

# INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA TARTAMUDEZ INCLUYENDO TAREAS MUSICALES

*Early intervention in stuttering including musical tasks*

**Jenith Karem Paredes Gonzalez<sup>1</sup>**

Universitat Oberta de Catalunya. Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación.  
Barcelona, Cataluña

**Ana Maria Fernández Planas<sup>2</sup>**

Universitat Oberta de Catalunya. Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación.  
Barcelona, Cataluña

## RESUMEN

La intervención temprana de la tartamudez en niños preescolares puede ser realizada desde diferentes enfoques, uno de ellos y el elegido para este estudio fue la inclusión de tareas musicales como el canto y los ejercicios de ritmo sumado a la intervención terapéutica temprana propuesta por Fernández-Zúñiga y Gamba (2013), la cual se fundamenta en las estrategias de: asesoramiento a padres, asesoramiento a docente e intervención indirecta con el niño (Starkweather y cols., 1990; Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1991; Irwin, 1994; Fernández-Zúñiga, 1994; Bloodstein, 1995; Rustin y cols., 1996; Onslow y Packman, 2001; Rodríguez, 2003; Salgado, 2005; Fernández-Zúñiga, 2005; Jones, 2015). Este estudio de caso se realizó con un varón de 4,6 años de edad, quien luego de 7 semanas de intervención indirecta temprana demostró una disminución en el porcentaje de errores de fluidez especialmente en la repetición de sonidos de un 57% a un 0%, repetición de sílabas de un 13% a un 0% en el contexto de renarración. Se concluyó así que las tareas de canto y ritmo colaboran como estrategia terapéutica al hacer más amena la intervención, permiten de manera más fácil e indirecta aplicar las técnicas de moldeamiento del habla de forma agradable para el niño, y unidas a actividades de lectura contribuyen con el desarrollo lingüístico y la adquisición de habilidades metafonológicas; sin embargo, es esencial la colaboración de los padres para que los cambios obtenidos en la intervención se puedan generalizar al contexto familiar.

---

<sup>1</sup> Jenith Karem Paredes González. [jparedesgo@uoc.edu](mailto:jparedesgo@uoc.edu)

<sup>2</sup> Ana Maria Fernández Planas. [afernandezpl@uoc.edu](mailto:afernandezpl@uoc.edu)

**Palabras clave: Tartamudez temprana, patología del habla y lenguaje, Intervención indirecta temprana, Música, Niños preescolares.**

## **ABSTRACT**

Early intervention of stuttering in preschool children can be done from different approaches, one of them and the one chosen for this study was the inclusion of musical tasks such as singing and rhythm exercises added to the early therapeutic intervention proposed by Fernández-Zúñiga and Gamba (2000), which is based on the strategies of: parent counseling, teacher counseling, and indirect intervention with the child (Starkweather and cols., 1990; Santacreu and Fernández-Zúñiga, 1991; Irwin, 1994; Fernández-Zúñiga, 1994; Bloodstein, 1995; Rustin and cols., 1996; Onslow and Packman, 2001; Rodríguez, 2003; Salgado, 2005; Fernández-Zúñiga, 2005; Jones, 2015). This case study was performed with a 4,6 year's old male, who after 7 weeks of early indirect intervention demonstrated a decrease in the percentage of fluidity errors, especially in the repetition of sounds of 57% to 0%, repetition of syllables from 13% to 0% in the context of retelling. It was concluded that the tasks of singing and rhythm collaborate as a therapeutic strategy by making the intervention more enjoyable, allow in a more easy and indirect way to apply speech molding techniques in a pleasant way for the child, and linked to reading activities contribute to linguistic development and the acquisition of metaphonological skills; However, it is essential for the parents to collaborate so that the changes obtained in the intervention can be generalized to the family context.

**Key Words: Early stuttering, Speech Language Pathology, Early Indirect Intervention, Music, Preschool Children**

## **Introducción**

La tartamudez es una patología de la comunicación y específicamente del habla que se caracteriza por las dificultades en la fluidez con gran variabilidad en su severidad. Los síntomas consisten en interrupciones que afectan la articulación en su mayoría al inicio de las frases, provocando alargamientos y repetición de sonidos, sílabas, palabras; bloqueos o prolongaciones silenciosas que van acompañados por signos de tensión en áreas de cara, cuello e inclusive del cuerpo en general. Con el paso del tiempo, estos síntomas repercuten negativamente en la comunicación y quienes la padecen pueden llegar a experimentar fobia social, sentimientos negativos hacia la comunicación con posteriores conductas de evitación (Fernández-Zúñiga y Gamba, 2013; Sangorrín, 2005)

Las causas de la tartamudez continúan siendo desconocidas, aunque tiene gran influencia la herencia, de la cual menciona Aguilar, Moroto y León (1992) llegan a padecerla entre el 30% y 40% de los hijos de padres con tartamudez. Se han acuñado también a su origen otras causas como son los déficits lingüísticos específicamente el

retraso del lenguaje (entre el 10% y 36% de los niños tartamudos demostraron fallas en el procesamiento del lenguaje); junto con factores psicosociales entre ellos la actitud negativa de los padres, asociación de estímulos ambientales, exigencia del entorno, situaciones conflictivas o de estrés que afectan al niño y que tienden a promover la aparición de la misma (Fernández-Zúñiga y Gamba, 2013).

Este trastorno de la fluidez del habla suele manifestarse desde etapas tempranas del desarrollo del lenguaje infantil, entre los 2 y 4 años; en la edad preescolar se presenta aproximadamente entre el 5-8% de los menores y es llamada *developmental stuttering DS* o Tartamudez del desarrollo (Zuidberg, Rozemuller, Zwartkruis, Bast, 2015).

La tartamudez del desarrollo tiene una recuperación espontánea en el 70-80% de los casos y una prevalencia aproximada del 1% en la adolescencia con un impacto negativo social como la restricción de la comunicación, irritación e inclusive vergüenza (Zuidberg, Rozemuller, Zwartkruis, Bast, 2015). Debido a su aparición temprana y la prevalencia del trastorno, se recomienda entonces que todo niño en edad preescolar que presente cualquier tipo de disfluencia sea evaluado por un profesional para determinar la necesidad de una intervención temprana, antes de que se pueda instaurar una patología (Fernández-Zúñiga y Gamba, 2013)

Fernández-Zúñiga y Gamba (2013:128) refieren que “en la actualidad hay una clara tendencia en la clínica y en las investigaciones a intervenir tempranamente y claramente antes de la edad escolar” debido a la evolución del trastorno y al éxito que las intervenciones tempranas tienen sobre el establecimiento de la dificultad de fluidez en niños menores de 6 años. (Ramasco, 2014; Le Huche, 2010; Rodríguez, 2001).

El tratamiento temprano de la tartamudez entre los 2 años y los 6 años, consiste generalmente en el manejo ambiental de los factores que pueden influir en el asentamiento de la dificultad de habla, también puede incluir una intervención indirecta de la fluidez del niño por parte de un terapeuta del lenguaje. A continuación se exponen los modelos y ámbitos de intervención más mencionados en la literatura revisada.

Uno de ellos es el asesoramiento familiar Oliveira, Yasunaga, Sebastião y Nascimento (2010) llevaron a cabo un intervención a corto plazo (1 mes) con dos sesiones de asesoramiento a padres sobre las conductas adecuadas en contextos comunicativos para favorecer la fluidez del habla y hallaron que el 70% de los niños presentaron una disminución en la frecuencia del tartamudeo y el 80% en la cantidad de veces que presentaban disfluencias.

El programa *Lindcombe* de Harrinson y Onslow (1999), ha descrito beneficios en la disminución de la tartamudez con su metodología operante, en donde se asesora a los padres para que realicen refuerzos y contingencias verbales ante el habla fluida y no fluida de los menores de 6 años, éste es uno de los programas en los cuales los terapeutas del habla reciben cada vez mayores capacitaciones para su aplicación (Sonneville-Koedoot, Stolk, Rietveld, Franken, 2016; Rodríguez, 2001). Sin embargo, acerca de este programa, Donaghy, Harrison, O'Brian, Menzies, Onslow, Packman, y Jones (2015) sugieren la necesidad de analizar cuidadosamente el número de contingencias verbales y el tiempo de tratamiento.

García y Morejón (2015:576) aconsejan que “la regla de oro consiste en que el niño no puede percibir que recibe un tratamiento para el lenguaje y, mucho menos, que está siendo observado o controlado en cada una de las actividades”, por lo cual las intervenciones realizadas por los padres tienen como objetivo propiciar un ambiente cálido para los intercambios comunicativos, sin presiones y con libertad.

Con respecto al asesoramiento a docentes, Cervera e Ygual (2002), hacen hincapié en la importancia del asesoramiento psicoeducativo para evitar la discriminación y el consecuente sufrimiento de los niños con problemas de tartamudez. Así mismo, Villarubia (2015) menciona la importancia del maestro en la identificación del trastorno y el manejo de los niños con estas dificultades del habla para propiciar su desarrollo integral en el ámbito escolar.

Además de los ámbitos y programas mencionados, los logopedas pueden propiciar la realización de tareas de intervención preventiva relacionadas con el juego, en sesiones de poca estructura facilitando espacios de comunicación; realizando actividades lingüísticas que favorezcan la instauración del habla fluida y modelado del habla ofreciendo una cadencia de habla lenta y alargado algunos sonidos, permitiendo a su vez turnos de habla adecuados (Fernández-Zúñiga y Gamba, 2013).

Castillo (2011:46) menciona: "El objetivo de la Terapia Preventiva es doble: - Por un lado, debe evitar que el niño centre su atención en su forma de hablar. Así se logrará que no tome conciencia del problema, interiorizándolo y haciéndolo crónico. Y por otro, pretende que el niño recupere el gusto por hablar, porque lo que necesita es disfrutar y estar relajado mientras habla, y sentirse confiado y seguro cuando lo hace."

Con respecto al tiempo de intervención, Lu, Zheng, Long, Yan, Ding, Liu y Howell (2017) observaron una reorganización funcional del cerebro en adultos específicamente en la corteza frontal izquierda a la cual se le acuñan las dificultades de fluidez durante una intervención comportamental de 7 días. Otras intervenciones suelen durar entre 6 meses y dos años, e inclusive algunas persisten por mucho tiempo más de acuerdo al programa de seguimiento del trastorno y el grado de severidad del mismo.

Debido al carácter preventivo y de intervención indirecta en las dificultades de la fluidez del menor, se plantea un programa de 7 semanas combinando las diversas estrategias de intervención temprana, esperando lograr cambios en la dinámica comunicativa familiar y así mismo en la actitud de los padres y docente hacia las dificultades de fluidez del menor; en el niño se espera disminuir el grado de tartamudez favoreciendo el desarrollo lingüístico a través de tareas musicales como estrategia terapéutica.

