

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**Intervención en Tartamudez en cuatro niños con diagnóstico de  
Tartamudez del Desarrollo de Lima Metropolitana**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN  
FONOAUDILOGÍA CON MENCIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL,  
VOZ Y TARTAMUDEZ

Autoras

Ana María Haydee Benites Carbajal

Karla Isabel Villacorta Alfaro

Asesores

Esperanza Bernaola Coria

Yenny Magda Manrique Téllez

Noviembre, 2019

**INTERVENCIÓN EN TARTAMUDEZ EN CUATRO NIÑOS CON  
DIAGNÓSTICO DE TARTAMUDEZ DEL DESARROLLO DE LIMA  
METROPOLITANA**





## **DEDICATORIA**

A ti Señor, a  
quien te debemos  
todo.



### **AGRADECIMIENTOS**

A las familias que participaron en nuestra investigación, por dejarnos aprender a través de ellos.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Páginas
CARÁTULA	i
TÍTULO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del Problema	3
1.2.1 Formulación del problema general	3
1.2.2 Formulación de los problemas específicos	3
1.3 Formulación de Objetivos	4
1.3.1 Objetivo General	4
1.3.2 Objetivo Específicos	5
1.4 Importancia y justificación del estudio	6
1.5 Limitaciones de la investigación	7
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	8
2.1 Antecedentes del estudio	8
2.1.1 Antecedentes Nacionales	8
2.1.2 Antecedentes Internacionales	11
2.2 Bases teóricas	13
2.2.1 La Tartamudez	13
2.2.1.1 Definición	13

2.2.1.2	Sintomatología	18
2.2.1.3	Mediciones de la tartamudez	19
2.2.1.4	Epidemiología	23
2.2.1.5	Inicio y desarrollo de la tartamudez	24
2.2.1.6	Naturaleza de la tartamudez	26
2.2.1.7	Abordajes terapéuticos de la tartamudez	32
2.3	Definición de términos básicos	40
<b>CAPÍTULO III METODOLOGÍA</b>		43
3.1	Tipo y diseño de investigación	43
3.1.1	Tipo de investigación	43
3.1.2	Diseño de investigación	44
3.2	Población y muestra	45
3.3	Definición y operacionalización de variables	46
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.5	Procedimiento metodológico	49
a.	Procedimiento de recolección de datos	49
b.	Análisis de datos cualitativos	50
<b>CAPÍTULO IV RESULTADOS</b>		52
4.1	Presentación de resultados	52
4.1.1	Caso N.º 1 S.O.S.	52
a.	Datos	52
b.	Antecedentes	53
c.	Observaciones	54
4.1.2	Caso N.º 2 V.H.J.	56
a.	Datos	56
b.	Antecedentes	56
c.	Observaciones	58
4.1.3	Caso N.º 3 A. R. C.	59
a.	Datos	59
b.	Antecedentes	60
c.	Observaciones	61
4.1.4	Caso N.º 4 F. A. S.	63

a. Datos	63
b. Antecedentes	63
c. Observaciones	65
4.1.5 Resultados obtenidos en tablas y gráficos	66
4.2 Discusión de resultados	76
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
5.1 Conclusiones	84
5.2 Recomendaciones	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	92



## ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1 Fases de la investigación	44
Tabla 2 Operacionalización de las variables	46
Tabla 3 Ficha técnica del protocolo del perfil de la fluidez del habla	47
Tabla 4 Ficha técnica del protocolo de riesgo para la tartamudez del desarrollo	48
Tabla 5 Ficha técnica de la prueba de severidad de la tartamudez (SSI-3)	48
Tabla 6 Contenido e indicadores del plan de intervención	51
Tabla 7 Resultados del despistaje de lenguaje del Caso N.º 1 S.O.S.	54
Tabla 8 Frecuencia de las tipologías de las disfluencias presentadas por el Caso N.º 1 S.O.S. antes y después de la intervención	55
Tabla 9 Resultados de la evaluación de lenguaje del Caso N.º 2 V.H.J	57
Tabla 10 Frecuencia de las tipologías de las disfluencias presentadas por el Caso N.º 2 V.H.J antes y después de la intervención	59
Tabla 11 Resultados del despistaje de lenguaje del Caso N.º 3 A.R.C.	61
Tabla 12 Frecuencia de las tipologías de las disfluencias presentadas por el Caso N.º 3 A.R.C. antes y después de la intervención	62
Tabla 13 Resultados del despistaje de lenguaje del Caso N.º 4 F.A.S	64
Tabla 14 Frecuencia de las tipologías de las disfluencias presentadas por el Caso N.º 4 F.A.S. antes y después de la intervención	65
Tabla 15 Frecuencia de las disfluencias comunes antes y después de la intervención	66
Tabla 16 Frecuencia de las disfluencias tartamudeadas antes y después de la intervención	67



Tabla 17	Puntajes obtenidos del flujo de palabra por minuto antes y después de la intervención	68
Tabla 18	Puntajes obtenidos del flujo de sílabas por minuto antes y después de la intervención	69
Tabla 19	Puntajes obtenidos del porcentaje de Disfluencias Tartamudeadas antes y después de la intervención	70
Tabla 20	Puntajes obtenidos en la Duración de las disfluencias antes y después de la intervención	71
Tabla 21	Puntajes obtenidos de los Concomitantes Físicos antes y después de la intervención.	72
Tabla 22	Puntajes obtenidos en Severidad y sus grados presentados por los casos con Diagnóstico de Tartamudez y Otros Trastornos antes y después de la intervención.	73
Tabla 23	Puntajes obtenidos en Severidad y sus grados presentados por los casos con Diagnóstico de Tartamudez antes y después de la intervención.	74
Tabla 24	Puntajes obtenidos en factores de riesgo para la tartamudez de desarrollo presentados por los casos con Diagnóstico de Tartamudez y Otros Trastornos antes y después de la intervención.	75
Tabla 25	Puntajes obtenidos en factores de riesgo para la tartamudez de desarrollo presentados por los casos con Tartamudez de Desarrollo antes y después de la intervención.	76

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Páginas
Anexo 1 Autorización con Fines Académicos Caso n° 1	92
Anexo 2 Autorización con Fines Académicos Caso n°2	93
Anexo 3 Autorización con Fines Académicos Caso n°3	94
Anexo 4 Autorización con Fines Académicos Caso n°4	95
Anexo 5 Historia Clínica para Tartamudez-Disfluencia Infantil	96
Anexo 6 Protocolo del Perfil de la Fluidez del Habla	102
Anexo 7 Instrumento de Severidad de la Tartamudez-SSI 3	103
Anexo 8 Protocolo de Riesgo para la Tartamudez del Desarrollo	105
Anexo 9 Plan de intervención del Caso n°	106

## RESUMEN

La intervención en tartamudez beneficia a los niños disminuyendo sus disfluencias e incrementando sus habilidades comunicativas. El objetivo de la investigación fue determinar el efecto de la intervención en tartamudez en 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana. La investigación es tipo mixto y diseño integración múltiple. La muestra fue elegida de manera intencional y estuvo conformada por dos niños de 4 años y dos de 6 años de edad. La selección se dio después de una evaluación fonoaudiológica, donde se diagnosticó tartamudez del desarrollo. Se utilizó el Protocolo del Perfil de la Fluidez del habla, el Instrumento de Severidad de la Tartamudez y el Protocolo de Riesgo para la Tartamudez del Desarrollo para las evaluaciones. El tratamiento fue de 3 meses. Los resultados mostraron efectividad en todos los casos, quienes aumentaron el flujo de palabras y sílabas por minuto, disminuyeron las tipologías de las disfluencias, los puntajes de severidad y riesgo para la tartamudez. Se concluyó que, la intervención comprobó su efectividad en todos los casos.

Palabras claves: Tartamudez, tartamudez del desarrollo, abordaje de modelamiento.

## **ABSTRACT**

Intervention in stuttering benefits children by decreasing their disfluencies and increasing their communication skills. The objective of the research is to determine the effect of the stuttering intervention in 4 children with development stuttering of Lima Metropolitana. The research is mixed type and multiple integration design. The sample is chosen intentionally and consists of 2 children of 4 years old and 2 of 6 years old. The selection is after a phonoaudiological evaluation, where development stuttering was diagnosed. The Speech Fluency Profile Protocol, the Stuttering Severity Instrument and the Development Stuttering Risk Protocol for the evaluations were used. The treatment lasted 3 months. The results showed effectiveness in all cases, which increased the flow of words and syllables per minute, decreased the typologies of disfluencies, the severity scores and risk for stuttering. It was concluded that the intervention proved its effectiveness in all cases.

Keywords: Stuttering, stuttering of development, modeling approach.

## **INTRODUCCIÓN**

La tartamudez se define como una alteración del habla con interrupciones motoras o de dificultades en la regulación normal de la velocidad del habla en mayor o menor medida, que terminan afectando la comunicación y produciendo incomodidad en el que habla y en el que escucha. Ribeiro (2005:17-20) refiere que no se llega a un consenso en cuanto a la definición de tartamudez que integre todos los aspectos considerados en el trastorno, información que es necesaria para los procedimientos de evaluación y tratamiento de la tartamudez.

Siendo los niños, en el rango de tres a seis años, un grupo vulnerable en la aparición y establecimiento del disturbio como condición para toda su vida, los hallazgos de las investigaciones acerca de evaluación y tratamiento a esta edad adquieren importancia. Debido a ello, es fundamental conocer acerca de los principios específicos y procedimientos de terapia en tartamudez con el objetivo de ayudar a eliminar o inhibir el establecimiento y desarrollo de esta dificultad y que no se extienda a otros aspectos de la comunicación. Por ello, el objetivo general de

nuestra investigación es determinar el efecto de la intervención en tartamudez en cuatro niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana.

Uno de los tópicos poco abordados en nuestro país es la intervención Fonoaudiológica para el tratamiento de la tartamudez. Oliveira expresa que consiste en promover la fluidez por medio de la reeducación de manifestaciones clínicas, cuantitativas y cualitativas bajo diversos abordajes y estrategias (Rocha 2007:107-131). Bajo este marco conceptual nuestra investigación ayudará a detallar el efecto producido por la intervención en tartamudez en niños, proveerá de herramientas a profesionales cuyo objetivo sea el de mejorar la fluidez de los niños y evitar la cronicidad en la adultez.

Esta investigación permite describir el proceso de intervención que incluye una evaluación inicial, el tratamiento y una evaluación final, en 4 niños con tartamudez del desarrollo, así como discutir los resultados obtenidos. Observamos que la falta de antecedentes bibliográficos acerca de la intervención en tartamudez y el número reducido de participantes limitaron los resultados. Esta investigación es viable, ya que se cuenta con la población necesaria obtenida por la derivación de profesionales que trabajan con niños. Ellos derivaron de forma oportuna a 4 casos que observaron con dificultades en la fluidez de su habla. Con el consentimiento de los padres, fueron evaluados, diagnosticados e intervenidos.

Se han realizado investigaciones sobre el tema de tartamudez a nivel mundial, pero vemos que hay insuficientes estudios sobre su intervención. En

nuestro país hemos hallado pocos estudios en el que se expongan los cambios presentados en la fluidez de los niños después de una intervención centrada en su promoción, como el de Valer (2011:118-120) quien aplicó el programa de Intervención de la Tartamudez Infantil de Andrade (2012:53-85) en niños de 3 a 6 años del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Abordaremos nuestra investigación en cinco capítulos. En el primer capítulo se lleva a cabo el Problema de Estudio, en el segundo capítulo se expone el Marco Teórico Conceptual que incluye la definición, sintomatología, medición, epidemiología, naturaleza, inicio y desarrollo y los abordajes terapéuticos. En el tercer capítulo se hace referencia a la Metodología, el tipo y diseño de la investigación y las técnicas e instrumentos de recolección de datos, que se inicia con la evaluación inicial (que incluye la historia clínica, la aplicación de los protocolos y el informe de evaluación), el plan de tratamiento y la evaluación final. En el cuarto capítulo, se presentan y discuten los efectos obtenidos de la intervención en base a los resultados de la evaluación inicial, el tratamiento y la evaluación final en cada uno de los casos. En el último capítulo se exponen las conclusiones y recomendaciones a las cuales llegamos.

