendo lo que dice a modo de señal de que lo ha entendido todo a pesar de las disfluencias</i>)</li> <li>• Delante del grupo-clase.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechazo.</li> <li>- Burla.</li> <li>- Aceptación. <b>X</b></li> <li>- Indiferencia. <b>X</b></li> <li>- Corrección.</li> <li>- Apoyo.</li> <li>- Acoso.</li> </ul> <p><i>Algunos son conscientes y acaban las frases ellos mismos pero sin burla ni presión, lo aceptan como una cualidad de su amigo. Los demás directamente no prestan atención.</i></p>

## Discusión y Conclusiones

Una vez organizados los datos y resultados recogidos de la evaluación de la intervención, podemos proceder a su análisis.

Los resultados obtenidos, en comparación con la situación inicial del alumno, nos muestran los siguientes avances:

**TABLA 7. Comparación resultados iniciales y resultados tras la intervención indirecta**

Ámbito	Resultados en diagnóstico o iniciales	Resultados tras la intervención
<b>Motor</b> Observación de procesos orales y coordinación motora. Velocidad del habla y problemas de articulación y pronunciación (Riley y Riley, 1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensión muscular y facial</li> <li>- Velocidad excesiva en el habla</li> <li>- Interrupción de la salida del aire en las repeticiones y el habla</li> <li>- Fonoarticulación deficiente (colocación errónea de la lengua)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha desaparecido la tensión muscular</li> <li>- Su velocidad general se ha reducido limitándose la rapidez a momentos de estrés o nervios</li> <li>- Disminución de bloqueos desapareciendo en el habla normal y estando presente tan solo en las repeticiones al inicio de palabra</li> <li>- Mejora de su articulación fonética sabiendo colocar la lengua, presentando errores puntuales en la cadena hablada pero no en la articulación aislada de los fonemas</li> </ul>
<b>Lingüístico</b> Componentes del lenguaje: fonético-fonológico, semántico, sintáctico y pragmático (Berstein Ratner, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prolongación de fonemas</li> <li>- Fragmentación de palabras en el habla</li> <li>- Silencios entre emisiones</li> <li>- Repetición de sonidos, sílabas y palabras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aunque sigue prolongando, se ha reducido la frecuencia con la que lo hace</li> <li>- No fragmenta palabras</li> <li>- Hay aun algunas pausas pero principalmente relacionadas con la evocación y siendo menos frecuentes</li> <li>- La repetición se reduce a los monosílabos a comienzo de frase</li> </ul>
<b>Ambiental y comunicativo</b> Signos de relación social y emocional, actitudes frente a las situaciones comunicativas (Rustin y Khur, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poca atención y distracción ante escuchas</li> <li>- Poca iniciativa a entablar conversaciones</li> <li>- Timidez a la hora de contestar preguntas</li> <li>- Intervenciones breves y poco frecuentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sigue mostrando distracción</li> <li>- En momentos naturales se observa más iniciativa al hablar que en momentos dirigidos</li> <li>- Su timidez persiste pero se reduce en la comunicación espontánea y natural</li> <li>- En ambientes distendidos sus intervenciones son más largas y frecuentes que en las conversaciones provocadas</li> </ul>