Como se mencionó anteriormente, este estudio propone un componente añadido en la intervención y es la estimulación musical y rítmica. Merçon y Nembr (2007) han expuesto que los preescolares tartamudean porque generalmente tiene problemas con las competencias metalingüísticas especialmente las metafonológicas; así mismo, en las tareas de ritmo a nivel musical y del habla, Argandoña, Hernández, López, Ramos y Segovia (2006) refieren que los preescolares con disfluencias tienen un bajo rendimiento en las mismas.

En la tesis realizada por Jones (2015) se analiza la fisiología específica del cerebro involucrada en las tareas de fluidez y los beneficios de la incorporación de la musicoterapia como estrategia de intervención en niños con tartamudez del desarrollo. Refiere que en los individuos fluidos, las áreas del hemisferio izquierdo se desarrollan de manera diferente especialmente las áreas sensorial, motora y de planificación en comparación a los tartamudos, en quienes el hemisferio derecho parece asumir varias funciones que el hemisferio izquierdo no tiene activas como mecanismo compensatorio del déficit, hallazgo comprobado con la identificación de un aumento del volumen de sustancia blanca en sitios específicos como el giro temporal superior, el giro frontal inferior y giro precentral del hemisferio derecho.

Entonces, las tareas musicales acompañadas de actividades lingüísticas propias de la terapia para la tartamudez no sólo pueden ayudar a fortalecer las áreas del hemisferio

izquierdo subactivadas, sino también mejorar la capacidad de procesar la información visual y táctil (Guitar, 2014:33). En un estudio de neuroimagen de Warm, Ruber, Hohmann y Schlaug (2010) se demostró que el canto mejora la fluidez porque se activa el hemisferio izquierdo, específicamente el mecanismo motor auditivo, junto con la activación de áreas más débiles en tartamudos (Jones, 2015).

Al considerar qué tipo de terapia utilizar para los pacientes tartamudos, es importante tener en cuenta que las entradas sensoriales y motoras son elementos necesarios para el habla fluida, e implican el desarrollo y control de los músculos utilizados para el habla, la coordinación y la secuenciación de los sonidos (Jones, 2015).

Schön y Tillmann (2015), afirman que la intervención musical y del ritmo tiene una influencia positiva en el desarrollo del procesamiento temporal y a su vez de la conciencia fonológica, lo cual repercute en beneficios para el procesamiento del lenguaje, incluyendo también el procesamiento sintáctico y de la producción del habla. Así mismo Jones (2015:8) comenta: *music involves rhythm, motor coordination, and prescribed/organized sequences; therefore, in many ways, speech therapy that incorporates music can be extremely beneficial to patients who stutter* [La música implica rima, coordinación motora y secuencias prescritas/organizadas; por lo tanto, de muchas maneras, la terapia del habla que incorpora la música puede ser extremadamente beneficiosa para los pacientes que tartamudean].

Por lo tanto, el objetivo principal de este trabajo es incluir las tareas musicales como herramienta terapéutica indirecta en la disfemia o tartamudez del desarrollo. Las tareas musicales específicas que se incluirán dentro de esta intervención temprana, son el canto y el ritmo. Jones (2015) menciona que el canto provee un gran beneficio en el tratamiento de las dificultades del habla, déficits motores y de otros trastornos neurológicos, porque la vocalización continua ayuda a conectar sílabas y palabras y también disminuye la velocidad de las sílabas (Howland, 2013:129). El canto terapéutico ayuda con la “iniciación, el desarrollo y la articulación en el habla” de los pacientes, así como el funcionamiento del sistema respiratorio.

La hipótesis de este estudio postula que al incluir tareas musicales tales como el canto y el ritmo a la intervención preventiva e indirecta de la tartamudez, se podrían obtener resultados más tempranos en la disminución de las dificultades de la fluidez haciendo más eficaz la terapia y aumentando conjuntamente la motivación del niño hacia las distintas tareas que imponga el desarrollo del tratamiento.

## **Método**

Esta investigación se basa en un estudio de caso único, de carácter cualitativo-descriptivo. Una vez analizados los datos se planteó un programa de intervención preventiva indirecta temprana, en el cual se incluyó la música como estrategia didáctica y terapéutica. Al cabo de 7 semanas de intervención, se compararon los resultados y eficacia de la intervención.

De acuerdo a la resolución Colombiana 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y teniendo

en cuenta el artículo 11 del capítulo 1 de los aspectos éticos en la investigación con seres humanos, ésta investigación se considera con riesgo mínimo, ya que se basa en la utilización de pruebas, evaluaciones y estrategias terapéuticas no invasivas que puedan provocar en el paciente modificaciones fisiológicas, orgánicas o psicológicas.

### *Participantes*

El estudio de caso se realizó con un menor del género masculino, su edad 4 años y 8 meses de edad, actualmente escolarizado en el Colegio Adventista Libertad de la ciudad de Bucaramanga Santander (Colombia), quien cursa el grado jardín correspondiente a la educación preescolar. Los padres acuden a consulta logopédica en busca de ayuda debido a que el menor ha venido presentando hace dos meses bloqueos que le impiden hablar de manera fluida sobre todo en actividades como la narración, presentando alargamiento de sonidos, repeticiones de sílabas y palabras al inicio de frases con cambios en la respiración (agitación) y conductas como apretarse el labio inferior y mover el brazo derecho en círculos.

El menor no presenta antecedentes hereditarios de tartamudez, pero se acuña un factor psicosocial (separación temporal de los padres) que pudo desencadenar el trastorno. Los padres refieren un adecuado desarrollo motor y del lenguaje en los primeros años, es “consentido” y en ocasiones presenta comportamientos inadecuados tales como pataletas y desobediencia; con respecto a la adaptación al ambiente escolar, ésta ha sido buena y la maestra ha notado los evidentes problemas de habla sobre todo cuando le exige responder preguntas directas frente a la clase.

Según evaluación del lenguaje se detectó tartamudez temprana de GRADO GRAVE correspondiente al 15% según escala de Wingate (1976) en habla espontánea y GRADO MUY GRAVE en contexto re-narrativo, que pudo ocasionarse por factores psicosociales. Presenta signos de tensión (variables fisiológicas). Paralelamente a la dificultad de fluidez se presenta un Retraso del desarrollo del lenguaje caracterizado por presencia de procesos de simplificación, dificultades en los aspectos morfológico y sintáctico del lenguaje; no se evidencia dificultad a nivel comprensivo ni de percepción auditiva.

### *Instrumentos*

La recolección de los datos para el estudio se realizó de manera inicial a través de una entrevista con la madre para recopilar datos importantes acerca de la historia clínica del menor tales como: antecedentes familiares, antecedentes personales, desarrollo motor y del lenguaje, comportamiento social y emocional, escolaridad; se realizó la firma del consentimiento informado, en formato proporcionado por la UOC.

En el proceso de evaluación diagnóstica para la tartamudez se utilizaron los cuestionarios y registros propuestos por Fernández-Zúñiga (2005) como son: el perfil de interacción padre-hijo (adaptación de Rustin y cols., 1996); registro de Evaluación de las conductas motoras asociadas (Mc Afee. Adaptación Fdez-Zúñiga, 2005); cuestionario de fluidez para el profesor (Fdez-Zúñiga, 2005); Cuestionario de fluidez para padres (Cooper, 1979. Adaptación Fdez-Zúñiga, 2005) y un registro de conducta comunicativa (Fdez-Zúñiga, 2005) (Véanse los anexos 1 al 5).

Para la observación del habla se grabaron videos y audios en donde se utilizó la conversación espontánea, la renarración de *Bus History Test* (Renfrew, 1991) (Véase el

anexo 6), la narración de un cuento usando la lámina del *Subtest de expresión de la Escala Alfa para la evaluación del lenguaje en niños de 3 a 17 años* (Feldman y Torres, 1992) (Véase el anexo 7). Se realizó la transcripción de las muestras para ser medidas de acuerdo a la el *Análisis de la fluidez* propuesto por Fernández-Zúñiga (2005:80) y la *Escala de Gravedad de la tartamudez* de Wingate (1976) (Véase el anexo 8) para determinar la severidad de la misma. Se realizó además un perfil del lenguaje del menor de carácter cualitativo descriptivo usando como referente a Noguera, E (2015): *Evaluación del lenguaje Oral*.

Una vez finalizado el análisis de la tartamudez y perfil el lenguaje, se realizó durante 7 semanas el plan de intervención y se llevó un registro del grado de tartamudez adaptado del registro del programa *Lindcombe* (Packman, Webber, Harrison y Onslow, 2008) y Le Huche (2000) para medir las posibles mejorías en la fluidez, dando una calificación diaria según la cantidad de veces que el niño tartamudea en los ejercicios de juego con los padres o en las actividades lingüísticas que se propusieron en casa.

Con respecto a la valoración del grado de tartamudez, se llegó a un acuerdo concertado para valorar la calificación en una escala de 1 a 10, en donde 1 sería no tartamudeo, 2-4 tartamudeo muy ligero con vacilaciones y tal cual accidente prácticamente sin interrupciones y sin muestras de tensión, 5-7 tartamudeo más marcado (alargamiento de sonidos y sílabas, repetición de palabras) en varias oportunidades con muestras de tensión y esfuerzo, 8-10 tartamudeo en todas las emisiones verbales con dificultades y esfuerzo (Véase anexo 9).

### *Procedimiento*

1. *Anamnesis y firma de consentimiento informado*: se utilizaron los formatos elaborados para tal fin (Véanse los anexos 10 y 11). (semana 1 y 2)
2. *Evaluación de la tartamudez y perfil del lenguaje*: se realizó durante una semana para poder consolidar el registro en video y audio de las expresiones verbales, en diferentes contextos y con diferentes personas. Se utilizaron los instrumentos descritos para tal fin dentro del apartado instrumentos de evaluación.
3. *Propuesta de intervención temprana*: Se fundamenta en la propuesta de Fernández-Zúñiga y Gamba (2013), basada en las estrategias: asesoramiento a padres, asesoramiento a docente e intervención temprana con el niño (Starkweather y cols., 1990; Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1991; Irwin, 1994; Fernández-Zúñiga, 1994; Bloodstein, 1995; Rustin y cols., 1996; Onslow y Packman, 2001; Rodríguez, 2003; Salgado, 2005; Fernández-Zúñiga, 2005; Jones, 2015). La cual se subdivide en
  - 3.1 *Intervención con los padres*: La cual consta de un asesoramiento personal con ambos padres acerca del trastorno y las actitudes de ellos hacia la comunicación con el menor, una vez a la semana haciendo entrega de folletos informativos (Véase el anexo 12) *Trabajo para la casa*: Realización tres veces por semana de actividad de interacción padres-hijo, con registro de las puntuaciones del grado de severidad de la tartamudez, una vez finalizado el juego o actividad comunicativa sugerida por el terapeuta
  - 3.2 *Asesoramiento a docente*: consiste en encuentros informativos acerca de las características del trastorno y del manejo y apoyo que la maestra puede brindar al niño durante el habla, manejo de las burlas y moldeamiento de su propia habla haciéndola más lenta para favorecer la fluidez del menor.