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### 1.1 Planteamiento del problema

En la actualidad, la comunicación es un tema muy relevante entre las personas. Las dificultades de habla, uno de los medios de comunicación más importante, interfieren de formas diferentes en la calidad de vida de los individuos y de sus familias cuando se trata de niños. Cada vez es más frecuente encontrar a padres que requieren una solución al problema de habla de sus hijos, entre ellas a la tartamudez. Por ello, buscan instituciones que brinden una atención especializada, para aprender sobre este disturbio y cómo manejarlo.

Se ha investigado mucho acerca de la tartamudez, de su naturaleza y de los abordajes que existen para su tratamiento. Este último adquiere importancia debido a que disminuye o desaparece la sintomatología de las disfluencias y mejora las habilidades comunicativas de los niños y sus familias.



En Perú se encuentran pocas investigaciones que detallan la eficacia de la intervención en niños. Bohnen (Lamonica 2017:244) especifica con respecto a la intervención en tartamudez, que no hay un solo planteamiento para todas las personas con tartamudez, debido a que cada uno de ellos presenta una forma individual de hablar, de usar su lenguaje y va a presentar diferentes manifestaciones. Es por ello que esta investigación, involucra una intervención individualizada desde esta perspectiva, describiendo las características de las disfluencias como las tipologías comunes y tartamudeadas, la velocidad de habla, la duración de las disfluencias tartamudeadas, los concomitantes físicos que la acompañan, el grado de severidad y los factores de riesgo facilitando un adecuado diagnóstico y planteamiento de intervención individualizada. Asimismo, como lo propone Oliveira (Giacheti 2013:335), se analizan los efectos que produce el abordaje del modelamiento de la fluidez en cada caso.

Andrade define a la tartamudez como un desorden del desarrollo neurológico del control motor, cuya base está en la interacción entre los diferentes sistemas de control motor y el procesamiento del lenguaje (Piccolotto, Belfi-Lopes, Limongi 2004:1001, volumen II).

Guitar (2014:11) comenta que muchas de las investigaciones sugieren que la tartamudez es variable en una población y en cada individuo, asimismo agrega que aquellos que tartamudean empiezan durante la niñez sin ninguna relación con traumas psicológicos u orgánicos. Por su parte, Andrade (2006:5) añade que la tartamudez involucra aspectos genéticos, neurofisiológicos y ambientales. Por ello, la tartamudez del desarrollo es considerada un área de estudio muy importante.

Por otro lado, consideramos a la intervención en la promoción de la fluidez como uno de los mejores recursos para desarrollar habilidades comunicativas en los niños diagnosticados con este disturbo. Todo ello nos motivó a plantearnos ¿Cuál es el efecto de la intervención en tartamudez en 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana?

## 1.2 Formulación del Problema

### 1.2.1 Formulación del Problema General

¿Cuál es el efecto de la intervención en tartamudez en 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana?

### 1.2.2. Formulación de los Problemas Específicos

- ¿Cuál es el perfil de la fluidez en los 4 casos de niños con tartamudez de desarrollo de Lima Metropolitana antes de la aplicación de la intervención?
- ¿Cuál es el perfil de la fluidez en los 4 casos de niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana después de la aplicación de la intervención?
- ¿Cuáles son los efectos del plan de intervención en la disminución de la frecuencia de disfluencias tartamudeadas en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana?

- ¿Cuáles son los efectos del plan de intervención en la disminución de la frecuencia de disfluencias comunes en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana?
- ¿Cuáles son los efectos del plan de intervención en el aumento del flujo de palabras y sílabas por minuto en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana?
- ¿Cuáles son los efectos del plan de intervención en la disminución de la duración de las disfluencias tartamudeadas en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana?
- ¿Cuáles son los efectos del plan de intervención en la reducción de los concomitantes físicos en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana?
- ¿Cuáles son los efectos del plan de intervención en la disminución del grado de severidad de la tartamudez en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana?
- ¿Cuáles son los efectos del plan de intervención en la disminución del riesgo para la tartamudez en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana?

### 1.3 Formulación de Objetivos

#### 1.3.1 Objetivo General

Determinar el efecto de la intervención en tartamudez en 4 niños con tartamudez de desarrollo de Lima Metropolitana

### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Describir el perfil de la fluidez en los 4 niños con tartamudez del desarrollo antes de la aplicación de la intervención.
- Describir el perfil de la fluidez en los 4 niños con tartamudez del desarrollo después de la aplicación de la intervención.
- Establecer el efecto del plan de intervención en la disminución de la frecuencia de las disfluencias tartamudeadas en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana.
- Establecer el efecto del plan de intervención en la disminución de la frecuencia de las disfluencias comunes después del tratamiento en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana.
- Establecer el efecto del plan de intervención en el aumento del flujo de palabras y sílabas por minuto en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana.
- Establecer el efecto del plan de intervención en la reducción de los concomitantes físicos después del tratamiento en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana.
- Establecer el efecto del plan de intervención en la disminución de la duración de disfluencias tartamudeadas después del tratamiento en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana.
- Establecer el efecto del plan de intervención en la disminución del grado de severidad de la tartamudez después del de tratamiento en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana.

- Establecer el efecto del plan de intervención en la disminución del riesgo para la tartamudez después del tratamiento en los 4 niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana.

#### 1.4 Importancia y justificación del estudio

Para realizar esta investigación hemos partido de nuestra experiencia profesional como terapeutas de habla en una institución de atención integral, donde se evalúa e interviene a personas de diferentes edades que presentan tartamudez. Al trabajar en esta institución evidenciamos los beneficios del abordaje de la tartamudez del desarrollo tanto en la disminución de las disfluencias del habla como la potencialización de las habilidades de comunicación para el niño y su familia. Esto le permitirá más adelante mejorar sus interacciones en el ambiente familiar y escolar.

Conocedoras de que el tipo más común de tartamudez es la llamada tartamudez del desarrollo (Guitar 2014:11) donde los síntomas emergen gradualmente mientras el niño se desarrolla especialmente durante el periodo de adquisición del habla y del lenguaje; y de que éste disturbio puede ocasionar un impacto negativo sobre el niño, nace el interés por iniciar esta investigación. Nuestro estudio expone el proceso de intervención promoviendo la fluidez en los niños y propone la realización de intervenciones más tempranas y significativas previniendo conductas secundarias, proporcionando herramientas a las familias para lograr un entorno facilitador en la comunicación del niño que tartamudea.

Finalmente, esta investigación se destaca por tener una muestra en la etapa infantil, entre los 4 y 6 años de edad, la edad más adecuada para iniciar un

tratamiento; demostrando que la intervención temprana en la promoción de la fluidez puede reducir el grado de severidad previniendo su cronicidad si se actúa antes de que finalice el desarrollo del habla y lenguaje.

La presente investigación permitirá a los especialistas en tartamudez contar con un marco teórico acerca de la intervención en tartamudez en niños con este diagnóstico. Son escasas las investigaciones que detallan el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento en cada caso de estudio. De la misma manera, los resultados de la intervención amplían los conocimientos sobre las características de tartamudez en los niños.

A nivel práctico, nuestra propuesta de trabajo describe las estrategias y técnicas de intervención para lograr mayor fluidez en el habla de los niños, permitiendo su aplicación por especialistas del área.

Este estudio ayuda a nivel metodológico, ya que expone el análisis cuantitativo y cualitativo que favorece la evaluación y enmarca la intervención de la tartamudez en niños.

#### 1.5 Limitaciones de la investigación

Distinguimos una limitación debido al reducido número de participantes, por lo tanto, los resultados estarían circunscritos a niños que presenten las mismas sintomatologías de tartamudez que la muestra estudiada, en consecuencia, no se puede generalizar a otros niños que no reúnan las características presentadas.

En segundo lugar, observamos una limitación teórica, por la falta de antecedentes nacionales sobre la intervención en tartamudez en niños, generando una propuesta basada en investigaciones de otros países que avalan nuestro tema.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### 2.1 Antecedentes del estudio

##### 2.1.1 Antecedentes Nacionales

En el ámbito nacional encontramos dos investigaciones relacionadas al conocimiento de la tartamudez en docentes, así como la aplicación de un programa de intervención en niños e investigaciones que trazan los perfiles de fluidez del habla en niños.

La investigación que realizaron Carneiro, Soriano y Taira (2012:110-116) titulada “Factores de Riesgo que Predisponen a la Tartamudez en Niños de 5 a 12 años que se atienden en dos Centros de Salud Público y Privado de Lima” tuvo como objetivo conocer los principales factores de riesgo que predispone a la tartamudez de desarrollo. Hicieron una revisión de 50 historias clínicas aplicando el “Protocolo de Riesgo para la Tartamudez de Desarrollo” de Andrade (2012:133-140), que contiene 15 factores relacionados al trastorno. Obteniendo como

resultado que el factor con mayor ocurrencia es la presencia de las tipologías llamadas disfluencias tartamudeadas.

Valer (2011:118-120) realizó una investigación titulada “Aplicación de un Programa de Tartamudez Infantil para niños de 3 a 6 años usuarios del Instituto Nacional de Rehabilitación”, el objetivo fue determinar el efecto que produjo este programa en 17 niños durante 6 meses consecutivos. Se llevó a cabo una primera evaluación para determinar el grado de riesgo de los sujetos. Para la intervención se utilizó el Programa de Intervención Precoz de la Tartamudez Infantil de Andrade (2012:53-85), y se dio en sesiones de 30 minutos dos veces por semana, dentro de las sesiones se trabajó 20 minutos con el niño y 10 minutos con los padres. A los tres meses se midió la efectividad del programa y se comparó los resultados con la evaluación inicial. A los seis meses se realizó otra evaluación y se compararon los resultados. Sus resultados indicaron que el programa fue efectivo disminuyendo el riesgo y la severidad de la tartamudez hasta en un 70 %.

Fernández (2011:102-104) en su investigación “Efectos de la Orientación para el Desarrollo del Conocimiento de la Tartamudez en Docentes de Educación Inicial y Primaria de los Colegios de Lima Metropolitana” tuvo por objetivo medir el conocimiento de la tartamudez en docentes de educación inicial y primaria de colegios de Lima a través de un instrumento de 22 indicadores antes y después de una orientación acerca del trastorno. El instrumento consto de seis indicadores (factores de riesgo, características, estrategias e identificación del profesional que debe atender la tartamudez) y tenía como objetivo evaluar si los



docentes tenían un conocimiento de la tartamudez basado en hechos o en mitos. Los resultados indicaron el incremento de la noción acerca de la tartamudez y la modificación de pensamientos equivocados que tenían acerca del tema.

Coll y Navarro (2010:110-113) realizaron un estudio sobre el “Conocimiento sobre la Tartamudez en Docentes de Educación Primaria de los Colegios de Varones de Lima Metropolitana” y establecieron como objetivo de investigación conocer la información que tienen sobre tartamudez dichos docentes. A la muestra de 160 participantes se les aplicó, un cuestionario el cual fue elaborado por las autoras de la investigación y validado por expertos en el tema. El instrumento sirve para medir el nivel de información sobre tartamudez y está compuesta por diez preguntas referidas al concepto, causas, características, factores de riesgo, edad de inicio, genero, importancia de la familia y escuela, profesional idóneo para tratar la tartamudez y estrategias de apoyo en el aula, la cual fue aplicada de forma individual. El estudio concluyó que los docentes tienen un conocimiento promedio acerca del tema.

En la investigación que realizaron Castro y Manrique (2013:10-11) “Perfil de la Fluidez del Habla en Niños de 5 y 6 años en Instituciones Educativas Estatales en 3 Distritos de Lima” plantearon como objetivo trazar un perfil de la fluidez del habla en niños hablantes del español. La muestra estuvo conformada por 40 niños, 20 niños de 5 años (10 mujeres y 10 hombres) y 20 niños de 6 años (10 mujeres y 10 hombres). Después de grabar una muestra de habla espontánea de 200 sílabas de cada uno de ellos se analizaron las variables de tipologías de las

disfluencias, velocidad del habla y frecuencia de las rupturas del habla que se incluyen en el protocolo de evaluación de fluidez de Andrade (2012:146-150) Obteniendo como resultados que la fluidez de los niños no presenta gran diferencia entre sexo y grupo de edad; la frecuencia de rupturas tuvo un promedio de 7 % y 6% en 5 y 6 años respectivamente; se registraron disfluencias tartamudeadas con una baja frecuencia menor al 1%.