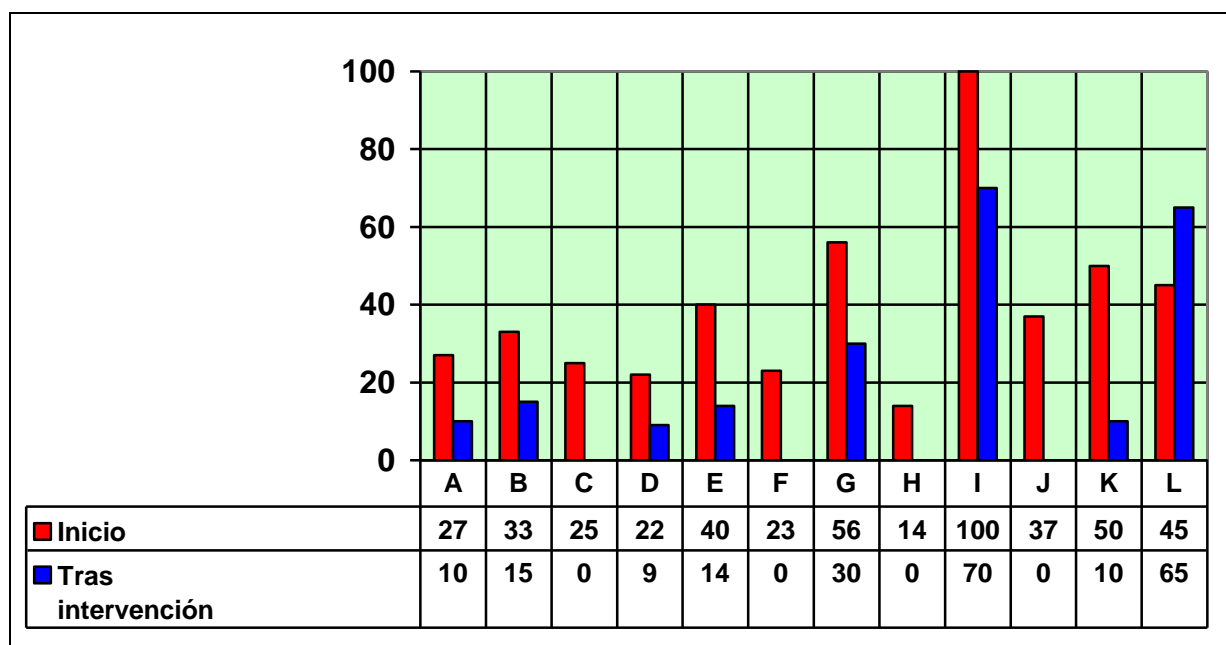
Elaboración propia: Asia Camacho Muñoz, 2016

De forma general, podemos observar en la anterior comparación de resultados que el alumno ha mejorado considerablemente aquellos síntomas asociados a la tartamudez o disfemia.

Para ver la evolución de forma más clara y gráfica hemos elaborado un diagrama de barras con ambos resultados (inicial y tras la intervención).



**GRÁFICA 1. Relación de resultados iniciales y tras la intervención indirecta**



Elaboración propia: Asia Camacho Muñoz, 2016

En la gráfica los números hacen referencia al porcentaje de presencia o aparición de los diferentes síntomas de la tartamudez o disfemia (Aguado, 2013). Por otro lado las letras se refieren a esos diferentes síntomas. Analicemos a continuación la evolución de cada uno de ellos:

- A. Prolongación sonidos:** podemos observar cómo tras la intervención, la prolongación de fonemas, aunque no ha desaparecido, se ha reducido apareciendo ahora con la mitad de frecuencia que antes.
- B. Repetición sílabas:** aunque sigue repitiendo sílabas, éstas se reducen a los inicios de las frases o conversaciones y siendo principalmente monosílabos. Vemos así cómo la frecuencia de aparición es la mitad que inicialmente.
- C. Repetición palabras:** observamos que la repetición de palabras se ha extinguido en su habla tras la intervención, repitiendo ahora tan sólo sílabas.
- D. Pausas:** las pausas se han reducido más de la mitad y se limitan a pausas entre frases, desapareciendo las pausas entre palabras y sílabas.
- E. Bloqueos:** los bloqueos han disminuido considerablemente y se asocian o aparecen ahora en situaciones de nerviosismo cuando la respiración cambia su ritmo normal.
- F. Partición palabras:** tras la intervención temprana podemos ver cómo no hay partición de palabras en el habla del niño.
- G. Velocidad excesiva en habla:** al igual que los bloqueos, la velocidad rápida en el habla se reduce a los momentos en los que, por su timidez e introversión, el alumno siente presión o nervios. Esto ocurre ante preguntas importantes, de contenido académico, etc. pero no en su habla espontánea donde ha adquirido un ritmo y velocidad normales.
- H. Movimientos cabeza:** ya no muestra tics asociados a movimientos de cabeza aunque en ocasiones gire levemente la cara como se ha mencionado con anterioridad. Ese giro leve de la cara más que un tic es un recurso o apoyo que el alumno utiliza para evocar las palabras que quiere transmitir y que no encuentra.