- 3.3 *Trabajo indirecto con el niño*: Mediante el modelado de un habla lenta por parte de la terapeuta y realización de sesiones de baja estructuración apoyadas en tareas musicales como el canto y el ritmo para el aprendizaje de los conceptos de rápido y lento, uso de canciones infantiles que faciliten el control del habla (habla lenta, habla cuchicheada, habla con ritmo, respiración y habla relajada), se tuvo cuidado de seleccionar canciones que se relacionaran con cuentos y narraciones favoreciendo de la misma manera el desarrollo lingüístico del menor.

### *Análisis de resultados*

Se realizó a través del registro de la mejoría del grado de tartamudez durante la realización de la intervención, proporcionando a los padres un formulario de registro de la valoración del grado de tartamudez que el menor experimentó con el paso del tiempo, del cual también realizó un registro la docente y la terapeuta (Véase el anexo 9).

Así mismo mediante la transcripción de muestras de habla y la aplicación de la revaloración del análisis de la fluidez de Fernández-Zúñiga (2005) comparando los resultados con del grado de tartamudez según la escala de Wingate (1976).

### *Cronograma de actividades*

Semana 1: del 3 al 14 de abril de 2017 anamnesis, firma de consentimiento informado y observación del menor para la elaboración del perfil del lenguaje y grado de la tartamudez.

Semana 2: del 10 al 14 de abril de 2017 análisis de los resultados de la evaluación inicial, elaboración del informe y entrega de resultados.

Semana 3: del 17 al 21 de abril de 2017 inicio de plan de intervención temprana: asesoramiento a padres una vez por semana con asignación de tareas para casa y dos sesiones indirectas de logopedia

Semana 4 a la 9: del 24 de abril al 31 de mayo de 2017 continuidad del plan de intervención indirecta temprana, un día semanal de asesoramiento a padres y entrega de trabajo para casa y dos días semanales de intervención logopédica

Semana 10: análisis de resultados y conclusiones del estudio 1 al 8 de junio de 2017. Entrega final del trabajo.

## **Resultados**

Para determinar los cambios obtenidos durante el tratamiento se utilizó la evaluación inicial y evaluación final usando como instrumento para tal fin el análisis de la fluidez propuesto por Fernández-Zúñiga (2005), la escala de gravedad del tartamudeo de Wingate (1976) y el registro diario de tartamudez entregado a docente, madre y cumplimentado por la terapeuta.



En la evaluación inicial del grado de tartamudez del menor se analizó una muestra de habla en video contexto de re-narración en actividad con los padres. Según la escala de la gravedad de Tartamudez (Wingate, 1976) se obtuvo una evaluación global del grado de tartamudez correspondiente al 1/4 (25%) en un RANGO MUY GRAVE con clara indicación de tensión o esfuerzo y movimientos perceptibles de la musculatura facial. El porcentaje de errores de fluidez según Fernández-Zúñiga (2005:78-80) se encuentran consignados en la tabla 1:

Tabla 1. *Porcentaje de errores de fluidez según Fernández-Zúñiga (2005:78-80), en contexto de re-narración en evaluación inicial*

<b>Disfluencias</b>	<b>Descripción</b>
<b>Tipo de disfluencias</b>	Repetición de sonidos: 26 (con esfuerzo) Repetición de sílabas: 6 Repetición de palabras: 4 (entre 2 y 3 veces cada una) Repetición de frases: 2 (2 veces cada frase) <b>Total de repeticiones: 38</b> Prolongación de sonidos: entre 2 segundos Bloqueos: 2 (entre 1 y 2 segundos) Partición de palabras: 6 <b>Total de errores: 46</b>
<b>% de disfluencias</b>	Nº de disfluencias / 100= 46%; Nº total de palabras emitidas: 100 palabras
<b>Velocidad del habla actual</b>	palabras habladas x 60"= 59
<b>Movimientos faciales/corporales asociados</b>	Tensión corporal general evidente con elevación y depresión del abdomen marcada en inspiraciones cortas cuando ocurren los bloqueos, lleva mano izquierda a la boca y se aprieta el labio inferior, realiza movimientos en la mandíbula con apertura exagerada y signos de tensión, se observan movimientos de los labios como si quisiera articular y cierre de ojos y apertura en los bloqueos, mueve constantemente el brazo derecho en círculos y se empuja hacia atrás
<b>Evitación</b>	No se hace evidente la evitación del habla
<b>Ansiedad</b>	Se observa que el menor tiene prisa por pronunciar la palabra, en ocasiones la respiración es agitada con inspiraciones cortas repetitivas, abre los ojos, tensa las manos, tensa la mandíbula, se observa un poco de frustración por no poder decir con prisa la palabra.
<b>Variables cognitivas</b>	No se observa conciencia del problema

Se realizó además, la transcripción de 100 palabras obtenidas mediante grabación de audio en conversación espontánea, se le aplicó el análisis de la fluidez referido por Fernández-Zúñiga (2005:80) (Tabla 1) y se comparó con la escala de gravedad de tartamudez (Wingate, 1976) obteniendo una evaluación global de la tartamudez correspondiente al 1/7 (15%) en un RANGO GRAVE con clara indicación de tensión o esfuerzo y movimientos perceptibles de la musculatura facial. Errores distribuidos como se observa en la tabla 2:

Tabla 2. *Resultados obtenidos a través del análisis de la fluidez referido por Fernández-Zúñiga (2005:80) en contexto habla espontánea durante la evaluación inicial.*

<b>Disfluencias</b>	<b>Descripción</b>
<b>Tipo de disfluencias</b>	Repetición de sonidos: 5 (entre 2 y 3 veces, con esfuerzo) Repetición de sílabas: 1 Repetición de palabras: 2 (entre 3 y 4 veces cada una) Repetición de frases: 3 (2 veces cada frase) <b>Total de repeticiones: 11</b> Prolongación de sonidos: entre 1 y 2 segundos Bloqueos: 1 Partición de palabras: 3 <b>Total de errores: 15</b>
<b>% de disfluencias</b>	Nº de disfluencias x 100= 15%; Nº total de palabras emitidas: 100 palabras
<b>Velocidad del habla actual</b>	palabras habladas x 60"= 59
<b>Movimientos faciales/corporales asociados</b>	Leve tensión corporal general con elevación y depresión del abdomen marcada en la respiración cuando ocurren los bloqueos, lleva objeto a la boca, realiza movimientos en la mandíbula "como si masticara" con signos de tensión, se observan movimientos de los labios como si quisiera articular y cierre de ojos en los bloqueos, mueve constantemente el brazo derecho en círculos.
<b>Evitación</b>	No se observo
<b>Ansiedad</b>	Leve, se observa agitación de la respiración y cortes inadecuados durante la misma, afán por terminar la frase
<b>Variables cognitivas</b>	No se percibe conciencia del problema

Se realizaron las respectivas sesiones de intervención propuestas como se menciona en la metodología. Intervención con los padres: 6 de 7 sesiones; asesoramiento a docente: 3 sesiones; e intervención temprana indirecta de la tartamudez con el menor: 10 de 12 sesiones propuestas debido a inasistencia del menor a las mismas.

Una vez finalizada la intervención, se realizó una revaloración del habla en contexto de renarración en donde obtuvo una clara mejoría según la escala de la gravedad de tartamudez (Wingate, 1976) evaluación global del grado de tartamudez correspondiente al 1/15 7% en un RANGO MODERADO con indicación de tensión o esfuerzo corporal leve y movimientos poco perceptibles de la musculatura facial. El porcentaje de errores de fluidez según Fernández-Zúñiga (2005:78-80) se encuentran consignados como se observa en la tabla 3.

Tabla 3: Porcentaje de errores de fluidez según Fernández-Zúñiga (2005:78-80) en contexto re-narración revaloración final

<b>Disfluencias</b>	<b>Resultados</b>
<b>Tipos de disfluencias</b>	Repetición de sonidos: 0 Repetición de sílabas: 0 Repetición de palabras: 3 Repetición de frases: 0 <b>Total de repeticiones: 3</b> Prolongación de sonidos: no se observaron Bloqueos: 1 Partición de palabras: 0 <b>Total de errores: 7</b>
<b>% de disfluencias</b>	Nº de disfluencias x 100= 7% Nº total de palabras emitidas: 100 palabras
<b>Velocidad del habla actual</b>	Palabras habladas x 60"= 53

<b>Movimientos faciales/corporales asociados</b>	Presenta movimientos de piernas por debajo de la mesa, en una ocasión demostró agitación en la respiración con inspiraciones cortas; no se percibe esfuerzo en cara ni se observan signos de tensión en mandíbula no realiza cierre de ojos.
<b>Evitación</b>	No se hace evidente la evitación del habla
<b>Ansiedad</b>	No se demostró ansiedad
<b>Variables cognitivas</b>	No se observa conciencia del problema

De igual manera, se realizó un análisis del grado de tartamudez en habla espontánea con la terapeuta según la escala de la gravedad de Tartamudez (Wingate, 1976) se obtuvo una evaluación global del grado de tartamudez correspondiente al 1/7 15% en un RANGO GRAVE con clara indicación de tensión y esfuerzo, movimientos perceptibles de la musculatura facial. El porcentaje de errores de fluidez según Fernández-Zúñiga (2005:78-80) están consignados como se observa en la tabla 4:

Tabla 4. *Porcentaje de errores de fluidez según Fernández-Zúñiga (2005:78-80) en contexto habla espontánea revaloración final*

<b>Disfluencias</b>	<b>Resultados</b>
<b>Tipos de disfluencias</b>	Repetición de sonidos: 2 (con signos de tensión) Repetición de sílabas: 0 Repetición de palabras: 0 Repetición de frases: 3 <b>Total de repeticiones: 5</b> Prolongación de sonidos: no se observó Bloqueos: 5 Partición de palabras: 1 <b>Total de errores: 11</b>
<b>% de disfluencias</b>	Nº de disfluencias x 100= 11% Nº total de palabras emitidas: 100 palabras
<b>Velocidad del habla actual</b>	Palabras habladas x 60"= 59
<b>Movimientos faciales/corporales asociados</b>	Se observa tensión del cuerpo con movimientos de piernas, apertura y cierre de ojos y algunos movimientos de mandíbula durante los bloqueos, aumento del volumen del habla, agitación de la respiración.
<b>Evitación</b>	No se hace evidente la evitación del habla
<b>Ansiedad</b>	Se demostró un poco de ansiedad
<b>Variables cognitivas</b>	No se observa conciencia del problema

A continuación se resumen los resultados de los cambios obtenidos en fluidez durante 7 semanas de intervención en contexto de renarración (Figura 1) y en habla espontánea (Figura 2) observando una disminución en los errores del habla tanto en contexto de renarración como en habla espontánea, cabe resaltar que los resultados son en sesión de terapia e interacción con la terapeuta.