### 2.1.2 Antecedentes Internacionales

A nivel internacional, el tema de la intervención en niños con tartamudez del desarrollo gira en torno a la aplicación de programas y de tratamientos terapéuticos.

Roca (2017:3-11) en su investigación titulada “Análisis de la intervención logopédica en tartamudez infantil” realizó una revisión sistemática de información acerca de la eficacia de los distintos tratamientos en logopedia dirigidos a la tartamudez temprana en 6 artículos científicos entre octubre del 2016 y marzo del 2017. En ellos participaron 398 niños, con una media de edad de 3 años 9 meses; la duración de la intervención promedio era alrededor de 10 meses, con un seguimiento de entre 12 y 18 semanas. La autora concluyó que la intervención logopédica en tartamudez temprana ofrece resultados más eficaces que la remisión espontánea del trastorno a través de los tratamientos directos o indirectos.

El estudio titulado “Evaluación, intervención y evolución en un caso de tartamudez temprana”, realizado por Fernández - Zúñiga (2011:39-44) consistió en

la presentación de un caso clínico de un niño de 3 años 5 meses. La evaluación consistió en valorar la fluidez identificando signos de alarma en el niño y en su ambiente familiar. Después del diagnóstico elaboró un programa de intervención para el niño y los padres con el fin de abordar el tartamudeo y disminuir los factores de riesgo. Este fue exitoso revelando que la intervención temprana de la tartamudez aumenta la posibilidad que el niño desarrolle un habla fluida.

Oliveira (2011:1-11) llevó a cabo la investigación “Tartamudez de desarrollo persistente: evaluación de fluidez pre y post-programa terapéutico” cuyo principal objetivo fue el comparar la fluidez de los niños con tartamudez (10 participantes) en cuanto a las siguientes variables: porcentaje de sílabas tartamudeadas, porcentaje de discontinuidad del habla, flujo de sílabas y palabras por minuto y la gravedad de la tartamudez. La metodología utilizada fue de pre y post aplicación de un programa de intervención fonoaudiológica (18 sesiones) a los niños. Éste consistió en dos sesiones de orientación a la familia, 4 con el niño para explorar el proceso de habla y de tartamudez, 10 de promoción de la fluidez y 2 de transferencia y mantenimiento de la fluidez. La autora concluyó que se redujo la frecuencia de disfluencias comunes y tartamudeadas, se disminuyó la gravedad de la tartamudez además de aumentar la tasa de articulación en el flujo de sílabas por minuto. Por último, hubo un aumento de la producción de información en el flujo de palabras por minuto.

## 2.2 Bases teóricas

### 2.2.1 La tartamudez

Para conocer acerca de la tartamudez, hemos considerado necesario hacer una revisión de este trastorno consultando autores e instituciones renombradas que la estudian. En ese capítulo se detalla su sintomatología, epidemiología, su inicio y desarrollo, los factores que influyen en este trastorno y los diferentes abordajes terapéuticos.

#### 2.2.1.1 Definición

Zoezetto indica que la comunicación humana no tiene límites, un simple gesto del cuerpo como elevar los hombros, un movimiento de la mano entre otras manifestaciones despiertan en las personas un significado. Los medios de comunicación más importantes entre las personas son el habla y la audición, responsables de la formación de base de las interacciones sociales complejas. La adquisición del lenguaje tal vez sea el más complejo hecho sensorio-motor de toda la fisiología humana (Giacheti 2013:5). Con respecto al lenguaje la define como el medio de comunicación por excelencia de los seres humanos añadiendo que muchos niños pueden tener dificultades en la expresión de sus ideas y necesidades a través de él.

Sobre el habla, Cattelan la define como el resultado del planeamiento y ejecución de secuencias de movimientos que requieren coordinación neuromuscular muy precisa (Giacheti 2013:351). Por su parte, La Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición (ASHA) agrega que es el medio oral que permite la comunicación y está compuesta por tres elementos: voz, articulación

y fluidez. La fluidez se refiere al flujo continuo y suave de la emisión de los sonidos, aunque es difícil de definir, tiene elementos que se deben mantener para que el hablante sea considerado como persona fluente. Estos cinco componentes construyen la base de una fluidez madura la cual permite un habla cómoda y eficiente (Guitar 2014:6-7; Biain 2017:70):

- La velocidad del habla, que es no ir más allá de lo que permite la capacidad.
- El ritmo, el cual debe ser apropiado, espontáneo y natural.
- La continuidad, entendida como la emisión sostenida del lenguaje.
- El habla fácil, que se debe dar sin esfuerzo muscular o mental.
- La inteligibilidad, es decir lo que se dice debe entenderse.

El Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (DSM V- código 315.35), define a la tartamudez como una “alteración de la fluidez y la organización temporal normal del habla”. Asimismo, la Fundación Americana de Tartamudez (The Stuttering Foundation) y Guitar (2014:7-8) amplían el concepto definiéndolo como un desorden donde la fluidez del habla se rompe por repeticiones, prolongaciones o interrupciones anormales de sonidos, sílabas, palabras monosilábicas, prolongaciones de sonidos o bloqueos del aire fonado; las cuales caracterizarían a éste trastorno. Amplían el concepto indicando que puede haber movimientos de cara o cuerpo asociados con el esfuerzo de hablar.

Para Andrade (Piccolotto, Belfi-Lopes, Limongi, 2004:1001 volumen II) la tartamudez ocurriría cuando el sistema neurofisiológico falla en la integración de los procesamientos lingüísticos y motores del habla, añadiendo que los estudios del

procesamiento de habla, donde se usa la neuroimagen para observar las estructuras y el funcionamiento del cerebro, confirman que los patrones de activación neural en adultos que tartamudean y que no tartamudean tienen diferencias significativas. Este sistema se daría así: el estímulo auditivo llega al área responsable de la percepción y comprensión del habla (Wernicke), luego se conduce a la corteza prefrontal donde se inicia el procesamiento de la decisión de hablar. Además, el área de Broca recibe señales de las áreas sensoriales, memoria, de los centros emocionales del cerebro (Sistema Límbico) e información lingüística; generándose el procesamiento motor del habla, en interacción con los ganglios basales (movimientos deseados o inhibidos) y el cerebelo (coordinación y suavidad de movimiento) que permiten el movimiento final de la articulación (estructuras del habla como labios, lengua, paladar, mandíbula y laringe). También, para que el habla sea fluente se necesita del equilibrio temporal del sistema de segmentación (ritmo, entonación y posición de las sílabas) y de orden (duración de la sílaba y orden de las secuencias de los espacios fonéticos). Cuando éstos operan en equilibrio, el habla se genera sin rupturas, sin embargo, cuando están en desequilibrio el flujo de habla es involuntario y se rompe temporalmente generando las disfluencias.

La ASHA precisa que la mayoría de las personas producen breves disfluencias de vez en cuando, éstas no constituirían un problema; sin embargo, pueden dificultar la capacidad de comunicación de las personas cuando producen demasiadas de ellas.

Yairi y Ambrose (citado por Lamonica 2017:107-113) clasifican a las disfluencias en: disfluencias típicas de la tartamudez (DTT) y otras disfluencias para referirse a las disfluencias comunes (OD). Dentro del tipo de disfluencias comunes se encontrarían las repeticiones de palabras, de segmento o de frases, revisiones, vacilaciones, interjecciones y palabras no terminadas.

Para Andrade (2012:5) el tipo y la frecuencia de su aparición son los factores que van a diferenciar a un hablante fluido de uno con tartamudez.

Yaruss (2017:24-26) comentó que uno de los aspectos más importantes de la tartamudez es su variabilidad, todas las personas que tartamudean experimentan variabilidad en la producción disfluente de su habla. Esta variabilidad puede ser vista desde dos ángulos, cambios episódicos y cambios situacionales. Los primeros se refieren a que los niños pueden ir de periodos o episodios en donde se incrementa la tartamudez a otros donde puede hablar más fácilmente y con mayor fluidez, estos cambios son usualmente observados por los padres. Otro aspecto tiene que ver con los cambios de momentos o situaciones que pueden modificar la fluidez del niño. Las personas pueden tartamudear más en una situación por cómo piensa, siente o reacciona ante: la persona con la que está hablando, al tema tratado, a la actividad que están realizando, a los pensamientos que tiene mientras habla, a las experiencias del día o de la semana anterior, a las situaciones pasadas similares, a las palabras que están usando, a la reacción de las personas ante su tartamudez, entre otros.

En el trastorno de tartamudez podemos encontrar la tartamudez del desarrollo, neurogénica y psicogénica.

Con respecto a la tartamudez del desarrollo, Andrade (2012:5) menciona que, durante el proceso de desarrollo del lenguaje y el habla, es común que los niños pasen por periodos de tartamudez (hesitaciones, repeticiones de sonidos o palabras). Cerca del 80 % de esas disfluencias son normales y tienden a desaparecer en 6 meses. La autora agrega (2002:65-71) que, la tartamudez infantil puede ser un disturbio simple o asociado a otros disturbios del lenguaje infantil, además la fluidez estaría basada en un equilibrio o desequilibrio entre la demanda social (es decir lo que se espera del hablante) y la capacidad del niño (inherente o adquirida) tanto en precisión lingüística y motora, necesarias para el habla. En este mismo sentido, es importante tener en cuenta los siguientes indicadores: antecedentes familiares de tartamudez, otros desordenes de comunicación asociados, características psicológicas predisponentes o que tengan familias con características desfavorables; ya que éstos pueden influenciar en las disfluencias del niño y ser factores de riesgo para evolucionar a un cuadro crónico conocido como tartamudez del desarrollo. Andrade (Piccolotto, Belfi-Lopes, Limongi, 2014: 653, volumen II) añade que, si bien es un disturbio crónico, presenta también periodos de fluidez, con altas probabilidades de remisión espontánea ya que el niño se encuentra en el proceso de maduración de sus funciones neuronales.

En relación a la tartamudez neurogénica, Bianin (2017:42-46) describió que puede iniciarse a cualquier edad y se puede diagnosticar luego de un episodio neurológico traumático o de una enfermedad que afecte la función cerebral frecuentemente se acompaña de afasia, dispraxia y de manifestaciones como interrupciones severas.



La tartamudez psicógena comienza habitualmente en la edad adulta en individuos sin antecedentes de tartamudez. Es un síntoma que se asocia con el estrés o problemas de ansiedad. Usualmente su aparición es repentina. Salgado (2008:46)

Es importante diferenciar a la tartamudez de otro trastorno de la fluidez como es la taquifemia. Salgado (2008: 46) opina que esta se caracteriza por un discurso arrítmico, desorganizado, expresado con una velocidad excesiva y un habla ininteligible. Además, se pueden observar repeticiones de sonidos, sílabas, palabras, revisiones, problemas para encontrar palabras, errores para la secuenciación del discurso y articulación anormal de silabas.

#### 2.2.1.2 Sintomatología

Guitar (2014:9) y Salgado (2008: 26-27) indican que la tartamudez se caracteriza por dos tipos de componentes; primarios o elementos definatorios para el diagnóstico de tartamudez y secundarios o síntomas que se instauran como reacción a la tartamudez. Los comportamientos primarios son comportamientos involuntarios o conductas incontrolables como:

- Repeticiones de sonidos, palabras o sílabas de la palabra las cuales se pueden repetir más de dos veces.
- Prolongaciones del sonido emitidos por el movimiento de los órganos fonoarticuladores.
- Bloqueos o paradas inesperadas del flujo del aire o de voz, el movimiento de los órganos fonoarticuladores se pueden detener de forma súbita. Ocurre en diferentes niveles como el respiratorio, laríngeo y /o

articulatorio. Los bloqueos pueden ir acompañados de temblores de los labios, lengua, mandíbula o en los músculos de la laringe.

Los comportamientos secundarios son adquiridos por el individuo que tartamudea como una forma de reacción a los comportamientos primarios. Estos se dividen en dos grupos, el comportamiento de escape o fuga y el de evasión. En esta última encontramos conductas como sustitución de palabras, uso de muletillas, desviación del contacto visual y el evitar situaciones. En el de escape tenemos por ejemplo el parpadeo, movimientos de hombros o de alguna parte de su cuerpo.