- I. Movimientos oculares:** aunque han disminuido, siguen estando presentes en el habla del niño los movimientos oculares inconscientes (modo tic).
- J. Tensión muscular:** el niño no manifiesta, tras la intervención, tensión muscular general ni facial. Realiza movimientos de manos a modo de apoyo y tic pero sin que exista rigidez o ansiedad en ello.
- K. Errores en articulación fonemas:** tras la intervención temprana basada principalmente en la estimulación del lenguaje oral desde distintos ámbitos (familia y escuela), podemos observar como se han reducido de forma importante los errores de articulación que presentaba previamente. Al reducir su velocidad de habla, comete menos errores y da tiempo a que pueda articular adecuadamente los fonemas. De forma aislada como ya hemos visto, ha aprendido a articular la mayoría de fonemas dificultosos para él, y su habla se ha visto beneficiada al mejorar en general sus síntomas de tartamudez.
- L. Intervención en diferentes contextos y situaciones:** este indicador es el único que ha aumentado y que supone un incremento positivo. A pesar de su timidez, el niño ha aumentado su confianza en sí mismo y al mejorar su habla y fomentarse desde el aula y el hogar los momentos de comunicación, el alumno se siente motivado y estimulado hacia el lenguaje y las situaciones comunicativas.

Como acabamos de analizar, la mejora en el habla del niño es evidente, por lo que, siguiendo a Onslow (2003) podemos coincidir con él en que este tipo de intervenciones indirectas y tempranas tienen un alto índice de éxito sobre todo como primera medida de actuación ante casos de tartamudez infantil.

Sin embargo, siguen habiendo disfluencias y dificultades, asociadas con este trastorno, presentes en el habla del niño y es que su diagnóstico y tratamiento se han llevado a cabo en el presente curso escolar (2015/2016). De este modo, consideramos que es aun temprano para determinar si el niño debe o no recibir un tratamiento individualizado y directo que se centre exclusivamente en mejorar y erradicar los aspectos de la tartamudez. Así, como defiende Yairi (1997), será a partir de los 18 meses desde que se realizó la evaluación y diagnóstico de la tartamudez del niño, y que se le está tratando de forma indirecta y temprana, cuando, si los síntomas no han remitido y siguen aún muy presentes en el habla del sujeto, optemos por llevar a cabo una intervención directa e individualizada con él.

Siguiendo esta misma línea, en la que hemos analizado y observado la mejora de fluidez en el habla del niño tartamudo tras la intervención temprana, y tomando como referencia los estudios y teorías de Starkweather (1990) sobre este tipo de intervenciones, podemos dar por válida, al menos a priori, la hipótesis que planteábamos al inicio del estudio. Esta hipótesis establecía una mejora en el habla del niño tras la aplicación del programa y método de intervención temprana y vemos como así ha sido, coincidiendo de este modo con el autor (Starkweather, 1990) cuando afirma y defiende la dificultad de recuperación del trastorno de tartamudez de aquellos individuos que no reciben una intervención y atención temprana.

Sin embargo, cabe mencionar aquellas dificultades o limitaciones encontradas a la hora de poner en práctica el plan de intervención y que, debemos tener en cuenta de cara al futuro del tratamiento de este sujeto, así como para otros casos de intervención temprana en tartamudez infantil. Así algunas de estas limitaciones han sido las siguientes:

**TABLA 8. Dificultades y limitaciones surgidas durante el desarrollo del plan de intervención temprana**

<p><b>A nivel familiar</b></p>	<p>A pesar de aprobar la actuación indirecta recomendada tras la evaluación inicial y diagnóstico, se han centrado más y han dado más importancia al tratamiento profesional (el desarrollado por la logopeda del centro escolar), no siguiendo en ocasiones las pautas que se le dieron y atribuyendo la persistencia de las disfluencias a falta de sesiones individualizadas.</p> <p>Aunque les parece bien el tratamiento y han accedido a colaborar, son más partidarios de intervenir de forma directa sobre el trastorno pues creen que es la forma en la que más rápido se pueden erradicar las disfluencias.</p>
<p><b>A nivel escolar</b></p>	<p>No siempre ha sido posible llevar a cabo las sesiones de estimulación de lenguaje oral como se habían planificado debido a celebración de festividades, excursiones y demás actividades complementarias del centro.</p> <p>Al fomentar situaciones comunicativas grupales, intentando que el niño no sea consciente de que se persigue su tratamiento con ello, no siempre es posible otorgarle a él la palabra o que sea el que realice siempre las actividades propuestas en el grupo. Hay que tener en cuenta al resto de alumnado y repartir los roles para que todos participen por igual.</p>
<p><b>A nivel del sujeto</b></p>	<p>A la hora de evaluar su habla y grabar conversaciones con él ha habido momentos en los que el alumno no ha querido continuar, sintiéndose algo extraño con la situación y parando así el discurso. Se ha tratado que sea siempre como un juego (vamos a jugar a que somos reporteros, somos locutores de radio...) dejando que también hablara libremente para no presionarlo pero aun así, hemos tenido que hacerlo de forma breve y separada en el tiempo para que no se sintiera incómodo.</p> <p>En ocasiones, aunque se le motive a participar en las actividades comunicativas propuestas, se muestra menos dispuesto y participativo. Hay que tener en cuenta bien los horarios y días en los que se desarrollan las actividades tratando así que sea en los momentos en los que su interés y motivación estén más altos (evitar últimas horas, o tras haber hecho ejercicio físico, un viernes a final de mañana, etc.)</p>

Elaboración propia: Asia Camacho Muñoz, 2016

En resumen, hemos comprobado cómo la intervención temprana e indirecta en los casos de disfemia infantil tiene unos resultados bastante exitosos, habiendo reducido aquellas disfluencias propias del trastorno en los casos en los que no han llegado a desaparecer del todo. Para el niño no ha supuesto ningún trauma ni choque que afecte a su autoestima o seguridad pues en ningún momento ha sido consciente de que se estaba modelando su lenguaje. Lo ha vivido de forma conjunta a sus compañeros y lúdica, aprendiendo así a valorar y apreciar los beneficios de una buena comunicación. Nos posicionamos de este modo en la misma línea que autores como Starkweather (1990), Irwin (1994), Rodríguez Morejón (2003), Fernández-Zúñiga (2005) y Salgado (2005), entre otros, a la hora de decidimos por una intervención temprana y preventiva que favorezca los factores comunicativos en general, y mejore y evite la persistencia de la disfemia en particular.

Como línea de investigación futura, hay que decir que una vez determinada la mejoría del alumno con tartamudez tras la intervención temprana, deberemos tener en cuenta aquellos factores que indican el riesgo de cronificación de la disfemia (Salgado, 2005), no dándose así por finalizada la intervención.

Entre los aspectos que se consideran indicadores de riesgo de cronificación o de recuperación espontánea se encuentran (Curlee, 1999; Gregory y Hill, 1999; Yairi y Ambrose, 1997):

- El sexo del paciente
- Antecedentes familiares
- La concomitancia entre problemas de fluidez y trastornos del lenguaje
- La velocidad del habla
- El tiempo transcurrido desde el inicio de la tartamudez

Así, los varones tienen entorno a cinco veces más posibilidades que las mujeres de continuar con disfluencias propias de la tartamudez.

El pronóstico sobre la recuperación o no de la tartamudez empeora si además, hay algún familiar que padezca disfemia, a menos que éste se haya recuperado en cuyo caso las posibilidades de remisión del trastorno en el sujeto son altas.

En cuanto a la concomitancia de disfemia y otros trastornos del lenguaje, se suele considerar que existe riesgo de cronificación de la tartamudez cuando además, existen otros problemas de lenguaje simultáneos, especialmente los de articulación o retraso del lenguaje.