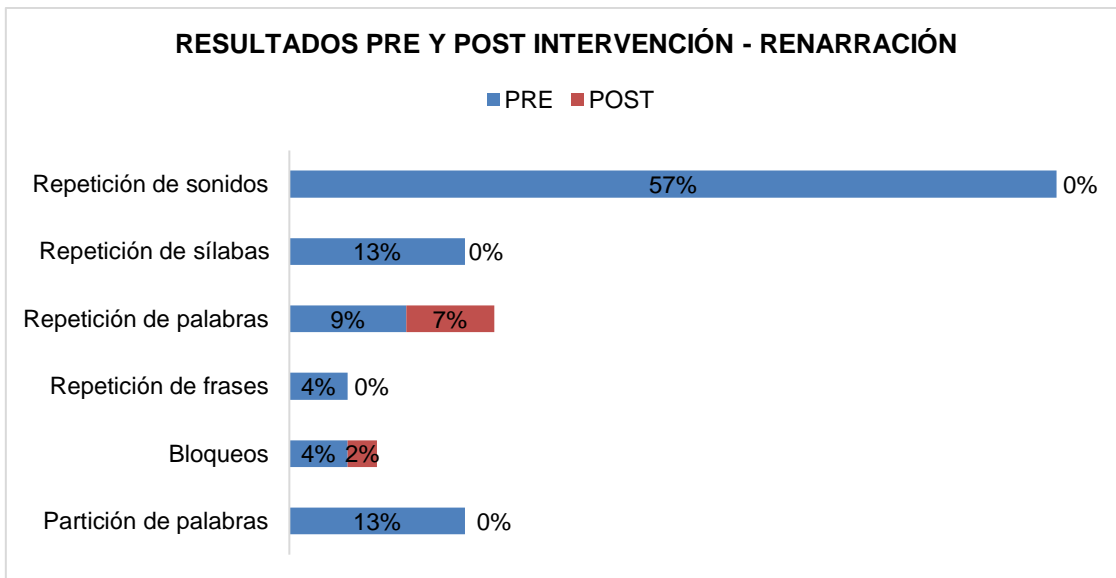


Figura 1. Comparación de resultados acerca de los tipos de disfluencias pre y post intervención en contexto de re-narración

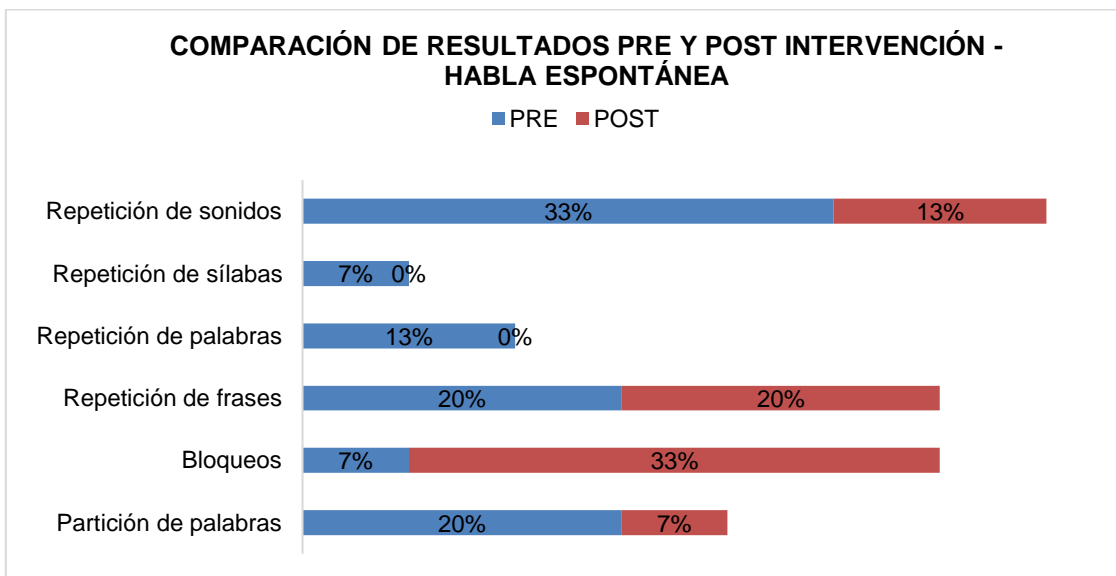


Figura 2. Comparación de resultados acerca de los tipos de disfluencias pre y post intervención en contexto de habla espontánea

Por su parte, en la medición de la severidad o grado de la tartamudez (Tabla 5) concertada con la madre, maestra y terapeuta se obtuvieron resultados variados, siendo evidente una disminución del grado severo (calificación entre 8 y 10 puntos) a moderado (calificación entre 5 y 7 puntos), en la interacción con la terapeuta y docente. (Figura 3), pues con la madre los resultados continuaron dentro de la calificación de severo entre 8 y 10 puntos.

Tabla 5. Escala de calificación de la gravedad de la tartamudez (Adaptada de: Programa Lindcombe (Harrison y Onslow, 1999) y Le Huche (2000)) utilizada por padres, maestra y terapeuta semana a semana durante la intervención temprana

<b>GRADO DE TARTAMUDEZ</b>	
<b>Ninguno</b>	<b>1</b>
<b>Leve:</b> tartamudeo muy ligero con vacilaciones y tal cual accidente.	<b>2</b>
prácticamente sin interrupciones y sin muestras de tensión	<b>3</b>

	4
<b>Moderado:</b> tartamudeo más marcado (alargamiento de sonidos y silabas, repetición de palabras) en varias oportunidades con muestras de tensión y esfuerzo	5
	6
	7
<b>Severo:</b> tartamudeo en todas las emisiones verbales con dificultades y esfuerzo	8
	9
	10

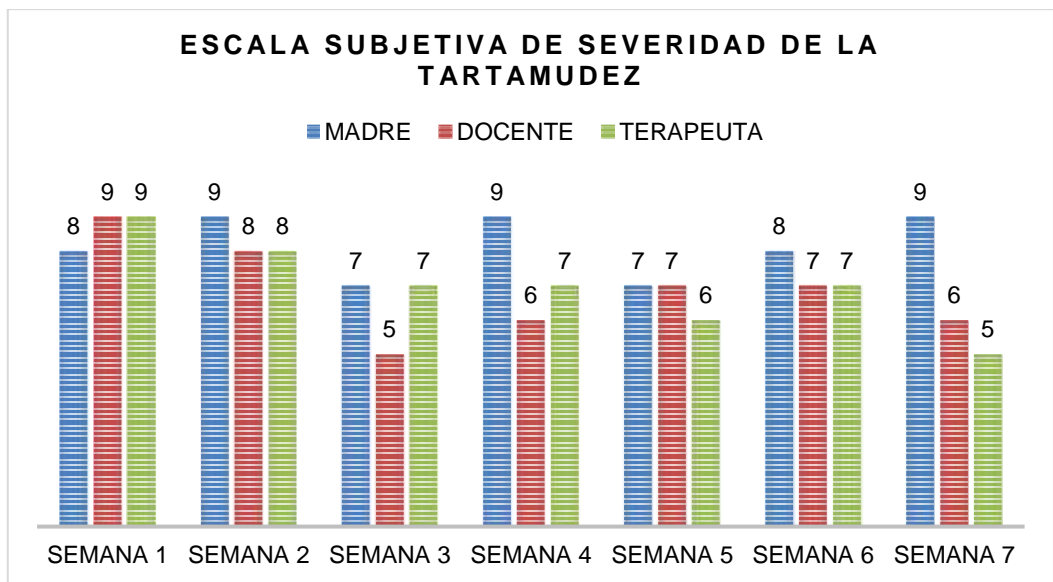


Figura 3. Escala subjetiva de severidad de la Tartamudez

No se obtuvieron evidencias del trabajo realizado en casa por los padres (grabaciones de video), sólo reportaron la calificación de la severidad de la tartamudez en el formato entregado semanalmente para tal fin, durante el encuentro final de la intervención la madre reporta una nueva separación con el padre del menor y dificultades para cumplir con las tareas asignadas por dificultades familiares y cambio de domicilio.

Con respecto a los cambios en el habla del menor en interacción con la madre se observó un incremento en los bloqueos con muestras claras de tensión corporal, agitación severa de la respiración; dificultades del habla y comunicación evidentes durante última la visita realizada por la terapeuta sin registro de audio o video. Se recomendó a la madre búsqueda de ayuda psicológica y consejería familiar urgente.

## Discusión y Conclusiones

Para la realización de este estudio de caso se utilizó la propuesta de intervención temprana de la tartamudez infantil planteada por Fernández-Zúñiga y Gamba (2013)

con base en dos estrategias: intervención con los padres e intervención indirecta con el niño, a éstas se le sumó el asesoramiento continuo a la docente en el ámbito escolar.

Las actividades terapéuticas consistieron en asesoramiento continuo a los padres y docente, por su parte, la intervención indirecta con el niño giró alrededor de actividades musicales de canto y ritmo, tareas que hacen parte del objetivo principal de este estudio, conjugadas con estrategias de habla lentificada, rítmica, suave y actividades lingüísticas de lectura para confirmar la hipótesis de obtener resultados más rápidos en la disminución de los accidentes de habla, para hacer más divertida y motivante la intervención.

Los objetivos específicos terapéuticos con los padres fueron: orientar acerca del trastorno, sus características, causas, expectativa y evolución; concienciar la importancia de la colaboración de los padres dentro del proceso terapéutico; modificar las conductas verbales, no verbales de los padres hacia los bloqueos del menor; adaptar el lenguaje al niño y organizar el ambiente familiar de manera que se puedan disminuir las situaciones estresantes que favorezcan el trastorno; proporcionar actividades variadas y lúdicas que permitieran a los padres mejorar la interacción comunicativa con el menor e incrementar el tiempo de interacción de los padres con el niño.