Guitar (2014:9) manifiesta que los niños que experimentan el tartamudeo pueden crear sentimientos de vergüenza y frustración, al no poder hablar de forma suave y continua como los demás, estos sentimientos incrementan el esfuerzo y la tensión que impiden un habla fluida. Los niños con tartamudez conscientes del disturbo pueden desarrollar sentimientos y actitudes negativas relacionadas al habla y agravar su disturbo.

### 2.2.1.3 Mediciones de la tartamudez

Andrade (2012:43-48) señala que la tartamudez del desarrollo es un fenómeno complejo y es poco probable que encontremos un patrón preciso y común en todos los niños, por ello es importante que se evalúe el habla. El resultado obtenido necesita de un parámetro con el cual comparar y reconocer la tasa normal para la edad cronológica de la persona. Salgado (2008: 117-118) propone que para la evaluación de la tartamudez del desarrollo se tome en cuenta la frecuencia, tipo y duración de las disfluencias, pues ello servirá para orientar al especialista en la

toma de decisiones terapéuticas. Bohnen propone como uno de los principios de la práctica fonoaudiológica no sólo basarse en la percepción del terapeuta sino en otros parámetros que consideren las ganancias reales del individuo y adecúe el tratamiento a las necesidades de cada persona; para ello, son necesarios los instrumentos de análisis comparativos como los índices de habla y de fluidez que presente aspectos cuantitativos y cualitativos (2017:243).

Andrade (2012:146) plantea como primer paso la evaluación del Perfil de la Fluidez del habla (Anexo 6). Esta valora las tipologías, la velocidad del habla y la frecuencia de las rupturas, lo cual es importante para el diagnóstico de tartamudez y proporciona valores para medir y comprobar la efectividad de la intervención. La evaluación de la fluidez se realiza mediante el siguiente procedimiento:

- La recolección de una muestra de habla espontánea de la persona con un mínimo de 200 sílabas fluidas, esta muestra debe ser filmada de manera individual y tiene un tiempo de 3 a 6 minutos aproximadamente. La muestra debe ser transcrita literalmente con sílabas fluentes y disfluentes, la sílaba disfluente se marca en negrita, y se consideran los siguientes criterios para su visualización en el formato:

- Segmentos ininteligibles ~~~~~
- Interrupciones del terapeuta //
- Hesitaciones #
- Pausa \_\_\_\_\_
- Bloqueo / antes de la sílaba bloqueada
- Prolongamientos \_ después de sonido o sílaba.
- Intrusión en la palabra o segmento / /

- Análisis de la muestra del habla: se coloca el número de veces que ocurre cada tipo de disfluencias, luego se suma el número total de tipologías comunes y tartamudeadas.
- Velocidad del habla: se mide a través del flujo de palabras por minuto y de sílabas por minuto. El flujo de palabras por minuto mide la tasa de producción de la información y es el resultado del número de palabras de la muestra de habla multiplicada por 60 segundos (un minuto) y dividida entre el tiempo total de la muestra del habla. El flujo de sílabas por minuto mide la velocidad articulatoria y es el resultado de multiplicar las 200 sílabas fluidas por 60 segundos entre el tiempo total de la muestra de habla (medida en segundos).
- Frecuencia de rupturas: está compuesta por el porcentaje de discontinuidad del habla y el porcentaje de disfluencias tartamudeadas. El porcentaje de discontinuidad del habla se mide a través de la tasa de rupturas en el total de la muestra. Primero se suman las disfluencias comunes y tartamudeadas, este total se multiplica por 100 y se divide entre 200 sílabas fluidas. El porcentaje de disfluencias tartamudeadas mide la tasa de rupturas tartamudeadas. Primero se multiplica el número de disfluencias tartamudeadas por 100 y se divide entre 200 sílabas fluidas. (Anexo 6)

En segundo lugar, la misma autora (Andrade 2012:133-140) recomienda usar el Protocolo de Riesgo para la Tartamudez de Desarrollo, el cual tiene por finalidad obtener información de los factores y grados de riesgo para desarrollar la tartamudez, está compuesta por quince preguntas con tres alternativas (grados de riesgo) que abarcan datos que caracterizan al niño, estas van desde antecedentes

familiares, así como las reacciones sociales. El evaluador formulará las preguntas para que los padres respondan lo más objetivamente posible, la puntuación será la sumatoria de cada una de las columnas y el grado de riesgo será aquella columna con mayor número de puntos. (Anexo 8)

Por último, para medir la severidad de la tartamudez se puede evaluar a través de escalas. Una de ellas es la “Escala de severidad” (SSI), propuesta por Glyndon y Riley en 1994 (Andrade, 2012:47-48). El objetivo es indicar el grado de severidad de la tartamudez en base a la puntuación de la frecuencia y duración de las rupturas, así como de los concomitantes físicos. La puntuación va acorde al rango etario y establece las siguientes categorías: leve, moderado, grave y muy grave. El protocolo puede ser usado tanto en niños como en adultos. El procedimiento se iniciaría como sigue: se considera el porcentaje de disfluencias tartamudeadas, este porcentaje nos da un puntaje en la tabla de frecuencias. Luego, para hallar el puntaje de duración; se suman las tres disfluencias tartamudeadas de mayor duración en segundos y se divide entre tres, éste resultado dará un puntaje en la tabla de duración. Después, se valoran los concomitantes físicos (sonidos distractores, movimientos faciales, movimientos de cabeza, movimientos de las extremidades), los cuales nos arrojan un puntaje en la escala de Concomitantes Físicos que se registraron en la grabación de la muestra de habla. Por último, se suman el puntaje de frecuencia, duración y concomitantes físicos dando un puntaje total de severidad. El evaluador buscará, en la tabla que corresponde a la edad de la persona, el puntaje total y su correspondiente grado de severidad de la tartamudez. (Anexo 7)

#### 2.2.1.4 Epidemiología

La Fundación Americana de Tartamudez expresa que la tartamudez es una discapacidad que afecta a más de 3 millones de estadounidenses, (Chang 2011:2-3), en Brasil aproximadamente 2 millones de personas tienen tartamudez persistente, en el mundo llega a setenta millones de personas. Las investigaciones sobre epidemiología en niños con tartamudez (Chang 2011:1-2) nos indican que el 5% de ellos entre los dos y cinco años van a presentar este disturbio debido a la falta de madurez de las redes neuronales del procesamiento de habla y lenguaje, donde el 80% se recuperará de manera natural y el 20% continuará tartamudeando de manera crónica. La recuperación espontánea ocurre mayoritariamente en mujeres en la proporción de 5 a 1 con respecto a los hombres, esta proporción se mantiene en la población adulta.

Con respecto a la incidencia, es decir al número de nuevos casos que aparecen en una población específica durante un periodo de tiempo, son examinados usualmente por estudios longitudinales. Uno de ellos, el de Andrew y Harris en 1964 (citado por Gregory 2003:13-14) ejecutada por un periodo de dieciséis años, reveló que 43 niños tartamudearon en algún momento, 37% de esos niños lo hicieron por seis meses o menos y todos ellos entre los 2 y 5 años, es decir de los 27 casos 6 los hicieron entre los 3 y 4 años lo que significaría que este sería el periodo de más alta incidencia coincidiendo con el periodo más activo del aprendizaje del lenguaje.

Yairi y Ambrose estiman que la prevalencia del trastorno se da en 1 % de la población en general (citado por Fernández-Zúñiga 2011:39-44). Relacionado a la tartamudez del desarrollo, Andrade (2012:6) comenta que es encontrada en

cerca del ochenta 80 % del total de casos de tartamudez identificados en la infancia, y la prevalencia del disturbo (es decir, la tasa de cronicidad en la adolescencia y en la vida adulta) es de 20 %.

Acercas de la relación entre tartamudez y el género, esta se presenta con mayor frecuencia en niños que niñas, con una proporción aproximada de 4 a 1 según Yairi y Ambrose (citados por Fernández - Zúñiga, 2011:39-44), así mismo Gregory (2003:14-15) puntualiza que diferentes investigaciones que relacionan la proporción entre hombre y mujeres que tartamudean varían entre dos a cinco, tendiendo los hombres a empezar a tartamudear antes que las mujeres y ellas a recuperarse más fácilmente. Concluyendo, la proporción generalmente aceptada es de 3 o 4 hombres por una mujer.

#### 2.2.1.5 Inicio y desarrollo de la tartamudez

Según Biain (2017:84) la tartamudez es un desorden que se va desarrollando, por tal motivo se requiere conocimientos desde los inicios de esta dificultad hasta su establecimiento. En esta progresión del desarrollo, Biain (2017: 69) y Guitar (2014: 113-119) postulan que la tartamudez se inicia con disfluencias llamadas comunes o normales en los niños pequeños, para luego evolucionar a una tartamudez propiamente dicha, es decir, se entendería como un proceso cuyos síntomas van variando de nivel a nivel donde cada una de ellas tendría características propias. Gregory (2003:1) indica que el lenguaje y la precisión articuladora se van adquiriendo al mismo tiempo que se dan los cambios en la forma en que fluyen los sonidos, sílabas y palabras en el habla del niño.

Pasaremos a detallar las características de las disfluencias por edades según Guitar (2014: 113-119):

- En un inicio el niño presentaría un máximo de 10% en 100 palabras de disfluencias comunes, los tipos de disfluencias usuales son las interjecciones, revisiones y repeticiones de palabras; a partir de los 3 años disminuyen las repeticiones de las partes de palabras.
- Hasta los 3 años y medio se observarían más repeticiones de frases y prolongaciones de sonidos que revisiones y frases incompletas. Se presentan repeticiones de palabras monosilábicas o parte de palabras (dos o menos repeticiones por vez, sin tensión). Las disfluencias son relajadas y es raro que el niño reaccione a estas disfluencias.
- A partir de los 3 años y medio, es decir, los niños de edad pre escolar, según Guitar (2014:124) presentan signos de tensión muscular. Las repeticiones son rápidas e irregulares con terminaciones abruptas en cada palabra. Los bloqueos se dan a veces cuando el niño no puede comenzar una palabra por la tensión en la musculatura relacionada al habla. El aumento de tono puede estar presente en el final de una repetición o prolongación. En ocasiones se dan comportamientos de escape como los parpadeos, movimientos de cabeza, y emisión de sonidos llamadas vacilaciones. Los niños con tartamudez saben de su dificultad y de la frustración, pero no presentan sentimientos negativos sobre ellos mismos durante el habla.
- A los 6 a 13 años son frecuentes los bloqueos (sin sonido o voz) y/o repeticiones y prolongaciones. Además, los comportamientos de escape



para evadir los bloqueos. Se dan comportamientos de evasión y sentimientos como el miedo y la vergüenza.

- De los 14 años a más se da con frecuencia bloqueos con tensión, temblor de los labios, lengua, o mandíbula. Comportamientos de evasión y escape sin conciencia de ello. Fuertes emociones de miedo y vergüenza acompañados de sentimientos negativos sobre sí mismos.

Fernández - Zúñiga (2011:1-6) agrega que el desarrollo de la tartamudez tiene su aparición entre los 2 años 6 meses y los 4 años, momento de gran expansión del lenguaje, siendo la intervención terapéutica poco generalizada a ésta edad pues existe la idea de que hay que esperar a los 4 años. Cerca del 90 % de los casos aparece hacia los 4 años, y entre los 3 y los 4 años se encuentra el mayor riesgo para tartamudear. Sobre la tartamudez del desarrollo, Andrade (2012:6) refiere que el rango de edad de aparición se da desde los 18 meses a los 7 años, pudiendo ocurrir hasta los 12 años durante la fase de adquisición de lenguaje.

En conclusión, Salgado (2008: 55) refuerza la idea de que en el desarrollo de la tartamudez existen diferencias individuales y se da en diferentes momentos o fases, siendo más útil describir las características del problema en el momento de la evaluación que determinar en qué fase se encuentra.