Respecto a la velocidad del habla, se observa que los sujetos tendentes a un tartamudeo persistente suelen hablar más rápido que los que se recuperan, por lo que es un indicador de buena evolución el hecho de que el sujeto presente un habla lenta.

Por último, el tiempo transcurrido desde el inicio de las disfluencias nos indicará también las probabilidades que existen para una recuperación o cronificación de la tartamudez. Así, Rodríguez Morejón (2000) establece como criterio de riesgo de persistencia del trastorno que sus síntomas perduren de forma superior a los catorce meses.

A continuación exponemos una tabla que refleja de forma más clara los predictores de persistencia y cronificación de la disfemia:

**TABLA 8. Indicadores de cronificación y persistencia de la tartamudez**

Principales indicadores	Otros indicadores
- Ser varón	- Reacciones negativas del niño ante su habla
- Antecedentes familiares de tartamudez persistente	- Signos de tensión y esfuerzo al hablar
- Más de 14 meses desde el inicio de las disfluencias	- Prolongaciones largas (más de dos segundos)
- Trastorno de lenguaje o habla asociado	- Congelación de la articulación o la fonación
- Velocidad de habla rápida	- Carácter introvertido o sensible

Fuente: Salgado 2005

Teniendo en cuenta lo anterior y aplicándolo al alumno del estudio podemos observar que:

- El alumno es varón por lo que presenta más riesgo de cronificación
- Tiene antecedentes familiares de tartamudez (su hermano mayor) iniciándose sobre la misma edad que el sujeto del estudio pero remitiendo alrededor de los 8 años por lo que existe riesgo de que se repita en él esa duración del trastorno pero tiene alto índice de que no sea persistente de cara a la adolescencia y adultez.
- En cuanto al tiempo transcurrido desde los inicios no podemos concluir nada aún tras el estudio pues no ha pasado el suficiente tiempo para determinar si es o no un índice de riesgo. Debemos esperar y volver a evaluar al alumno pasados los catorce meses desde su diagnóstico.
- El alumno presenta ciertos problemas de articulación aunque tras la intervención a mejorado. Teniendo en cuenta la edad (5 años) y el carácter evolutivo de este tipo de trastornos en estas edades, consideraremos que no es un factor determinante de riesgo.
- La velocidad de habla del alumno ha disminuido considerablemente tras el tratamiento indirecto reduciéndose la rapidez a los momentos de bloqueo y estrés. Por lo tanto consideramos que la evolución es positiva y que no hay indicio de persistencia en este aspecto.
- El niño aun no parecer ser consciente de su trastorno por lo que no muestra reacciones negativas ante su habla. Lo cual nos da más indicios de su recuperación.
- Aunque hay movimientos oculares y de manos a modo de tics, la tensión muscular del niño ha desaparecido, no siendo además muy llamativa tampoco inicialmente por lo que es un signo más de buena evolución.
- Siguen existiendo prolongaciones en su habla pero con menor frecuencia. Habrá que seguir observando este aspecto pero a priori se muestra una evolución positiva.
- Su carácter introvertido, sensible y tímido sigue siendo tal. Forma parte de su personalidad por lo que difícilmente sufrirá grandes cambios. Aun así, y teniendo en cuenta el resto de factores en los que evoluciona positivamente, consideramos que no supondrá un indicador de riesgo de persistencia de la tartamudez pues esos momentos de timidez se limitan a exposiciones en público o situaciones comprometidas. En el resto de situaciones de comunicación no muestra excesiva timidez ni inhibición.