Los objetivos trabajados con la docente se encaminaron a: informar acerca del trastorno del habla y comunicación del menor; orientar acerca de las actitudes que debe asumir el maestro ante las dificultades de fluidez que presente; indicar modificaciones en la velocidad del habla, respeto de turnos y adecuación del lenguaje a la edad del niño; reducir la exigencia ante las respuestas en público y realizar preguntas cuando esté relajado y se favorezca la fluidez, por último, recalcar la importancia de evitar que los compañeros de clase hagan burlas o comentarios despectivos acerca de los bloqueos o disfluencias del menor.

Por su parte, los objetivos de la intervención temprana con el menor consistieron en: proporcionar un modelo de habla lenta y con estructuras sintácticas acorde a la edad; favorecer el habla espontánea; disminuir los bloqueos y tensiones durante el habla y estimular el desarrollo lingüístico.

Para lograr los objetivos terapéuticos con el niño, se trabajó la expresión espontánea adoptando un patrón de habla lentificado por parte de la terapeuta; se realizó un fortalecimiento lingüístico en actividades de lectura de cuentos, denominación y descripciones en donde se moldeaba un habla cuchicheada, habla rítmica y respiración, ligadas a actividades rítmicas y de canto; planteando la hipótesis de que este tipo de tareas facilitan el trabajo terapéutico como herramienta motivadora e innovadora, además de ayudar a disminuir de forma pronta las dificultades de fluidez del habla.

Como resultado de la intervención indirecta realizada por la terapeuta con el niño, se logró obtener una disminución del grado global de tartamudez según la escala de la gravedad de Tartamudez (Wingate, 1976) así: en contexto de renarración se obtuvo de manera inicial una evaluación global del grado de tartamudez correspondiente al 1/4 (25%) en un RANGO MUY GRAVE y en la revaloración final se obtuvo una evaluación global correspondiente al 1/15 (7%) en un RANGO MODERADO.

En el caso del contexto de habla espontánea usando la escala de gravedad de Tartamudez (Wingate, 1976) se mantuvo en evaluación global del grado de tartamudez correspondiente al 1/7 15% en un RANGO GRAVE, pero con disminución en el grado de esfuerzo y tensión general corporal.

Con respecto al porcentaje de errores de fluidez, se obtuvo una disminución de los mismos durante las tareas de re-narración así: repetición de sonidos de un 57% en la valoración inicial a un 0% en la valoración al 26 de mayo; repetición de sílabas 13% a un 0%; repetición de frases de un 4% a un 0%; partición de palabras de un 13% a un 0%; por el contrario los bloqueos aumentaron de un 7% a un 33%.

En contexto de habla espontánea los cambios obtenidos fueron: repetición de sonidos de un 33% a un 13%; repetición de sílabas de un 7% a un 0%; repetición de palabras de un 13% a un 0%; la repetición de palabras se mantuvo en un 20%; la partición de palabras de un 20% a un 7% y los bloqueos de un 4% a un 2%.

Se observó además, que el menor adoptaba un patrón de habla semejante al de la terapeuta utilizando un habla rítmica, inicios suaves y habla lenta con disminución de la tensión corporal, eliminación de la conducta de mover la mandíbula (como si estuviera masticando chicle) y disminución del movimiento circular del brazo.

Estos cambios en el habla obtenidos con una intervención terapéutica que involucra el canto, ritmo y actividades lingüísticas como la lectura, denominación y re-narración coinciden con lo mencionado por Fernández-Zúñiga y Gamba (2013:133) en donde se destaca que “la combinación de varias técnicas facilita que la expresión fluida se vaya instaurando de forma más rápida”.

Así mismo, el niño siempre se mantuvo motivado e interesado en las diferentes actividades propuestas durante la terapia, pues como menciona Jones (2015:21) el uso de la música permite la libertad para expresarse y aumenta la autoestima, así mismo activa las áreas del cerebro que son necesarias para el control motor del habla y la fluidez además permite al niño a divertirse mientras lo hace.

Con la obtención de estos resultados de manera temprana durante la intervención y al relacionarlos con la hipótesis planteada se puede afirmar que la inclusión de las tareas de canto y ritmo en la terapéutica indirecta de la tartamudez, favorecen la asimilación de las técnicas de moldeamiento o control de habla en tareas lingüísticas como la re-narración y aumentan el interés y motivación del menor durante la terapia.

Sin embargo, estos cambios fueron evidentes en las sesiones controladas por la terapeuta, pues con los padres, el reporte de las disfluencias del niño persistieron en una calificación de severo; lo cual concuerda con lo expuesto por Sangorrín (2005:45) el cual menciona: “el tratamiento de la tartamudez requiere modificar las variables del entorno y del propio niño, siempre en el contexto de la vida diaria, ya que de no ser así, aunque se pueda lograr un habla fluida en una sesión controlada como la sesión de terapia, ello sería inútil si no mejorase el problema en el diálogo diario en el entorno familiar y escolar”.

En la intervención con los padres no se logró comprobar la mejora en la interacción comunicativa con el menor, ya que los padres no entregaron evidencia de las tareas realizadas en casa, por lo tanto, es posible que no realizaran los ejercicios y el acompañamiento correspondiente, lo cual se reflejó en la persistencia de las disfluencias en el diálogo espontáneo en entorno familiar; estas actitudes y falta de tiempo de los padres estuvo relacionada la inauguración de un nuevo negocio por parte de la madre, un problema de salud relacionado con un aborto espontáneo y dificultades en la relación matrimonial entre la madre y el padre con separación definitiva antes de haber finalizado la intervención.

Se pudo observar, que en la edad preescolar es indispensable el trabajo conjunto de los padres para el éxito del tratamiento, pues como mencionan Oliveira, Yasunaga,

Sebastião y Nascimento (2010) se pueden obtener disminuciones en los bloqueos y accidentes del habla cuando los padres colaboran en el tratamiento realizando la práctica de las orientaciones. Es por esta razón que el programa Lindcombe se centra en el trabajo con los padres, ya que ellos pueden ayudar en la disminución de las disfluencias con la modificación de sus conductas durante los intercambios comunicativos (Harrison y Onslow, 1999; Rodríguez, 2001).

Por otro lado, la maestra estuvo siempre atenta a las recomendaciones realizadas por la terapeuta, destacando la importancia del informar a los maestros en la detección de los problemas de habla y lenguaje en los niños preescolares, ya que en muchas ocasiones el trabajo escolar se convierte en el centro de interés del docente y se pasan por alto las dificultades de la comunicación que gran influencia tienen en el proceso integral del desarrollo del lenguaje, aprendizaje y socialización del niño.

Se puede concluir entonces, que la intervención temprana de la tartamudez debe tenerse en cuenta para todos los casos en los cuales un niño presente evidencias de tartamudez representadas en bloqueos, repeticiones y signos de tensión corporal, ya que de esta manera se puede evitar que el problema se instaure y que los padres asuman un comportamiento que acentúe la ansiedad del menor haciendo consciente de manera involuntaria y temprana las dificultades de fluidez. (Sangorrín, 2005; Fernández-Zúñiga, 2005;

La terapéutica indirecta de la tartamudez puede plantearse desde la perspectiva musical pues colabora en la interacción del terapeuta con el menor, amplía las oportunidades de expresión oral y aumenta la confianza del niño en su propia habla. Las actividades de ritmo por su parte, favorecen la lentificación del habla; los cantos bien seleccionados apoyan el uso del habla rítmica y el habla suave, lo cual se observa en una disminución de la tensión corporal y de las disfluencias.

Cabe destacar que el canto y el ritmo unidos a las actividades de lectura, denominación y descripciones, permiten de manera más fácil e indirecta aplicar las técnicas de moldeamiento del habla de forma agradable para el niño, contribuyendo con el desarrollo lingüístico y con la adquisición de habilidades metafonológicas como son la segmentación lexical, silábica y la rima.

En cuanto a las dificultades propias en la realización de un estudio de caso, uno de los problemas metodológicos encontrados fue el corto tiempo para la intervención y hallar estudios de caso o investigaciones que permitieran comparar la efectividad a corto plazo de las diferentes estrategias terapéuticas en la tartamudez temprana.

La mayoría de terapias o intervenciones proponen un tiempo de intervención de entre 6 y 12 meses e inclusive seguimientos de hasta 2 años, como es el caso de la intervención con el método Lindcombe el cual es el más usado en niños en edad preescolar (Humeniuk y Tarkowski, 2016), es por esta razón que los resultados obtenidos en este estudio se plantean como interesantes y prometedores en la intervención temprana de la tartamudez.

Se propone continuar con el proceso terapéutico de intervención indirecta temprana de la tartamudez junto con el acompañamiento interdisciplinar de psicología para los padres y valorar el paciente en 6 meses y luego dentro de 1 año, para comprobar una posible eficacia en la intervención, esto permitiría comparar de manera más fiel los resultados obtenidos en la fluidez y en el mejoramiento del ambiente familiar en aras de la disminución de la tartamudez del niño en el habla espontánea con los padres.



Así mismo, para la tabulación más efectiva de los resultados se requiere de estudios en los cuales se pueda comparar la evolución del tratamiento desde la revaloración de los disfluencias propuesta por Fernández- Zúñiga (2005:80) y la escala de gravedad de Tartamudez (Wingate, 1976). Por lo cual, se propone que para futuros estudios también se puedan tener en cuenta estos aspectos como método para medir la efectividad de un programa de tratamiento en tartamudez temprana.

Para finalizar, se recomienda realizar estudios experimentales con este tipo de terapia combinada, para demostrar la eficacia en comparación con otras estrategias que incluyen sólo el uso de métodos indirectos en niños preescolares con intervenciones limitadas a los padres o el entorno o en su defecto a esperar a la resolución espontánea del problema; pues como menciona Humeniuk y Tarkowski (2016:102) en esta edad persiste la creencia de que es mejor esperar a la recuperación espontánea y además se observa que son escasos los estudios en donde se estudia este tipo de población en edad temprana.

## Referencias Bibliográficas

Aguilar, M., Maroto, C., León, J. (1992). La disfemia y su rehabilitación. *Revista Rol de Enfermería*, 163 61-66

Argandoña, R., Hernández, C., López, P., Ramos, C., y Segovia D. (2006). *Comparación de los parámetros de velocidad y ritmo entre preescolares con y sin disfluencia*. Tesis no publicada. Universidad de Chile, Chile.