#### 2.2.1.6 Naturaleza de la tartamudez

En esta sección describiremos los factores constitucionales de la tartamudez. Los principales son los biológicos, los factores sensoriales y el control

sensorio motor, los factores lingüísticos y los factores emocionales. Por último, explicaremos la relación entre los factores de desarrollo, ambientales y de aprendizaje con el habla fluente.

- Factores Biológicos: Guitar (2014:22-40) menciona que se puede estudiar en dos áreas definidas, como factores hereditarios y los de la estructura y función del cerebro.

El factor hereditario toma en cuenta los estudios realizados en familias, en gemelos, en niños adoptados, en la genética y los factores congénitos dados en la primera infancia. Con respecto a los factores hereditarios, ellos indican que la tartamudez puede ser transmitida genéticamente por uno o ambos padres que tengan alguna predisposición hacia el disturbio. Sin embargo, la herencia genética tiene diferentes efectos según el ambiente en el que se desenvuelva el niño, es decir que, para muchas personas, la tartamudez es parcialmente heredada. Con respecto a las investigaciones con familias se puede resumir en dos evidencias, por un lado, la existencia de una predisposición genética en personas que tartamudean y que los hombres tienen mayor riesgo de desarrollar tartamudez persistente que las mujeres, ellas serían más resistentes y se recuperarían más fácilmente de una tartamudez persistente. En las investigaciones con gemelos idénticos y mellizos encontraron que al menos el 75% de la tartamudez está relacionada a los genes y el otro 25% al medio ambiente, es decir los genes no actúan solos, el ambiente debe interactuar con los genes para producir la tartamudez. Salgado (2008: 73) añade que no solo se hereda la predisposición a la tartamudez sino también la recuperación o persistencia de ella. En lo relacionado a los genes, se han identificado 7 cromosomas

relacionados a la tartamudez; el 1, 7, 9, 12, 13,15, 16 y 18. La persistencia estaría asociada al cromosoma 5, la recuperación al cromosoma 9. El gen 12 puede mostrar 3 mutaciones genéticas, una de ellas relacionada el control motor y la regulación emocional. Por otro lado, tenemos a los factores congénitos como infecciones, anoxia al nacer, cirugías, cirugía al cerebro, parálisis cerebral, retraso leve y miedo intenso.

En cuanto a la estructura y función cerebral, las investigaciones señalan que hay muchas regiones del cerebro que se encuentran involucradas en el habla fluida y que comprometen estructuras corticales y subcorticales. Se ha demostrado diferencias entre el cerebro de las personas que tartamudean y las personas fluentes ya sea en términos estructurales como también a nivel funcional. Varios estudios han encontrado la disminución de la materia blanca en el hemisferio izquierdo, las cuales apuntan a la deficiencia en la mielinización y la organización de las fibras en las regiones que conectan el área temporal y frontal, también encontraron alteraciones a nivel del cuerpo calloso que pueden permitir la interferencia del hemisferio derecho en tareas del hemisferio izquierdo, como es el caso del habla. Estos hallazgos refuerzan la idea de que las áreas motoras del habla y el córtex auditivo no están conectadas de una forma adecuada (Chang 2011: 1-8).

- Factores sensoriales y sensorio motor: nos referimos al procesamiento sensorial es decir a cómo las personas procesan los estímulos auditivos, visuales y táctiles y además del control sensorio motor del habla para producirla de manera suave con una secuencia y velocidad adecuada. El habla de la persona con tartamudez se daría por una ruptura temporal en la programación de los

movimientos musculares coordinados; es decir, incluye tanto la estimulación sensorial auditiva, así como la respuesta motora.

Con respecto al procesamiento sensorial, los hallazgos más importantes se pueden resumir en que las personas con tartamudez se diferencian de las que no presentan tartamudez en: pobre procesamiento auditivo central, las ondas cerebrales pueden ser más largas y de menor amplitud cuando son estimulados lingüísticamente; en los estudios de escucha dicótica se han encontrado que las personas que tartamudean presentan menor respuesta del oído derecho en comparación con las personas que no tartamudean (quienes usualmente tienen mayor habilidad de respuesta en el oído derecho ante estímulos lingüísticos).

En cuanto al control sensorio motor también se encontraron diferencias; por ejemplo, existe un déficit del control motor sensorial en las personas con tartamudez que puede afectar la disminución del tiempo de reacción (dar una respuesta motora ante un estímulo visual), el discurso es más lento durante los tiempos de fluidez y presentan un control motor del habla inestable. Biain (2017:46) concluye que las personas que tartamudean presentan deficiencias en integrar información sensorial y de control motor.

- Factor emocional: las emociones son un factor etiológico importante que desencadena el inicio del tartamudeo e influye en su tratamiento. Dentro de este factor se contempla la ansiedad. Existe una idea errónea de que las personas que tartamudean son ansiosas, Bloodstein y Ratner en el 2008 (citado en Guitar 2014:37) no encontraron diferencias significativas en la ansiedad de personas que tartamudean con hablantes fluentes. En relación al temperamento y tartamudez

podrá ser caracterizado por las diferencias individuales con relación a la reactividad (respuesta motora y/o emocional a un estímulo) y autorregulación (proceso que aumenta o disminuye la reactividad) de la persona. El temperamento sería un factor de riesgo para la cronicidad de la tartamudez. Otra dimensión concerniente al factor emocional es el miedo o frustración, Gray en 1987 (citado por Guitar 2014:37-38) propone que cuando un individuo experimenta dichas emociones, su cerebro puede desencadenar distintas formas de comportamiento como el congelamiento, donde hay un punto de gran tensión y parálisis muscular incluso en los músculos de la laringe; fuga o evitación y es posible que estos comportamientos se puedan manifestar en el habla, ya sea en forma de bloqueos, repeticiones de sonidos y prolongaciones, asimismo pueden presentar comportamientos de escape y evitación.

- Factores de desarrollo del habla y lenguaje: Guitar (2014:61-87) cita varias investigaciones que se relacionan con el habla, lenguaje y la tartamudez. El estudio de Coolburn & Mysack en 1982 sugieren que las disfluencias normales de los niños no emergen cuando ellos están adquiriendo su lenguaje sino cuando ellos se vuelven más expertos en él. La investigación de Wijnen en 1990 concluye que inicialmente las disfluencias comunes se distribuyen al azar, luego se agrupan en palabras funcionales y en las primeras palabras de las oraciones, para finalmente declinar. Esta declinación de las disfluencias está asociada con el desarrollo de la longitud de sus oraciones. Yairi y Ambrose en el 2005 señalan que cuando la tartamudez comienza antes de los 3 años, su aparición coincide con avances cualitativos y cuantitativos en la articulación, fonología, morfología y sintaxis del

niño. Como con otros factores de desarrollo, no creen que las demandas del desarrollo del habla y el lenguaje causen tartamudez, pero si pueden ser un factor desencadenante. La tarea de la producción de habla y lenguaje es un reto para el niño fluente como para el no fluente. Las disfluencias comunes se incrementan entre los 2 y 4 años, teniendo sus picos más altos cuando tiene la tarea de producir oraciones largas y complejas; por ello, los niños que están predispuestos a tartamudear por factores genéticos tienden a empezar durante este mismo periodo. El lenguaje y habla de un niño pequeño va desarrollándose en tareas cada vez más complejas tanto en vocabulario, sintaxis y prosodia. Estas tareas son diferentes y se interconectan mediante redes neurales que todavía no se encuentran maduras y que pueden interferirse entre ellas. Las hesitaciones, pausas y repeticiones en el habla normal de un niño que está aprendiendo a hablar con oraciones sería el equivalente a las paradas y confusiones que el niño muestra cuando tiene que desarrollar tareas simultáneas que se interfieren una con otras.

Los estudios de Chang (citado por Leal, Junqueira y Escobar 2015:1-6) sugieren que las áreas utilizadas por el cerebro para la planificación articulatoria, retroalimentación auditiva y ejecución motora están afectadas en los niños. Los estudios de Yairi y Ambrose informaron que más del 50% de su muestra (niños que tartamudean) inició la tartamudez durante el aumento repentino del lenguaje (Guitar 2014:35).

Por otro lado, en opinión de Salgado (2008: 84-85) los niños con tartamudez presentarían retraso de lenguaje, articulación y lectoescritura; esto se verificaría en una producción de frases cortas y menos elaboradas que los niños que no tartamudean. A su vez añade que los niños que tartamudean presentan una mayor

frecuencia de dificultades en los componentes fonológicos, léxicos y sintácticos del lenguaje.

- Factor Ambiental: el surgimiento de la tartamudez está relacionado a causas biológicas de los niños, los cuales pueden encontrar en el ambiente un desencadenante que puede mantener o agravar el problema. La ansiedad y la tensión que los padres ponen en el niño, hacen que este al intentar mejorar la fluidez en el discurso acabe por hacer que el discurso sea más tenso y con un aumento de la tartamudez según la demanda que ejerzan en el niño.

- Aprendizaje: la tartamudez proporciona experiencias negativas en los niños, un estímulo neutro, como solicitar un helado en un restaurante, puede asociarse a momentos de tartamudez y tensión. Ello puede conducir a la aparición de sentimientos como el miedo y la vergüenza; los mismos que pueden generar una mayor tensión en los músculos de la laringe y consecuentemente una tartamudez más compleja. La repetición de las experiencias negativas en diferentes situaciones y con diferentes palabras puede dar lugar al incremento del temor. Estas experiencias se dan en momentos específicos (hablar por teléfono, presentar un trabajo, etc.) y terminan por originar un condicionamiento ante estas situaciones.

#### 2.2.1.7 Abordajes terapéuticos de la tartamudez

Oliveira (Rocha, 2007:107-131) precisa que el objetivo de la terapia fonoaudiológica en tartamudez infantil es promover la fluidez por medio de la reeducación de manifestaciones clínicas, cuantitativas y cualitativas, previniendo el

desarrollo de comportamientos de tartamudez más avanzados. En el mismo sentido, añade que, tanto para el diagnóstico como para la práctica fonoaudiológica se tienen que tener en consideración las múltiples dimensiones de la tartamudez, dicho de otro modo, la tartamudez es un desorden multifactorial y éstos factores se van a relacionar entre sí, influenciando a la persona que tartamudea, tanto en sí misma como en sus relaciones sociales. Por ello, éstos aspectos deben de ser considerados tanto en la evaluación como en la terapia para poder trabajarlos efectivamente y que no perjudiquen sus resultados (Giacheti 2013:337-341). En conclusión, el desarrollo del plan de intervención será diferenciado, de acuerdo a los factores encontrados en la evaluación de la persona que tartamudea, resaltando que el número de sesiones semanales de la terapia y el énfasis en cada abordaje y estrategias variarán de acuerdo a las necesidades individuales. Con respecto al tiempo de intervención Gregory (2003:183) manifiesta que pueden tomar de ocho a doce meses para evidenciar sus avances, sin embargo, un 5% de los niños pueden presentar problemas persistentes que requieran mayor consejería familiar, asesoramiento psicoeducativo y/o terapia de habla y lenguaje.

En las primeras etapas de desarrollo del niño, Gregory (2003:146) amplía este concepto refiriendo que, además de contemplar en el tratamiento los patrones de fluidez se deben de tener en cuenta los problemas asociados, es decir dificultades en el habla, lenguaje y comportamiento. Todo ello determinará la categoría diagnóstica de tartamudez con su correspondiente estrategia a seguir.

Dentro de estas estrategias podemos encontrar abordajes usados actualmente para el tratamiento de la tartamudez. Oliveira (Giacheti: 2013:350-



351) refiere que los principales son la terapia de modelamiento de la fluidez modificación de la tartamudez y la terapia integrada. En líneas generales, esta autora (Rocha 2007:116) las resume de la siguiente manera: el modelamiento tiene como objetivo aumentar sistemáticamente el habla fluida por medio de modificaciones en las oraciones mediante la reducción de la velocidad del habla y la suavización de los movimientos articulatorios a través del monitoreo de la actividad motora. La terapia de modificación de la tartamudez consiste en cambiar sus momentos de disfluencias a través de técnicas como la reducción de la tensión en el momento del habla reemplazándola por un habla más relajada. La terapia integrada trabaja dos aspectos, tanto el modelamiento del patrón del habla como la modificación de ella en momentos disfluentes.