Quisiéramos acabar este estudio haciendo referencia a una frase, que con carácter anónimo, se utilizó como slogan en el Día internacional de la toma de conciencia de la tartamudez (22 de Octubre) y que sin duda, tras este estudio, cobra un gran sentido:

***“People who stutter have the unique opportunity to teach the world to listen”***

## Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición) DSM-V-TM. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Asorey, M. J. F., & Fernández, P. F. (2015). Un enfoque actual da tartamudez desde a escola inclusiva: a prevención nas aulas. *Eduga: revista galega do ensino*, (69), 51.
- Cabrera Passa, D. Carrasco Aráuz, D...y otros (2005). Propuesta de actividades para la estimulación del Lenguaje Oral en Educación Infantil. Materiales de apoyo al profesorado. Junta de Andalucía. Consejería de Educación. Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación.
- Cervera, J.F. y Ygual, A. (2002). Intervención educativa en los niños tartamudos: retos técnicos y compromiso ético para los especialistas en audición y lenguaje. *Edetania, estudios y propuestas de educación*, 9-35. Valencia
- Coll-Florit, M. (Coord.), Aguado, G., Fernandez-Zuñiga, A. y otros (2013). Trastornos del habla y de la voz. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona.
- Sánchez Gutiérrez, E. Sáez del Castillo Moraza, M.T. y otros (1996). Estimulación del lenguaje oral en Educación Infantil. Gobierno Vasco. Departamento de educación, universidades e investigación.
- Dinville, C. (1989). La tartamudez: sintomatología y tratamiento. Masson. Barcelona.
- Dinville, C. (1996). Los trastornos de la voz y su reeducación. Masson. Barcelona.
- Fernández Vivancos, L. (2008). Fichas de exploración, evaluación y registro del lenguaje. C.E.I.P Tierno Galván. Totana. Blog de Audición y Lenguaje. <http://audiciontierno.blogspot.com.es/p/indice-novedades.html>
- Fernández-Zuñiga, A. (2005). Guía de intervención logopédica en tartamudez infantil. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Zuñiga, A., Caja, R. (2008). Tratamiento de la tartamudez en niños. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Fernández-Zuñiga, A., De León, M. y Gamba Moreles S. (2011). Evaluación, intervención y evolución en un caso de tartamudez temprana. Elsevier España.
- Fernández, L. C., Solís, S. G. P. y Pérez, J. C. N. (2008). La escuela inclusiva ante los alumnos tartamudos: actitudes y emociones en la relación educativa. *Revista de educación*, (345), 281-299.
- Gallego Ortega, J.L. (2001). La tartamudez. Guía para profesionales y padres. Aljibe. Málaga.
- Gallego Ortega, J.L. y Rodríguez Fuentes, A. (2005). Atención Logopédica al alumnado con dificultades en el lenguaje oral. Aljibe. Málaga.
- Gallego Ortega, J.L. y otros (2006). Enciclopedia temática de logopedia. Volumen II. Aljibe. Málaga.

- García, J. A. (2003): Terapia psicológica en el tartamudeo. De Van Riper a la Terapia de Aceptación y Compromiso. Barcelona, Ariel.
- Guerrero Álvarez, A.M. y Rico Pérez, C. (2008). Cómo mejorar el lenguaje en el niño. Volumen II (de tres a seis años). Aljibe. Málaga.
- Hernández, I. (2011). Trastorno de fluidez: la tartamudez, evaluación y tratamiento. Revista digital de innovación y experiencias educativas, (42), 1-8
- Herrero, D. (2014) Plan escolar de detección e intervención temprana en tartamudez infantil. En: Navarro, J.; Gracia, M<sup>a</sup>.D.; Lineros, R.; y Soto, F.J. (Coords.) Claves para una educación diversa. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades.
- Irwin, W. (1994). La tartamudez en los niños. Bilbao: Mensajero.
- Juárez Sánchez, A. y Monfort, M. (1992). Estimulación del lenguaje oral. Un modelo interactivo para niños con dificultades. Santillana. Madrid.
- Juárez Sánchez, A. y Monfort, M. (2002). Estimulación del lenguaje oral. Un modelo interactivo para niños con dificultades. Madrid: Santillana.
- Loriente, C. (2013). Crítica y alternativa al modelo biomédico de la tartamudez. Revista de investigación en logopedia 2, 120-145. UNED, España
- Manso, J. M., & Sánchez, E. G. B. (2002). Tratamiento de un caso de tartamudez a través del método de azrin y nunn. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 22(4), 219-225.
- Onslow, M. y Packman A. (1999). The handbook of Early Stuttering Intervention. San Diego, CA: singular Publishing Group.
- Rodríguez, A. (2001). Intervención sobre la tartamudez temprana. Revista Logopedia, Fonología y Audiología. XXI(1): 2-16
- Salgado Ruíz, A. (2005). Manual práctico de tartamudez. Síntesis. Madrid.
- Santacreu J. Y Froján M.J. (1993). La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil. Pirámide. Madrid.
- Villegas Lirola, F. (2010). Materiales de logopedia. Evaluación e intervención de las dificultades fonológicas. Pirámide. Madrid.
- Yairi, E., Ambrose, N. (2005). Early stuttering. For clinician by clinician. Austin.Texas. PRO-ED.