Castillo, C. (2011). Una propuesta para el tratamiento de la disfemia. *Revista Arista Digital*, 6 27-51

Donaghy, M., Harrison, E., O'Brian, S., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., Jones, M. (2015) An investigation of the role of parental request for self-correction of stuttering in the Lidcombe Program. *Int J Speech Lang Pathol*, 17(5), 511-7

Feldman, J., Torres, G. (1992). Escala Alfa para la evaluación del lenguaje en niños de 3 a 17 años. Buenos Aires: Marymar Ediciones S.A.

Fernández-Zúñiga, A. (2005). Guía de intervención logopédica en tartamudez infantil. Madrid: Editorial Síntesis.

Fernández-Zúñiga, A., Gamba, S. (2013). Evaluación y tratamiento de la tartamudez infantil. En Coll-Florit, M., Aguado, G., Fernández-Zúñiga, A., Gamba, S., Perelló, E., Vila-Rovira, J. (2013). *Trastornos del habla y de la voz* (pp.103-146) Barcelona: Editorial UOC

García, D., Morejón, Y. (2015). Consejos a la familia para evitar la aparición de la tartamudez. *Medisur*, 13(5), 1-2. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n5/ms03513.pdf>

Guitar, B. (2014). Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment. Baltimore and Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business

Harrison, E., Onslow, M. (1999). Early intervention for stuttering: The Lindcombe Program. En Curlee, RF. (1999). *Stuttering and related disorders of fluency*. New York: Thieme.

Howland, K. (2013). Developmental speech and language disorders. In M. R. Hintz (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in developmental health* (pp. 108-138). Gilsum: Barcelona Publishers.

Humeniuk, E., Tarkowski, Z. (2016). Overview of research over the efficiency of therapies of stuttering. *Polish annals of medicine*, 24, 99-103

Jones, A. (2015) Stuttering and music therapy. Honors College—Theses. Ball State University,

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

Lu, C., Zheng, L., Long, Y., Yan, Q., Ding, G., Liu, L., & Howell, P. (2017). Reorganization of brain function after a short-term behavioral intervention for stuttering. *Brain and language*, 168, 12-22.

Merçon, S., Nemr, K. (2007). Gagueira e disfluência comum na infância: análise das manifestações clínicas nos seus aspectos qualitativos e quantitativos. *Rev. CEFAC*, 9(2) 174-179

Ministerio de Salud de la República de Colombia. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 (Octubre 4) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en página web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Noguera, E. (2015). Evaluación del lenguaje oral. En Aparici, M., Noguera, E. (2015) *Adquisición y evaluación del lenguaje oral* (pp. 123 – 233). Barcelona: Oberta UOC Publishing,SL

Oliveira, C., Yasunaga, C., Sebastião, L. y Nascimento, E. (2010). Orientação familiar e seus efeitos na gagueira infantil. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol*, 15(1), 115-124

Ramasco, A. (2014). *Análisis de los indicadores de riesgo de tartamudez infantil en la etapa de 2 a 5 años*. Tesis no publicada. Universidad de Valladolid, España.

Renfrew, C. (1991). *The bus story: A test of continuous speech*. Oxford: Old Headington

Rodríguez, A. (2001). Intervención sobre la tartamudez temprana. *Revista Logopedia Fonoaudiología Audiología*. 21(1) 2 16

Sangorrín, J. (2005). Disfemia o Tartamudez. *Revista de Neurología*, 41(1), s43 – s46

Schön, D., Tillmann, B. (2015). Short- and long-term rhythmic interventions: perspectives for language rehabilitation. *Ann N Y Acad Sci*, 1337, 32-9

Sonneville-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T. Franken, M. (2017). Response to “Putting the cart before the horse: A cost effectiveness analysis of treatments for stuttering in young children requires evidence that the treatments analyzed were effective”. *Journal of Communication Disorders*, 65, 68-69

Villarubia, M. (2015) La tartamudez. *Propuesta de intervención con el alumnado disfémico en Educación Primaria a través de la Educación Musical y la Musicoterapia*. Tesis no publicada. Universidad de Valladolid, España.

Zuidberg, P., Rozemuller, A., Zwartkruis, E., Bast, B. (2015) The neurobiological differences in the cerebrum between persons with developmental stuttering and their fluently speaking. Chapter 3. En Santiago, D. (2015). *Stuttering: Risk Factors, Public Attitudes and Impact on Psychological Well-being*. (pp. 57-91) New York: Nova Science Publishers, Inc.

### **Autoevaluación (4-10 líneas)**

El criterio número (5) es el que tiene la mejor puntuación pues se ha aplicado la normativa APA cuidadosamente para la citación de las referencias bibliográficas y se han revisado estudios actuales menores a 5 años y específicos para este estudio. El criterio más bajo considero que es el número (4) correspondiente a discusión y conclusiones, pues no todas las ideas podrían tener argumentación basada en estudios científicos pues son difíciles de hallar, para lo cual requeriría de acceso a más estudios. Finalmente quisiera destacar la importancia que tiene el poder realizar este tipo de estudios de caso, ya que he logrado acercarme a teorías y prácticas que han ampliado mi conocimiento y perspectiva de intervención logopédica y escolar en niños con tartamudez.

# ANEXOS

## Anexos 1 al 5: Formatos para evaluación

### Materiales para el tratamiento

#### Material I. Evaluación de conductas motoras asociadas (Mc. Afee. Adaptación Fdez-Zúñiga)

---

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

Instrucciones: Marcar las conductas motoras asociadas al habla que muestre el paciente. En la columna de la izquierda anotar el tipo de conducta y la de la derecha para describir la conducta y anotar la intensidad o frecuencia.

---

#### Ojos

- Pestañeo .....
- Cierre .....
- Movimiento hacia arriba .....
- Movimiento hacia abajo .....
- Otros (especificar) .....

---

#### NARIZ

- Aleteo .....
- Se arruga .....
- Otros (especificar) .....

---

#### FRENTE

- Arrugas /pliegues .....
  - Otros (especificar) .....
-

## Material I. (continuación)

## CABEZA

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

## LABIOS

- Fruncir .....
- Tensión del labio inferior .....
- Tensión del labio superior .....
- Otros (especificar) .....

## LENGUA

- Chasquido .....
- Movimiento extraño .....
- Otros (especificar) .....

## DIENTES

- Apretados con fuerza .....
- Sonido de chasquido .....
- Otros (especificar) .....

## MANDÍBULA

- Apretada con fuerza .....
- Abierta .....
- Otros (especificar) .....

## CUELLO

- Tensión .....
- Sacudida .....
- Movimiento hacia arriba .....
- Movimiento hacia abajo .....
- Movimiento lateral a la derecha .....

Material I. (continuación)

- Movimiento lateral a la izquierda .....
- Otros (especificar) .....

MANOS

- Puño cerrado con fuerza .....
- Retorcer .....
- Golpear .....
- Otros (especificar) .....

DEDOS

- Tamborileo .....
- Frotar unos con otros .....
- Hacer fuerza .....
- Otros (especificar) .....

BRAZOS

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

PIERNAS

- Tensión .....
- Golpear .....
- Movimiento rápido .....
- Otros (especificar) .....

RESPIRACIÓN

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

Otros (describir) .....

.....

Cuadro 3.1. Perfil de interacción padre-hijo  
(adaptación de Rustin y cols., 1996)

Conducta verbal	
	Observaciones:
Tipo de habla	.....
Velocidad del habla	.....
Entonación	.....
Comentarios	.....
Imperativos	.....
Mantenimiento de turnos	.....
Preguntas	.....
Número de iniciativas	.....
Mantenimiento del tema	.....
Complejidad sintáctica y semántica	.....
Interrupciones	.....
Respuestas	.....
Correcciones	.....
Conducta no verbal	
	Observaciones:
Escuchar al niño	.....
Conseguir su atención	.....
Compartir el centro de atención	.....
Contacto ocular	.....
Dar tiempo para responder y pausas	.....
Expresión facial	.....
Gestos y contacto, calidez	.....
Proximidad, orientación, movilidad	.....
Conducta verbal y no verbal	
	Observaciones:
Reacciones a las disfluencias	.....
Directividad	.....
Refuerzos	.....
Elección de las actividades	.....
Manejo de la conducta	.....





## Material 4. (continuación)

## B) ¿Acompaña algunas conducta/s a la disfluencia?

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Se produce algún movimiento respiratorio asociado?  | Sí | No |
| 2. ¿Hay alguna "muletilla", palabras o frase innecesaria durante la disfluencia (como "pero", "tú sabes", o "¿eh?")<br>¿Cuáles? ..... | Sí | No |
| 3. ¿Usa gestos en sustitución de palabras durante los períodos de disfluencia?  | Sí | No |
| 4. ¿Hay algún cambio de voz durante los períodos de disfluencia?:   |    |    |
| • Tono más grave/ agudo.  | Sí | No |
| • Más intenso.  | Sí | No |
| 5. ¿Hay algún cambio en el habla?:  |    |    |
| • Aumento de volumen.   | Sí | No |
| • Habla más deprisa.  | Sí | No |

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

## 1. Son más evidentes las disfluencias del niño cuando:

- Demanda atención.
- Contesta a preguntas.
- Cuenta una historia (cuentos).
- Juega con adultos.
- Juega con otros niños.
- Lee en voz alta.
- Habla por teléfono.
- Se le regaña o se le piden explicaciones.
- Igual en todos los casos.

## 2. Las disfluencias del niño son más evidentes cuando:

- Habla con la madre.
- Habla con el padre.
- Habla con los hermanos.
- Habla con otros niños ( .....
- Habla con otros adultos ( .....



**Material 4. (continuación)**

- Habla con maestros.
  - Habla con personas no conocidas.
3. Las disfluencias del niño son más evidentes en:
- Casa.
  - Colegio.
  - Jugando en la calle.
  - Fuera de la casa.
  - Hablando en clase.
  - Leyendo delante de la clase.
  - Otras (Especifique) .....

---

D) ¿Qué tipo de cosas hace el niño para prevenir las disfluencias?  
(Qué recursos utiliza)

- Sustituye palabras
  - Permanece en silencio
  - Dice "no sé" en vez de contestar
  - Dice las menos palabras posibles
  - Rehusa contestar al teléfono
  - Hace fuerza para decir la palabra que no le sale
  - Lloro
  - Otros (Describalos) \_\_\_\_\_
-

**Material 3. Cuestionario de fluidez para el profesor (Fdez-Zúñiga)**

Nombre: ..... Fecha: .....  
 Curso: .....  
 Profesor: ..... Colegio: .....  
 Terapeuta: .....