Autoridades en el tema, como Guitar (2014:230-249), Biain (2017:77-84), Oliveira (Giacheti 2013: 351) y Gregory (2003:165-185) describen las estrategias más apropiadas, relacionándolas según el desarrollo de las disfluencias en los niños:

- Disfluencias comunes que pueden presentarse entre el año y medio hasta los 6 años, lo recomendado es la consejería preventiva a los padres y/o familiares.
- Tartamudez límite en pre escolares menores, entre un 1 año y medio a los 3 años 5 meses, con o sin complicaciones en habla, lenguaje o comportamiento, se recomienda trabajar un abordaje de modelamiento a través de técnicas para la reducción de la velocidad del habla, inicios suaves y alargamiento de las palabras o “phrasing”. Asimismo, orientar

a los padres con respecto a la interacción comunicativa. Por último, la transferencia y el mantenimiento de la fluidez.

- Inicio de tartamudez en preescolares mayores 3 años 5 meses hasta los 6 años, con o sin complicaciones en habla, lenguaje o comportamiento. Se sugiere el uso de una terapia integral con la participación de los padres y el niño. Se desarrollará bajo un abordaje de modelamiento del discurso pausado, fácil y relajado con técnicas como el inicio fácil de habla con transiciones suaves entre los sonidos entre las palabras y dentro de las palabras y entre palabras dentro de las frases. Habla pausada con velocidad más lenta que lo normal en un inicio para llamar la atención del niño para luego ser normalizado, asimismo conforme el proceso de intervención avanza se modelará un habla con inflexiones y volumen apropiados adicionando reforzadores verbales. Posteriormente, se trabajará el apoyo en la generalización y transferencia de las habilidades de fluidez de manera sistemática a través de respuestas jerarquizadas con respecto al incremento en el largo y complejidad de las oraciones y al aumento progresivo del abordaje de modelamiento que va desde condiciones de modelamiento inmediato, demorado, modelado intermedio hasta una condición sin el modelamiento del terapeuta. Aunado a lo anterior, se incrementarán variables como cambiar de temas de interés, de ubicación de la sesión y el número de personas que puedan intervenir en nuevas situaciones de comunicación. En algunos casos se puede trabajar bajo el abordaje de modificación de la tartamudez con técnicas de cancelación, pull out, preparatory set y estabilización de la

fluidez. Todo ello debe llevarse a cabo de manera sistemática, así como con flexibilidad ya que el niño puede ser inconsistente en sus respuestas dado que está en una etapa de desarrollo de sus habilidades de habla, lenguaje, sociales y motoras.

- En la Tartamudez intermedia (escolares entre los 6 a 13 años) Biain (2017:130-133) indica que el objetivo de la terapia es modificar la tartamudez logrando que tartamudee más cómodamente y orientar a los padres para que tengan expectativas reales acerca de la intermitencia de la tartamudez de su hijo. El trabajo con la maestra será enseñarle a brindar un ambiente para afianzar los conceptos de aceptación y diferencias, disminuyendo las burlas, mejorando la autoestima y la comodidad del niño con su tartamudez. Si el niño empieza a desarrollar conductas negativas frente a su tartamudez se volverá más introvertido y tendrá menos confianza para comunicarse con la maestra y/o sus compañeros de clase, según Starkweather (citado por Biain 2017:132) puede llegar hasta la depresión. El rol de fonoaudiólogo en esta etapa es que el niño aprenda a tartamudear mejor mediante el modelado, la practica negativa, inicios suaves de los sonidos, la fonación continua, el contacto visual, pull out, pausas, transferencia y manutención de la fluidez.
- Tartamudez avanzada (en adolescentes y adultos de 14 años a más), el procedimiento será la terapia integrada con técnicas de conocimiento y confrontación hacia la tartamudez, reducción de los sentimientos y actitudes negativas y eliminación de evitaciones. Se utilizan los dos

abordajes, el de modelado y modificación, así como la transferencia y mantenimiento de la fluidez.

Sobre la consejería a los padres, Gregory (2003:147-164) comenta que, en el programa terapéutico de los niños, el objetivo principal será el apoyo en el desarrollo de las habilidades de la fluidez de su hijo. Su participación debe ser activa en las sesiones individuales permitiendo que comprendan el proceso de tratamiento y reciban una retroalimentación del progreso de su niño. El primer paso es describir el problema de tartamudez encontrado en la evaluación, tanto por factores del mismo niño como del ambiente que puedan estar contribuyendo al problema. Luego, se proveerá información sobre el desarrollo de la fluidez y tartamudez, así podrán identificar los tipos de disfluencias y los episodios de tartamudez que evidencie el niño en el hogar. Posteriormente, se hará énfasis en el aprendizaje de estilos de comunicación apropiados, entre ellos aprender a escuchar activamente cuando su niño hable, respetar turnos conversacionales, realizar pausas después de preguntas o entre comentarios, evitar interrupciones verbales, hablar más despacio y saber reforzar el habla de su niño. Asimismo, se enseñará a identificar factores interpersonales estresantes y su potencial influencia para afectar la fluidez de su hijo con el objetivo de aprender a manejarlas mejor y reducirlas. Ello se hará a través de proporcionar momentos de calidad con interacciones confortables con el niño, evitar cambios excesivos en la rutina en los periodos de incremento de la tartamudez, proveer momentos de silencio, reducir el número de actividades en el día y mantener horarios establecidos de alimentación y sueño.

Con respecto a la intervención en tartamudez infantil, Yaruss (2017: 183-221) y Oliveira (Giacheti 2013:351-353) propone los siguientes objetivos a trabajar:

- Trabajar con los padres.
- Motivar al niño para aumentar su colaboración hacia un habla fluente.
- Explicar la anatomía y fisiología del habla para aumentar la conciencia de cómo se produce.
- Aprender a usar técnicas para promover la fluidez que involucren parámetros de tiempo y tensión (velocidad de habla, número y longitud del uso de pausas, el ritmo de las interacciones, la cantidad de presión de tiempo que un niño experimenta mientras habla, la relajación de la tensión corporal durante el habla, entre otros).
- En niños con autoconocimiento de su tartamudez se debe trabajar el reducir los sentimientos y actitudes negativas y la eliminación de las evitaciones.
- Transferir y mantener la fluidez en las sesiones de terapia a otros ambientes como el entorno familiar.

En lo referente a las técnicas usadas en la intervención en niños con tartamudez Oliveira (Rocha 2007:121-124), Yaruss (2017:195-204) y Guitar (2014:261-275) describen las siguientes:

- Para la mejora del ritmo de las comunicaciones se usarán analogías no verbales para introducir conceptos de “mucho, poco y al medio” para luego ser aplicado al habla. Con respecto a las tasas de habla, se usarán conceptos de “muy rápido, muy lento y al medio” para enseñar la idea de velocidad del habla.

- Para trabajar los conceptos relacionados a la tensión física al hablar se usarán analogías no verbales referentes a los conceptos de “apretado, suelto y al medio de ellos” relacionándolos a tensión de los músculos del habla. Luego practicar el incremento de la tensión y su disminución y una tensión media al hablar.
- Introducir la práctica del “habla fácil”, es decir pausas, silencios y ritmo al hablar que proporcione un habla suave y estable.
- Alargar los sonidos del habla a través del prolongamiento relajado de las vocales de cada sílaba. Así como aumentar el tiempo y el número de pausas para reducir la tasa de locución.
- Uso de la técnica de “Inicios de habla sin tensión” relajando las vocales o consonantes para empezar a hablar.
- Producir sonidos con contactos articulatorios suaves.
- La técnica de la continuidad o “phrasing”, que favorece la transición suave de las palabras.

Oliveira (Rocha 2007:122) y Guitar (2014: 255) recomiendan promover un habla natural y un trabajo terapéutico jerarquizado, es decir aumentando gradualmente la complejidad lingüística y el tamaño de las emisiones (de pequeñas y simples hasta más largas y complejas) durante las sesiones terapéuticas.

En relación al tratamiento en tartamudez en niños que presentan asociados otros problemas de habla y lenguaje, Guitar (2014:262) recomienda estabilizar primero la fluidez si es que la dificultad de lenguaje es leve y no

interfiere con la inteligibilidad del habla. Si es que el problema interfiere con la inteligibilidad del habla, se trabajará primero habla, ya que puede añadir tensión al niño al no ser entendido. Se trabajará la producción de los sonidos integrándolos al habla fácil. Los problemas fonológicos se pueden trabajar a la vez que la fluidez, dando modelos de fonemas a través de la estimulación auditiva y las oportunidades de mejora de la producción. Si el lenguaje es el problema, se inicia el tratamiento con un entrenamiento en la comprensión, luego en la sintaxis dentro de un marco jerárquico lingüístico usando un habla relajada y fácil.

Cabe añadir que Leal, Guitart y Bohnen indican que el retraso en el lenguaje, empeora el pronóstico de recuperación de la tartamudez (2016:280). Por su parte, Yaruss (2017:208) reafirma que independientemente de la prevalencia de la ocurrencia de tartamudez y otros problemas en el habla y lenguaje, la presencia de éstos en un niño puede afectar el tratamiento o requerir tratamientos más largos.

### 2.3 Definición de términos básicos

Andrade define los siguientes conceptos (2012:107-110)

- Habla: función altamente automatizada que hace que los componentes de la producción (del sistema central y periférico) trabajen de manera paralela, ininterrumpida y temporal.
- Fluidez: flujo continuo y suave de la producción del habla.
- Tartamudez: ruptura involuntaria del flujo del habla, no posible de recuperación automática.
- Tartamudez del desarrollo: tartamudez que se inicia en la infancia (en

general entre los 18 meses a 7 años) durante la fase de adquisición y desarrollo del lenguaje.

- Disfluencia: ruptura involuntaria del flujo de habla común en todos los hablantes en mayor o menor grado (Guitar 2014:4).
- Disfluencias comunes: (Andrade 2014:28) rupturas de los hablantes que reflejan imprecisión lingüística con el objetivo de ampliar la comprensión del mensaje.
  - a) Hesitaciones: intervalo de silencio de un segundo a dos y parece que la persona está buscando la palabra.
  - b) Interjecciones: inclusión de sonidos, palabras o frases sin sentido o irrelevantes en el mensaje
  - c) Revisión: cambio en el contenido, en la forma gramatical del mensaje o en la pronunciación de una palabra.
  - d) Palabra no terminada: palabra que no llega a ser producida en su totalidad y no se completa. Usualmente es seguida de una revisión.
  - e) Repetición de palabra: repetición de una palabra entera, incluyendo monosílabos, preposiciones y conjunciones.
  - f) Repetición de segmento: repetición de por lo menos dos palabras completas en el mensaje.
  - g) Repetición de frase: repetición de una frase completa ya expresada. Andrade (2004:53)
- Disfluencias tartamudeadas: son rupturas involuntarias de la fluidez del habla con alta frecuencia y/o duración Guitar (2014:7-9). Estas pueden ser:



- a) Prolongación: el sonido o aire continúa a la vez que se detiene el movimiento de la articulación.
- b) Bloqueo: pare inapropiado del flujo de aire o voz y frecuentemente de los movimientos de los órganos fonoarticuladores.

Andrade (2004:53-54) define las siguientes disfluencias tartamudeadas:

- c) Repetición de sílabas: repetición de una sílaba entera de una parte de la palabra.
  - d) Repetición de sonido: repetición de un fonema o de un diptongo que compone la palabra.
  - e) Pausas: interrupción del flujo del habla por el rompimiento temporal de la secuencia para realizar la conexión de los elementos (más de 2 segundos). Puede o no estar asociado a características cualitativas.
- Velocidad del habla: es la percepción de cómo habla una persona (lento, medio o rápido). Los valores de velocidad del habla varían de acuerdo a la comunidad sociolingüística (Castro y Manrique 2013:36).

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

Esta investigación incorpora ambos métodos, el cuantitativo y el cualitativo, los cuales implican un proceso de indagación, recolección y análisis de datos, integrándolos para producir inferencias de toda la información y entender de manera más profunda el fenómeno de estudio. (Hernández, Fernández y Baptista 2014:534)

##### 3.1.1 Tipo de investigación

Nuestra investigación es de tipo mixta (Hernández, Fernández y Baptista 2014:536) por la naturaleza compleja del fenómeno de estudio, la tartamudez. La integración de ambos métodos ofrece ventajas. Desde el enfoque cuantitativo la recolección de datos se realiza a través de instrumentos específicos; desde el enfoque cualitativo, se analiza de manera profunda cada caso de estudio.