**Fecha de entrega: 15/06/2016**

## ANEXO 1:

Tabla 1: Recursos utilizados en la intervención del caso concreto

RECURSOS	
Materiales	Otros recursos
<ul style="list-style-type: none"><li>- Material ortofónico: espejo, jeringuilla, guantes...</li><li>- Material de soplo: velas, cañitas, pelotas, plumas, silbatos, matasuegras, pompero, bolas de corcho, pajita para beber...</li><li>- Material para la audición: instrumentos musicales, cds con sonidos, grabaciones de voces, diálogos...</li><li>- Material de juego simbólico: muñecos, animales, coches, disfraces...</li><li>- Material gráfico : cuentos, vocabulario en imágenes, lottos fonéticos, secuencias temporales, pictogramas, fotografías, posters y carteles,</li><li>- Material audiovisual: grabadora, videos...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Obras teatrales</li><li>- Libros y materiales de las unidades a trabajar en el aula</li><li>- Espacios del colegio: aula, patio, aula informática, sala psicomotricidad, etc.</li><li>- Agentes humanos: resto alumnado, tutora, familia, logopeda, etc.</li></ul>

Elaboración propia: Asia Camacho Muñoz, 2016

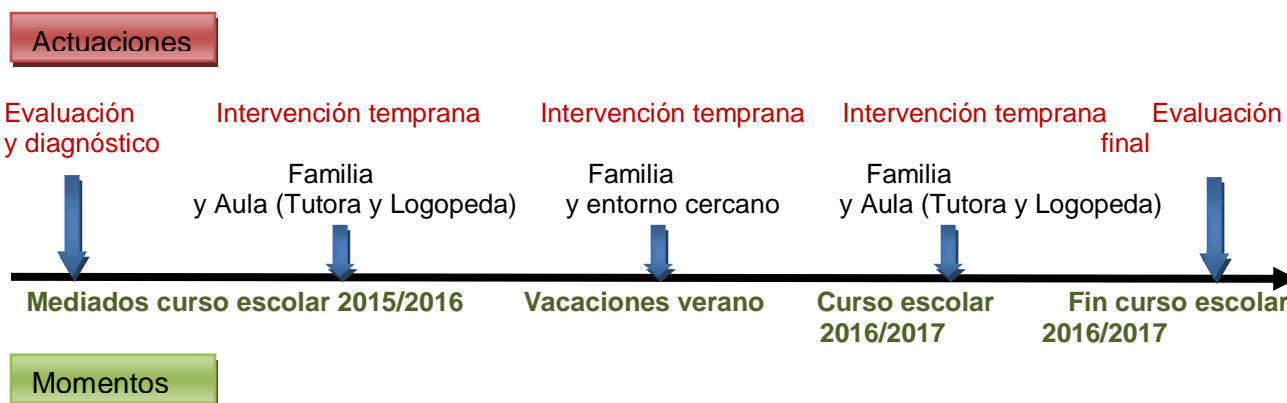


## ANEXO 2:

La temporalización que se propone para llevar a cabo las actividades y pautas de intervención indirecta con el alumno concreto, seguirá las recomendaciones del ya citado Yairi (1997), es decir, tendrán una duración aproximada de 14 a 18 meses, momento en el que, según el autor, si la tartamudez no ha remitido, habrá que comenzar con una intervención directa e individualizada.