1. El alumno tiende a evitar hablar en clase. Sí No ?

2. Cree Ud. que el niño es consciente de tener problemas cuando está hablando. Sí No ?

3. Ha hablado él alguna vez con Ud. sobre sus dificultades de habla. Sí No ?

4. Los padres le han comentado que el niño tiene problemas de fluidez. Sí No ?

5. Los problemas del niño al hablar dificultan captar el contenido de lo que está diciendo. Sí No ?

6. Le observa retraso en el lenguaje. Sí No ?

7. Tiene dificultades para recordar o repetir correctamente una secuencia de palabras o de ideas, etc. Sí No ?

8. ¿Qué tipos de disfluencias ha observado Ud. en clase?:

- Repeticiones de sonido: (p-p-pato)
- Repeticiones de sílaba: (pe-pe-perro)
- Repeticiones de palabra: (yo-yo-yo quiero)
- Repeticiones de frase: (yo voy-yo voy)
- Prolongaciones: (ssssiéntate)
- Bloqueos, atascos: (E...esta mañana)
- (Dónde está L...la pelota)
- Bloqueo con esfuerzo.

9. Se da algún tipo de conducta asociada a la disfluencia. Sí No ?  
 ¿Cuáles? .....

**Material 3. (continuación)**

- 
10. ¿Con qué frecuencia le observa errores de fluidez?
- Periódicamente.
  - Diariamente.
  - Al comenzar la frase aunque luego continua con fluidez.
  - Cada vez que habla.

- 
11. Cite las situaciones que provocan en el niño más errores de fluidez:
- Haciendo preguntas en clase.
  - Conversando con los compañeros.
  - Conversando con el profesor.
  - Leyendo en voz alta.
  - Hablando en situaciones tensas para él como exámenes orales, discusiones, situaciones de competencia.
  - Otros ...

- 
12. Describa las reacciones de los demás compañeros cuando le oyen atascarse o repetir: .....

¿Qué hace o le dice Ud. cuando le oye atascarse o repetir? .....

- 
13. Otros comentarios u observaciones: .....
-



Anexo 6: The bus Story Test

# Bus Story Test



Anexo 7: Lámina sub test de expresión Escala Alfa





## Anexo 8: Escala de Wingate, 1976

Cuadro 3.5. Guía para determinar la gravedad del tartamudeo (Wingate, 1976)

Evaluación global	Evaluación descriptiva		
	Frecuencia (por palabras habladas)	Esfuerzo	Rasgos secundarios
Muy ligera	1/100 (1%)	Ninguna tensión aparente	Ninguno
Ligera	1/50 (2%)	Tensión perceptible pero con bloqueos superados con facilidad	Mínimos (ojos abiertos, parpadeos, movimiento de la musculatura facial)
Moderada	1/15 (7%)	Clara indicación de tensión o esfuerzo; de unos 2 segundos de duración	Movimientos perceptibles de la musculatura facial
Grave	1/7 (15%)	Clara indicación de tensión o esfuerzo; de unos 2-4 segundos de duración	Movimientos perceptibles de la musculatura facial
Muy grave	1/4 (25%)	Esfuerzo considerable; 5 o más segundos de duración; intentos repetidos y consistentes	Actividad muscular enérgica, facial u otra cualquiera

## Anexo 9 – Escala de calificación de la gravedad de la tartamudez

### ESCALA DE CALIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA TARTAMUDEZ

(Adaptada de: Programa Lindcombe (Harrison y Onslow, 1999) y Le Huche (2000))

FECHA: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

REALIZADA POR: PADRE O MADRE \_\_\_ TERAPÉUTA \_\_\_ DOCENTE \_\_\_

Marque con una (x):

GRADO DE TARTAMUDEZ		COMENTARIOS
Ninguno	1	
Leve	2	
	3	
	4	
Moderado	5	
	6	
	7	
Severo	8	
	9	
	10	

# Anexo 10 – formato de anamnesis



## FORMATO DE ANAMNESIS INFANTIL FONOAUDIOLÓGICA

N° de Historia \_\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) C.C ( ) N°. \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_  
Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_  
Escolaridad actual del niño: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
Nombre del acompañante: \_\_\_\_\_  
Parentesco con el usuario: \_\_\_\_\_  
Seguridad social del usuario: \_\_\_\_\_

### 2- MOTIVO DE CONSULTA:

Remitido por: \_\_\_\_\_  
(Desde cuándo se detectó?, quién lo detectó, qué circunstancias familiares rodean el momento de aparición del problema?, expectativas)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Número de hermanos \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa: \_\_\_\_\_  
Trastorno neurológico ( en quién?) \_\_\_\_\_  
Problemas Psiquiátricos (en quién?) \_\_\_\_\_  
Deficiencias visuales o auditivas: \_\_\_\_\_  
Alteraciones del Lenguaje: \_\_\_\_\_  
Déficit Cognitivo (Retardo Mental): \_\_\_\_\_  
Adicciones (drogas o alcohol): \_\_\_\_\_  
Trastornos del Aprendizaje: \_\_\_\_\_  
Parentesco entre los padres \_\_\_\_\_  
Parientes que viven con el niño(a): \_\_\_\_\_  
Con quién permanece la mayor parte del tiempo: \_\_\_\_\_  
Estado socioeconómico : \_\_\_\_\_  
Observaciones \_\_\_\_\_

### 3. ANTECEDENTES PRENATALES

Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_  
Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Amenaza de aborto \_\_\_\_\_ En qué mes? \_\_\_\_\_  
Control del embarazo: \_\_\_\_\_ meses: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_  
Enfermedades eruptivas: \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_  
Drogadicción: \_\_\_\_\_ Alcoholismo: \_\_\_\_\_ Traumatismos: \_\_\_\_\_  
Toxoplasmosis: \_\_\_\_\_ Preclampsia: \_\_\_\_\_ Infecciones: \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_ Cuál?: \_\_\_\_\_ Intoxicaciones: \_\_\_\_\_  
Alimentación \_\_\_\_\_ Estado Emocional \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_



#### 4. PERINATALES

Parto -natural: \_\_\_\_\_ duración: \_\_\_\_\_ fórceps: \_\_\_\_\_ cesárea: \_\_\_\_\_  
 Complicaciones: \_\_\_\_\_ circular de cordón \_\_\_\_\_ presentación cefálica \_\_\_\_\_  
 Podálica: \_\_\_\_\_ atendido en hospital: \_\_\_\_\_ casa: \_\_\_\_\_ partera: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

#### 5. POSNATALES

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Llanto: \_\_\_\_\_ Hipoxia: \_\_\_\_\_ Cianosis: \_\_\_\_\_  
 Incubadora: \_\_\_\_\_ Oxígeno: \_\_\_\_\_ Reanimación: \_\_\_\_\_ Ictericia: \_\_\_\_\_  
 Transfusión: \_\_\_\_\_ Fototerapia: \_\_\_\_\_ Meconio: \_\_\_\_\_ Traumatismos: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

#### 6. DESARROLLO DEL NIÑO (Primera y segunda infancia)

Alimentación materna: \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ artificial: \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_ mixta: \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_  
 Succión: \_\_\_\_\_ deglución: \_\_\_\_\_ salivación: \_\_\_\_\_ aparición de dientes: \_\_\_\_\_ Masticación: \_\_\_\_\_  
 Estado nutricional: Líquidos: \_\_\_\_\_ semisólidos \_\_\_\_\_ sólidos \_\_\_\_\_ Balanceada \_\_\_\_\_ come solo: \_\_\_\_\_  
 Enfermedades de los primeros años: (consignar edad, hospitalizaciones, nombre de la enfermedad)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Visión: \_\_\_\_\_ audición: \_\_\_\_\_ Traumatismos: \_\_\_\_\_  
 Control de esfínteres diurno: \_\_\_\_\_ nocturno: \_\_\_\_\_  
 Enuresis: \_\_\_\_\_ Encopresis: \_\_\_\_\_

Tratamientos realizados	Tiempo	Observaciones
Neurológicos	_____	_____
Fonoaudiología	_____	_____
Terapia Ocupacional	_____	_____
Fisioterapia	_____	_____
Psicología	_____	_____
Psiquiatría	_____	_____
Farmacológicos	_____	_____
Otros	_____	_____
Cuidados Especiales	_____	_____

#### Desarrollo del Lenguaje: (Consignar la edad)

Balbuceo \_\_\_\_\_ silabeo \_\_\_\_\_ palabras \_\_\_\_\_ frases \_\_\_\_\_  
 Comprensión del lenguaje (actualmente): \_\_\_\_\_  
 Hay problemas articulatorios: \_\_\_\_\_  
 Usa lenguaje Inteligible: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

#### Desarrollo Motor: (Consignar la edad)

Control de cabeza: \_\_\_\_\_ se sentó: \_\_\_\_\_ Gateo: \_\_\_\_\_ caminó: \_\_\_\_\_  
 Preferencia manual: \_\_\_\_\_ equilibrio: \_\_\_\_\_



Motricidad fina: \_\_\_\_\_  
Motricidad gruesa: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

### 7. COMPORTAMIENTO

#### Hábitos:

Chupa dedo: \_\_\_\_\_ chupo: \_\_\_\_\_ onicofagia: \_\_\_\_\_ balanceo: \_\_\_\_\_ musarañas: \_\_\_\_\_

se golpea: \_\_\_\_\_ se arranca el cabello: \_\_\_\_\_ aleteo: \_\_\_\_\_

otros: \_\_\_\_\_

#### Impresión sobre el sueño:

Tranquilo: \_\_\_\_\_ Intranquilo: \_\_\_\_\_ Insomnio: \_\_\_\_\_ duerme solo: \_\_\_\_\_ con quién duerme \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

#### Conducta personal:

Inquieto: \_\_\_\_\_ pasivo: \_\_\_\_\_ distraído: \_\_\_\_\_ Impulsivo: \_\_\_\_\_ sociable: \_\_\_\_\_

destructor: \_\_\_\_\_ peleador: \_\_\_\_\_ desatento: \_\_\_\_\_ Tímido: \_\_\_\_\_ Independiente: \_\_\_\_\_

ABC: \_\_\_\_\_ se viste solo: \_\_\_\_\_ se baña solo: \_\_\_\_\_ tiende a aislarse: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo más común: \_\_\_\_\_ fobias: \_\_\_\_\_

Juego preferido: \_\_\_\_\_

Personas preferidas: \_\_\_\_\_

Rabietas: \_\_\_\_\_ hace amigos fácilmente: \_\_\_\_\_ comparte el juego: \_\_\_\_\_

Fatigabilidad: \_\_\_\_\_ conducta sexual: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

### 8. HISTORIA ESCOLAR

Sin escolaridad: \_\_\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_

Edad y nivel de inicio: \_\_\_\_\_ niveles de repetencia: \_\_\_\_\_

Cuáles?: \_\_\_\_\_

Áreas de dificultad: \_\_\_\_\_

Aptitudes y habilidades destacadas: \_\_\_\_\_

Proceso de adaptación: \_\_\_\_\_

Actitud frente al ambiente escolar: \_\_\_\_\_

Apoyo familiar: \_\_\_\_\_

**Observaciones generales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Impresión Diagnóstica:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

## Anexo 11: consentimiento informado

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO



Universitat Oberta  
de Catalunya

Sr./Sra. Greisly Katherine Quintero Soto

mayor de edad, con DNI número RC1127337169 y

con domicilio

en cil. 41 #19-61 Apt 1107 Edificio Pradilly nacido / a

el año 1989, como representante legal del menor de edad con nombre

Jimmy Santiago Velasco Quintero

y DNI número RC1127054000, en su nombre y representación.