Por el número de casos y su objeto de análisis nuestra investigación es un estudio de casos de tipo múltiples. Según Stake (citado por Hernández, Fernández y Baptista 2014:8 cd) esta variante se caracteriza porque en primera instancia se evalúa cada uno en forma individual y a continuación se establecen tendencias y comparaciones.

### 3.1.2 Diseño de investigación.

La investigación ha desarrollado un diseño de casos mixtos en su variante integración completa ya que se mezclan los métodos cuantitativos y cualitativos (Hernández, Fernández y Baptista 2014:27 cd).

A continuación, se muestran las fases del diseño de investigación en la tabla 1.

Tabla 1  
***Fases de la Investigación***

Períodos	Denominación	Descripción y/o actividades desarrolladas
1ª FASE PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- Consulta bibliográfica. - Análisis de los antecedentes de la investigación.	
2ª FASE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	- Muestra: Intencional Caso 1 (SOS) Caso 2 (VHJ) Caso 3 (ARC) Caso 4 ( FAS)	
3ª FASE EVALUACIÓN INICIAL	-Observación -Entrevistas  -Técnica Psicométrica (pre-test)  -Despistaje de Lenguaje	-Registro del habla. -Historia Clínica de Tartamudez.  -Protocolo del Perfil de la Fluidez del Habla. -Protocolo de Riesgo para la Tartamudez del Desarrollo. -Instrumento de Severidad de la Tartamudez-SSI 3.  -Plon-R. Prueba de lenguaje Oral Navarra-Revisada.

4ª FASE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS PARA EL DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN	- Diagnóstico	-Análisis cuantitativo y cualitativo de los datos recogidos.  -Informe inicial.
5ª FASE INTERVENCIÓN	-Plan de Intervención. -Fase experimental (Aplicación de la variable independiente “X”)	-Elaboración y ejecución del plan de intervención.
6ª FASE EVALUACIÓN FINAL	- Observación  - Técnica Psicométrica (post-test)  - Diagnóstico	-Registro del habla.  -Protocolo del Perfil de la Fluidez del Habla. -Protocolo de Riesgo para la Tartamudez del Desarrollo. -Instrumento de Severidad de la Tartamudez-SSI 3.  -Análisis cuantitativo y cualitativo de los datos recogidos.  -Informe final.
7ª FASE ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES	-Resultados  -Conclusiones	-Resultados presentados en tablas. -Reflexión y análisis de los resultados obtenidos en el programa de intervención.  -Elaboración de conclusiones y recomendaciones

### 3.2 Población y muestra

Para la realización del estudio, se seleccionó a 4 niños y se les aplicó las pruebas para evaluar la tartamudez del desarrollo. Luego, se procedió a categorizar y diagnosticar el trastorno en cada uno de los casos. La muestra fue elegida teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: edad (4 a 6 años), lengua materna, escolarizado, diagnóstico de tartamudez del desarrollo, consentimiento de los padres (firma del formato de consentimiento) y grado severidad de moderado a severo con una puntuación mínima de 17. (Anexos 1, 2, 3,4,5 y 7)

- Criterios de exclusión: anomalías estructurales de los órganos fonarticulatorios, discapacidad motora, síndromes genéticos.

Los participantes fueron elegidos por su diagnóstico y edad.

### 3.3 Definición y operacionalización de variables

- Las variables que se analizaron en la investigación son:

Variable dependiente: Tartamudez

Variable independiente: Intervención en tartamudez

- Operacionalización de variables

Tabla 2

#### *Operacionalización de variables*

Variabes	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores
Tartamudez	Disfluencias comunes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacilaciones</li> <li>- Interjecciones</li> <li>- Revisiones</li> <li>- Palabra no terminada</li> <li>- Repetición de palabras</li> <li>- Repetición de parte de enunciado</li> <li>- Repetición de frases</li> </ul>	Frecuencia o número de veces que se observa las disfluencias comunes
	Disfluencias tartamudeadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repetición de sílabas</li> <li>- Repetición de sonidos</li> <li>- Prolongamientos</li> <li>- Bloqueos</li> <li>- Pausas</li> <li>- Intrusión de sonidos</li> </ul>	Frecuencia o número de veces que se observa las disfluencias tartamudeadas
Intervención en tartamudez	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento de la producción del habla.</li> <li>- Modelamiento del habla reduciendo la velocidad, suavizando los movimientos articulatorios y promoviendo las transiciones suaves entre las palabras y frases.</li> </ul>		

### 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- a. Técnicas: se usó la técnica de la observación sistemática dentro de la evaluación del niño. Se utilizó además la entrevista, realizada a los padres de familia y la técnica de la revisión documental, la que consistió en el análisis de las transcripciones de las muestras de habla grabadas en videos de la sesión de evaluación como los videos caseros. Posteriormente, se hizo uso de la técnica psicométrica ya que se evaluó con pruebas estandarizadas para la medición de la sintomatología de la tartamudez del desarrollo.
- b. Instrumentos: Los instrumentos utilizados fueron el Protocolo del Perfil de la Fluidez del Habla (tabla 3), Protocolo de Riesgo para la Tartamudez de Desarrollo (tabla 4) y el Instrumento de Severidad de la Tartamudez (Stuttering Severity Instrument SSI-3) (tabla 5). Estos se administraron de manera individual.

Tabla 3

***Ficha técnica del Protocolo del perfil de la fluidez del habla***

Nombre	:	Protocolo del perfil de la fluidez del habla
Autores	:	C. Andrade
Año de Publicación	:	2004
Lugar de Procedencia	:	Brasil
Ámbito de Aplicación	:	De pre escolares hasta adultos (2-99 años )
Aplicación	:	Individual
Duración	:	De 3 a 20 min. aproximadamente
Finalidad	:	Obtener el Perfil de la Fluidez del Habla.
Material	:	Protocolo y video grabadora.

La validez del Protocolo del perfil de la fluidez del habla se da de los datos obtenidos de los análisis de las muestras de habla las cuales fueron sometidas a tratamientos estadísticos como intervalo de confianza y ANOVA.

La confiabilidad se estableció mediante el alfa de Cronbach. El coeficiente de confiabilidad utilizado fue del 0,05 que representa la curva de normalidad estándar.

Tabla 4

***Ficha técnica del Protocolo de riesgo para la tartamudez de desarrollo***

Nombre	:	Protocolo De Risco para a Gagueira do desenvolvimento (PRGD)
Autores	:	C. Andrade
Año de Publicación	:	2012
Lugar de Procedencia	:	Brasil
Ámbito de Aplicación	:	Niños de 2-12 años
Aplicación	:	Individual
Duración	:	20 minutos aproximadamente
Finalidad	:	Obtener datos direccionados a investigar los factores de riesgo para la tartamudez de desarrollo.
Material	:	Manual y protocolo

La validez de Protocolo de Riesgo para la tartamudez de desarrollo se realizó haciendo una comparación de cada grado de riesgo. (bajo riesgo, riesgo y alto riesgo) utilizando el análisis de varianza ANOVA y para las múltiples comparaciones se utilizó el Test de Tukey.

Tabla 5

***Ficha técnica de la Prueba de la severidad de la tartamudez (SSI-3)***

Nombre	:	Stuttering Severity Instrument (SSI-3)
Autores	:	Glyndon D. Riley
Año de Publicación	:	1994
Lugar de Procedencia	:	Estados Unidos
Ámbito de Aplicación	:	Desde pre escolares hasta adultos
Aplicación	:	Individual
Duración	:	30 minutos aproximadamente
Finalidad	:	Atribuir el grado de gravedad de la Tartamudez
Material	:	Manual y protocolo.

La confiabilidad de la Prueba de la severidad de la tartamudez se realizó a través del criterio de jueces y la validez se obtuvo de la medida de la frecuencia (porcentajes de sílabas o palabras tartamudeadas) relacionándolas con tres niveles de edad pre escolares, escolares y adultos. Las correlaciones fueron estadísticamente significativas.

### 3. 5 Procedimiento metodológico

#### a. Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó a los padres de familia de cada niño enviar un video casero donde mantenían una interacción comunicativa con su hijo a partir del relato de un suceso, este video nos proporciona una muestra de habla espontánea en donde expresa sus sentimientos mediante un código lingüístico (fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático). Debido a que la tartamudez es altamente variable, las muestras de habla son recomendables ya que evalúa el habla del niño en diferentes situaciones, como lo es la sesión de evaluación y los ambientes familiares (Gregory 2003:107).

La metodología indica que, a partir de una situación de juego, los padres estimulen el habla dialogando y evitando preguntas directivas (Andrade 2004:52), con este mismo procedimiento se obtuvo la muestra de habla en la sesión de evaluación. Esta se transcribió literalmente en su totalidad identificando y sumando el número de ocurrencias de las tipologías de las disfluencias, luego se obtuvo la puntuación del flujo de palabras y sílabas por minuto cronometrando el tiempo total de la muestra. Por último, se sacó el porcentaje de discontinuidad del habla y de las disfluencias tartamudeadas. (Anexo 6)

Inmediatamente se procedió a aplicar el protocolo de riesgo para la tartamudez de desarrollo, formulando las preguntas correspondientes a los padres. El grado de riesgo (bajo riesgo, riesgo y alto riesgo) se obtuvo de la columna con mayor número de puntos. (Anexo 8)

Luego, basándonos en las puntuaciones del porcentaje de disfluencias tartamudeadas del Protocolo del Perfil de Fluidez del Habla se obtuvo la puntuación



de la frecuencia. El puntaje de duración de las disfluencias tartamudeadas se obtuvo de promediar las 3 mayores disfluencias dividiéndolas entre 3. El puntaje de los concomitantes físicos se consiguió mediante la sumatoria de las puntuaciones que se dan a las manifestaciones físicas observables. Para hallar el grado de severidad se suman las puntuaciones de la frecuencia, duración y de los concomitantes físicos y se busca en la tabla que corresponde a la edad de la persona. (Anexo 7)

#### b. Análisis de datos cualitativos

Se utilizó el análisis cualitativo para la descripción de las manifestaciones que acompañan al trastorno en cada caso. De la muestra de habla del niño se obtuvo información del tono y volumen de la voz y una descripción de los movimientos corporales durante las disfluencias.

Para un mejor conocimiento de aspectos relacionados al área de lenguaje del niño, se consideró la evaluación realizada por esta especialidad; la cual se expondrán los resultados en el estudio de cada caso.

Luego se elaboró el informe de evaluación inicial tomando en cuenta los resultados de la observación del niño, de la historia clínica y de los resultados cuantitativos y cualitativos de las pruebas aplicadas.

Se elaboró un plan de intervención con el objetivo de incrementar la fluidez en base al abordaje de modelamiento específico y adaptado para cada niño, este incluye los contenidos e indicadores (Tabla 5) a trabajar. La intervención tuvo un periodo de 3 meses de agosto a noviembre del 2018 y constó de 24 sesiones de 45 minutos cada una, además se involucró a la familia con el fin de que ellos aprendan a ser buenos modelos de comunicación. (Anexo 9, 10, 11,12

Tabla 6  
***Contenidos e Indicadores del Plan de Intervención***

<b>Área</b>	<b>Componentes</b>	<b>Aspectos</b>
Habla	Fluidez	Conocimiento de la producción del habla Disfluencias tartamudeadas Disfluencias comunes Concomitantes físicos
		Mirar a los ojos al hablar, articular bien los sonidos, hablar en volumen medio, hablar en tono medio, hablar con velocidad pausada e intervenir por turnos conversacionales.
Habilidades comunicativas		
		Aprender sobre la tartamudez. Desarrollar modelos comunicativos que favorezcan la fluidez y practicarlos en interacciones comunicativas con su hijo.
Trabajo con la familia		

Luego de la intervención se procedió a la evaluación final de la tartamudez con el mismo procedimiento que la evaluación inicial. Con ello se obtuvo la información relacionada al actual nivel de tartamudez de cada caso, mostrando el efecto del plan de tratamiento. Por último, se organizaron los resultados en tablas comparativas y gráficos. En cada una se presentó la evaluación de inicio y la evaluación final.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

#### 4.1 Presentación de resultados

La presentación de los resultados seguirá el orden siguiente: en primer lugar, describiremos los datos, antecedentes, resultados del despistaje de lenguaje, observaciones y las tablas de la Frecuencia de las Tipologías de las Disfluencias de cada caso. En segundo lugar, se presentarán los resultados obtenidos de la evaluación inicial y final en tablas y gráficos. Se detallan los resultados de acuerdo al orden de los objetivos planteados en la investigación.