Teniendo en cuenta que el diagnóstico y evaluación iniciales han sido realizadas no hace mucho (mediados del actual curso escolar 2015/2016), lo recomendable sería continuar con la intervención indirecta hasta mínimo mediados del curso que viene.

La relación entre los momentos y las acciones a llevar a cabo con el alumno podría sintetizarse en la siguiente línea temporal:



**ANEXO 3:**

**Tabla 1: Ejemplo de medidas e índices de interés en la evaluación de la fluidez**

Medición	Índices de interés
<b>Número de disfluencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % sílabas o palabras tartamudeadas</li> <li>• <math>\frac{\text{N}^\circ \text{ palabras/sílabas tartamudeadas}}{\text{N}^\circ \text{ palabras/sílabas emitidas}} \times 100</math></li> </ul>
<b>Tipo de disfluencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % disfluencias tipo tartamudez (DTT)</li> <li>• % disfluencias no tipo tartamudez (DnoT)</li> </ul>
<b>Agrupación de disfluencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de disfluencias agrupadas en conjuntos de tres o más</li> <li>• Número medio de disfluencias por agrupación</li> <li>• % de disfluencias acompañadas por movimientos asociados en diez disfluencias al azar</li> </ul>
<b>Número de repeticiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de repeticiones de entre todas las disfluencias</li> <li>• % de repeticiones intrapalabra con dos o más unidades</li> <li>• Número medio de unidades de repetición en diez repeticiones al azar</li> <li>• Número más elevado de unidades en una repetición</li> </ul>
<b>Número de prolongaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de prolongaciones de entre todas las disfluencias</li> </ul>
<b>Duración de disfluencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Velocidad y tempo de las repeticiones</li> <li>• Duración media de las tres repeticiones y bloqueos más largos</li> <li>• Duración media de diez prolongaciones y diez bloqueos al azar</li> </ul>
<b>Numero de palabras/sílabas emitidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Velocidad de habla</li> <li>• Diferencia entre la tasa de habla del niño y de la madre</li> <li>• Numero de palabras/sílabas por minuto en las diferentes situaciones</li> <li>• Sonidos y sílabas con más frecuencia de disfluencias</li> </ul>
<b>Conductas de escape</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero de circunloquios o sustituciones</li> </ul>
<b>Signos de tensión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimientos laterales de los ojos</li> <li>• % disfluencias con esfuerzo visible o audible en diez disfluencias al azar</li> </ul>

Fuente: Salgado 2005

**ANEXO 4:**

**Tabla 1: Ejemplo de hoja de registro para las familias**

<b>REGISTRO PARA PADRES Y MADRES</b>				
Observe y anote los errores y disfluencias que aprecia en los diferentes momentos y situaciones así como las emociones asociadas a ello y la reacción de los propios familiares.				
<b>Día</b>	<b>Situación</b>	<b>Disfluencias o errores de habla</b>	<b>Grado de malestar donde 0 es ninguno y 10 mucho (ansiedad, nervios, vergüenza...)</b>	<b>Cómo actúan/ reaccionan los familiares ante eso</b>
--/--/----				
<b>Ejemplo situaciones a tener en cuenta:</b>			<b>Ejemplo de reacciones ante la situación y habla:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dirige a la madre</li> <li>- Se dirige al padre</li> <li>- Habla con un amigo</li> <li>- Habla con su hermano/a</li> <li>- Cuenta lo que le ha pasado</li> <li>- Protesta, se queja de algo</li> <li>- Pide permiso</li> <li>- Estando enfadado</li> <li>- Rechaza algo</li> <li>- Exigiendo</li> <li>- Defendiéndose de algo</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrección errores</li> <li>- Indiferencia</li> <li>- Tratar de escucharlo</li> <li>- Calmarlo y serenarlo</li> <li>- Preguntarle más detenidamente</li> <li>- Castigo o riña</li> </ul>	

Fuente: adaptado de Fernández-Zúñiga (2011) y González García A. (2014)