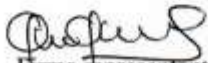
QUE:

1. Autorizo a Jenith Karen Paredes Gonzalez, con DNI número C.C. 37.274.540 y con domicilio Cil 102 Bvard Fontana 26, m2 E casa 13, estudiante de la asignatura Trabajo Fin de Máster (TFM) del Máster en Dificultades del Aprendizaje y Trastornos del Lenguaje de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), a realizar grabaciones audiovisual y / o fotos del menor al que represento, a que el estudiante pueda utilizar las grabaciones mencionadas, así como de datos de carácter personal del menor al que represento que hayan sido comunicadas en el marco de este trabajo, con fines exclusivamente de INVESTIGACIÓN y sin ánimo de lucro.
2. Que manifiesto que he sido informado / a sobre las características de la participación en el estudio científico llevado a cabo por el estudiante. También he sido informado / a sobre que los datos personales serán protegidos en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y de acuerdo con el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la misma. En cualquier momento podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al correo electrónico jekaneparedes@gmail.com (correo del estudiante).
3. Que el Sr./Sra. Jenith Karen Paredes G (nombre del estudiante), se compromete a guardar secreto sobre las informaciones personales y los datos de

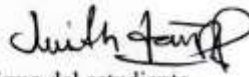
carácter personal, y a no hacer uso público de los datos de carácter personal, grabaciones audiovisual o fotos obtenidas, bajo el cumplimiento de la ley mencionada anteriormente. El estudiante sólo podrá compartir los datos obtenidos con una finalidad docente y de investigación. El estudiante se compromete a destruir la información de carácter personal (datos, audiovisual y fotos) una vez finalizado su uso con fines de investigación.

4. Que como representante legal del menor he recibido una copia de este documento firmada por el estudiante.

En Bucaramanga, a 03 de abril de 2017



Firma representante legal del menor.



Firma del estudiante.

## Anexo 12: Folletos para padres

### Disturbios orofonológicos

- Repetición de sonidos por sí sola.
- Repetición de sílabas.
- Repetición en más de dos ocasiones de palabras.
- Alargamiento de sonidos en más de dos segundos.
- Tentativas en cada nueva respiración. Movimientos asociados del cuerpo (gemir oír, hacer ruidos, etc).
- Hacer voces y cambios de volumen y tono.
- Bostezos y silencio en silencio.
- Temor y ansiedad del niño o padres hacia el habla.
- Evita hablar.



**RELACIONARIA**  
C/Clifford, 31, Sagrada, 3, Torreladuna,  
30110, Murcia, España. T: 914 111111 y  
914 111112. Tratamiento del habla y de la  
voz. Servicio UOC Publishing.

Rediguit, A. (2011) *Intervención  
con niños con trastornos de  
comunicación oral*. Madrid: UOC.

## La Tartamudez

### Guía para Padres I




**Jesús Karen Paredes González**  
Foniatría  
Catedrático y Máster en dificultades  
de aprendizaje y trastornos del  
lenguaje



### Qué es la Tartamudez?

“Es una patología del habla y la comunicación que surge al pasar entre los 3 años y medio y los 4 años de edad” (Fernández-Solís, 2013).

Se relaciona con dificultades de la fluidez, que consisten en repeticiones de sonidos, frases o palabras, alargamiento de los sonidos, bostezos con silencio, esfuerzos para pronunciar y huida.

### Causas

Según investigaciones, sus causas u origen siguen siendo desconocidas. Se ha conocido cierta predisposición genética o adquirir la tartamudez (van Klee, 1981; Klee, 1984; Boscán, 1998; Cuneo y Siegel, 1997; Naranjo et al., 2000). Se ha atribuido influencia al ambiente (causas psicológicas) tales como: alta demanda de los padres, actitudes negativas de los mismos, ausencia de atención que vive el niño relacionado con lugares o personas; situaciones conflictivas que generan estrés y pueden provocar fono de flúidos y posteriormente atribuirse una tartamudez. (Fernández-Solís, 2013).

Debe también evidenciarse que indicar que el cerebro de las personas flúidas funciona de manera diferente en tareas de habla y lenguaje, específicamente en el procesamiento de material lingüístico (Braun et al., 1987; Goll y De Nil, 1998; Fox et al., 1999).

### Qué debes saber?

- La tartamudez no es un problema psicológico.
- No es ocasionado por los padres.
- Aparece en un 50% entre los 3 y 4 años y disminuye en un 20% a los 7 y 8 años.
- Aparece en mayor proporción en varones que en niñas (3 a 1).
- Se ha notado en el 18 por ciento de los niños en general y en bostezos en un 16%.
- Suele remitir espontáneamente entre el 20 al 60% de los casos (tartamudez infantil transitoria).
- Cuando la dificultad de la fluidez persiste por más de un año, existe riesgo que se mantenga la sintomatología (van 2000).



### Actividad para la casa

- Elegir un momento para practicar la comunicación oral. Elegimos el momento de: \_\_\_\_\_
- Lo que hacemos será: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Practicar durante 15 minutos diarios.
- Registrar los accidentes del habla en el registro entregado por la terapeuta para tal fin.



**RELACIONARIA**  
C/Clifford, 31, Sagrada, 3, Torreladuna,  
30110, Murcia, España. T: 914 111111 y  
914 111112. Tratamiento del habla y de la  
voz. Servicio UOC Publishing.

La Huelva, F. (2005) *La tartamudez  
en niños con discapacidad intelectual*. Murcia:  
UCA.

Rediguit, A. (2011) *Intervención  
con niños con trastornos de  
comunicación oral*. Madrid: UOC.

## La Tartamudez

### Guía para Padres II




**Jesús Karen Paredes González**  
Foniatría  
Catedrático y Máster en dificultades  
de aprendizaje y trastornos del lenguaje









## LA IMPORTANCIA DE LA LECTURA

Investigaciones en educación y psicología reportan que leerle a los niños preescolares tiene beneficios en los posteriores aprendizajes en diversas áreas: "El más evidente, y por lo tanto el más estudiado, es solo el efecto positivo que tiene en el desarrollo lingüístico tanto en el lenguaje receptivo, es decir lo que los niños comprenden, como en el lenguaje expresivo, es decir lo que los niños comunican, así como también en su alfabetización inicial y emergente (Dígal y McArthur-Dale, 2004; Watts, 2005; Teale, 1986; Adams, 1986; Cain-Thorson y Dale, 1995; van Kleeck, Gillen, Herndon y McGrath, 1987; Swanson y de Jong, 1986)." Pero "¿cuál es este efecto en particular en el mismo, leerle a los niños preescolares no se limita solamente a apoyar el desarrollo de las habilidades lingüísticas, sino también se relaciona positivamente con el desarrollo de las habilidades representacionales, la competencia para resolver problemas (Dígal, 2002; Dígal, Stroum, y Reagler, 2004) y la participación de los niños durante futuras interacciones comunicativas (Pelligrini et al., 2001; van Kleeck et al., 2000; van Kleeck et al., 2007). Este aspecto es esencial para su buen desempeño en el sistema escolar (y la sociedad en general).

Por lo cual la lectura temprana compartida también ayuda a preparar un buen desarrollo académico futuro (Dunin, 1995; Chernoff, 1971; Watts, 1985; Trossen y Dale, 1986; McCormick y Mason, 1994; Payne, Whitehurst y Angel, 1989; Conyette, 2001; y Burgess, Hecht, y Lonigan, 2002; en Neilsen-Kay, Soudeto y Rytts, 2009).

### ¿Qué dicen los expertos?

El lenguaje y el aprendizaje de la lectura están mejor desarrollados en los niños entre 5 y 7 años:

- ✓ Leen con un adulto todos los días.
- ✓ Tienen oportunidades para aprender la diversa manera en que la alfabetización es parte de la sociedad en la que viven (leer, escribir, enseñar, estudiar y hablar).
- ✓ Tienen muchas oportunidades para desarrollar su lenguaje oral receptivo (escuchar) y expresivo (hablar), tanto con adultos como con otros niños.
- ✓ Se abstenen de abstenerse de palabras y frases.
- ✓ Aprenden a reconocer el mundo impreso que los rodea (libros, revistas, diarios, cómics, avisos, etc).
- ✓ Conocen la mecánica de la imprenta, por ejemplo, que leemos los libros de izquierda a derecha, de arriba a abajo y que damos vuelta las páginas de derecha a izquierda.
- ✓ Tienen oportunidades para jugar con las letras y los sonidos que las corresponden.
- ✓ Visitan regularmente una biblioteca.

### Cómo leer y conversar con un niño de 4 y 5 años

- Converse constantemente sobre los intereses del niño.
- Repetida el lenguaje a el niño dice "agua", usted puede expandir diciendo "ves que suena un vaso de agua", o extendiendo diciendo "oh, ves que tienes un vaso, ¿tienes otro vaso?"
- Verifique la comprensión receptiva del niño, por ejemplo, pídale que encuentre en un libro "lo niño que tiene el pelo negro".
- Los niños aprenden la morfología a través de la escritura, pero aprender mucho más a está se realiza de manera interactiva, con oportunidades para hacer y responder preguntas, hacer las preguntas, expandir cuando dar vuelta las páginas y cuando cambie de contexto.
- Cuéntenle historias sobre su propia vida.
- Enséñele a expresar sus emociones, en momentos de momentos que usan su lenguaje (los libros de emociones pueden ser útiles).
- Los días de momentos interactivos, por ejemplo, relacionando la vida con lo que el niño ve está o ha hecho. Converse sobre las imágenes y el texto, discute lo que creen que ha o está pasando, cómo se sienten los personajes, lo que piensan y lo que podrían haber hecho, lo que ellos habrían en la situación de los personajes.
- Converse sobre de los programas de televisión o películas vistas, comentando acerca de lo que notó en la vida y preguntando que opinan en situaciones tan confusas como cuando eligiendo una receta, limpiar, preparar, ordenar la casa, etc.