##### 4.1.1 Caso n° 1 S.O.S.

###### a. Datos

Edad: 4 años 5 meses

Fecha de Nacimiento: 10 de marzo 2014

Fecha de evaluación: 21 de agosto del 2018

Sexo: Masculino

Nivel de instrucción: Inicial

Lugar de procedencia: Lima Metropolitana

b. Antecedentes

La madre comenta que el embarazo fue de alto riesgo y con amenaza de aborto. El parto fue de forma natural a los ocho meses y medio. Ha sido hospitalizado en dos oportunidades, a los 2 meses y medio por alergia a la proteína de la vaca y a los 2 años y medio por varicela y neumonía. Actualmente toma medicación para el control del Asma.

Con respecto al lenguaje, la madre refiere que el niño presentó cierto retraso para decir sus primeras palabras (entre el año y medio y los dos años). En la actualidad no produce oraciones de forma larga y ordenada como sus pares. Asimismo, el primer episodio de tartamudez de su hijo se dio después de una infección a la vista (mayo del presente año) evidenciándose disfluencias con pausas largas, alargamiento de palabras, cierre de ojos y movimientos de la mano. A la fecha han disminuido estas conductas, pero no han desaparecido. La madre comenta que el niño no tiene conciencia de su tartamudez, pero se da cuenta de sus dificultades para hablar, ante ellas algunas veces se ríe y en otras oportunidades se avergüenza. El niño lleva terapia Ocupacional y de Habla en el Hospital del Niño desde el mes de noviembre del presente año.

La madre menciona que no presentan antecedentes de tartamudez en la familia, más ella siente que en ocasiones no le salen fácilmente las palabras.

Al niño se le realizó un despistaje en el área de Lenguaje del Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL) cuyos resultados se muestran en la tabla 7.

Tabla 7  
**Resultados del despistaje de Lenguaje del Caso n° 1 S.O.S.**

Componente	Tarea	E	NM	D
Fonología	Construye palabras			x
Morfo Sintaxis	Pronombres : suya, contigo	x		
	Conectores : después, por que, la que		x	
Semántica	Reconoce el que no pertenece al conjunto	x		
	Contrarios	x		
	Expresa elementos de categorías		x	
	Define		x	
	Absurdos		x	
Pragmática	Comprende una metáfora	x		
	Ordena y relata una secuencia	x		
	Responde ante situaciones hipotéticas	x		

Leyenda:

E : En curso

NM : Necesita mejorar

D : En demora

Los resultados del despistaje de lenguaje mostraron que el niño presentó sólo un desarrollo adecuado para su edad en tareas de vocabulario. Por otro lado, los componentes fonológico y sintáctico se encuentran por debajo de su edad cronológica; igualmente, las tareas de relaciones espaciales, opuestos, reconocimientos de acciones básicas y de interacción espontánea con el interlocutor. Por ello se recomendó una evaluación especializada de los niveles de lenguaje ya que los resultados hacen presumir un mayor compromiso a nivel lingüístico.

### c. Observaciones

Durante la evaluación, el niño se mostró tímido y reservado, paulatinamente se manifestó un poco más colaborador con las actividades que se le plantearon. Durante las sesiones, en ocasiones su conducta no favoreció el

desarrollo de las actividades ya que prefería las de su interés. Es importante señalar que se percibió dificultades para producir algunos sonidos del español llegando a ser un habla ininteligible, igualmente para la comprensión de las indicaciones. Asimismo, se observó que sus periodos de atención son cortos. En el periodo de intervención el niño viajó al extranjero 10 días lo que restó continuidad al proceso. En el habla, se evidenció la presencia de tensión en la región periorbicular, cuello y lengua, tono de voz bajo, además de contacto ocular esporádico mientras se expresaba.

Tabla 8  
***Frecuencia de las Tipologías de las Disfluencias presentadas por el Caso n° 1 S.O.S. antes y después de la intervención.***

Disfluencias comunes	Frec.		Disfluencias tartamudeadas	Frec.	
	Ev.I	Ev.F		Ev.I	Ev.F
Vacilaciones	3	2	Repetición de sílabas	5	
Interjecciones	3		Repetición de sonidos		1
Revisiones	1	4	Prolongamientos	1	1
Palabra no terminada	1	1	Bloqueos	1	1
Repetición de palabras	12	2	Pausas	3	3
Repetición de parte del enunciado		1	Intrusión de sonidos o segmentos		
Repetición de frase	1				
Total	21	10	Total	10	6

En la tabla 8, con respecto a las disfluencias comunes, la frecuencia disminuyó por la reducción de las repeticiones de palabras e interjecciones; más, las revisiones aumentaron. Se observa que el niño reformula sus producciones conforme va incrementando la amplitud de sus oraciones y todavía su habla muestra incertezas lingüísticas. Con respecto a las disfluencias tartamudeadas, se observa una reducción de las repeticiones de sílabas después de la intervención. Los prolongamientos, los bloqueos y las pausas continúan presentándose aun después del tratamiento ya que presenta tensión durante el habla.

Cabe señalar que en la evaluación final se presentó una repetición de sonido, la cual no se había dado en la evaluación inicial. En general, la frecuencia de disfluencias tanto comunes como tartamudeadas disminuyeron después de la intervención. El niño evidencia dificultades de lenguaje que hace que sus mejoras sean paulatinas.

#### 4.1.2. Caso n° 2 V.H.J.

##### a. Datos

Edad: 4 años 4 meses

Fecha de nacimiento: 21 de marzo 2014

Fecha de evaluación: 25 de julio del 2018

Sexo: Masculino

Nivel de instrucción: Inicial

Lugar de procedencia: Lima Metropolitana

##### b. Antecedentes

La madre comentó que todo el embarazo tuvo que permanecer en cama debido a la placenta baja y hemorragias. El parto se dio de forma natural y el bebé presentó un Apgar de 9.

Con respecto al lenguaje sus primeras palabras fueron al año y demoró para formar sus frases hasta los tres años. Actualmente asiste a terapia de lenguaje con el Diagnóstico de Retraso Mixto del Lenguaje en “CPAL” desde junio del 2018.

La madre relató que el primer episodio de disfluencia coincidió con el nacimiento de sus cachorros y que aún persiste y se ha ido incrementando conforme

ha mejorado su lenguaje con las terapias, también observa que las disfluencias se dan con tensión en el rostro, aumento de volumen y con tendencia hacia un tono agudo. Asimismo, comenta que su hijo no tiene conciencia de su tartamudez. Igualmente refiere que hay antecedentes de tartamudez por línea paterna, los cuales presentan tartamudez persistente (primo y sobrinos del padre).

El niño fue evaluado en el área de lenguaje del Centro Peruano De Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL) e inició terapia desde mayo del presente año con una frecuencia de tres sesiones a la semana durante dos meses consecutivos, luego redujo las sesiones a dos veces por semana por iniciar tratamiento especializado en tartamudez.

Los resultados de la evaluación del lenguaje se observan en la tabla 9

Tabla 9  
***Resultados de la Evaluación de Lenguaje del Caso n° 2 V.H.J.***

Componente	Tarea	E	NM	D
Fonología	Construye palabras			x
Morfo Sintaxis	Repite frases completas		x	
	Verbaliza frases ante una lámina			x
Semántica	Vocabulario expresivo			x
	Vocabulario receptivo	x		
	Identificación de colores		x	
	Relaciones espaciales		x	
	Opuestos			x
	Acciones	x		
Pragmática	Expresión espontánea ante una lámina		x	
	Interacción espontánea	x		

Leyenda

E : En curso  
 NM : Necesita mejorar  
 D : En demora



En el caso n° 2, el niño presentó un desarrollo adecuado de los aspectos de vocabulario receptivo, reacciones básicas e interacción espontánea; sin embargo, se necesita afianzar los aspectos de construcción de palabras y frases, descripción de láminas, vocabulario expresivo y opuestos. Se sugirió continuar con Terapia de Lenguaje dado su diagnóstico de Trastorno de Lenguaje Mixto.

#### c. Observaciones

En la evaluación inicial se mostró como un niño inquieto y poco colaborador; sin embargo, realizó las actividades designadas. Durante el proceso de intervención el niño V.H.J. se manifestó poco tolerante, realizando berrinches y negándose a ejecutar las actividades propuestas en las sesiones. Durante un periodo aproximado de un mes, la madre tuvo que ausentarse debido a problemas de salud de su padre, es por ello que el niño asistió a la terapia acompañado de la nana o amigas de la madre, este acontecimiento hacia que la madre no participará de forma directa de la intervención.

En la evaluación final el niño se mostró muy colaborador y relató de forma organizada el cuento de la caperucita roja.

Tabla 10

***Frecuencia de las Tipologías de las Disfluencias presentadas por Caso n°2 V.H.J. antes y después de la intervención.***

Disfluencias comunes	Frec.		Disfluencias tartamudeadas	Frec.	
	Ev.I	Ev.F		Ev.I	Ev.F
Vacilaciones	4	1	Repetición de sílabas	1	2
Interjecciones		10	Repetición de sonidos	3	1
Revisiones	5	3	Prolongamientos	9	
Palabra no terminada	1	1	Bloqueos		3
Repetición de palabras	6	3	Pausas	1	2
Repetición de parte del enunciado	2		Intrusión de sonidos o segmentos		
Repetición de frase		1			
Total	18	19	Total	14	8

La tabla 10 muestra los resultados de las tipologías de las disfluencias comunes y tartamudeadas antes y después de la intervención. Con respecto a las disfluencias comunes, se evidenció que las vacilaciones, repeticiones de palabras y revisiones disminuyeron luego de la intervención y se percibió la presencia de las interjecciones en la evaluación final lo cual no se dio en la evaluación inicial. En el caso de las disfluencias tartamudeadas la reducción se dio en las repeticiones de sonidos y prolongamientos, también se percibe que en la evaluación final se presentaron bloqueos que en la evaluación inicial no se evidenciaron. Se registra tensión en los órganos fonoarticuladores.

#### 4.1.3. Caso n° 3 A.R.C.

##### a. Datos

Edad: 6 años 1 mes

Fecha de Nacimiento: 09 de julio del 2012

Fecha de evaluación: 25 de julio del 2018

Sexo: Masculino

Nivel de instrucción: Inicial

Lugar de procedencia: Lima Metropolitana

b. Antecedentes

La madre refirió que el estado de salud del niño es adecuado desde el nacimiento, así mismo el desarrollo de su lenguaje se dio dentro de los parámetros normales. Con respecto a la fluidez, las dificultades se iniciaron a los tres años, después de que observó discusiones entre sus padres. En la actualidad, la madre y los abuelos maternos que se hacen cargo del niño; han notado que las disfluencias se dieron de forma súbita y ahora se presenta de manera cíclica, con repeticiones de sílabas al inicio de las verbalizaciones. La madre refiere que hay miembros de su familia con tartamudez (hermanos del abuelo materno). Asimismo, menciona que el niño nota las dificultades en su habla y que para resolverlas él expresa “voy a respirar bien”, mostrando después su fastidio ante el evento.

Al niño se le realizó un despistaje en el área de Lenguaje del Centro Peruano De Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL) cuyos resultados se muestran en la tabla 11.

Tabla 11  
**Resultados del despistaje de Lenguaje Caso n° 3 A.R.C.**

Componente	Tarea	E	NM	D
Fonología	Construye palabras		x	
Morfo Sintaxis	Pronombres : suya, contigo	x		
	Conectores : después, porque, la que	x		
Semántica	Reconoce el que no pertenece al conjunto	x		
	Contrarios	x		
	Expresa elementos de categorías		x	
	Define	x		
	Absurdos			X
Pragmática	Comprende una metáfora	x		
	Ordena y relata una secuencia	x		
	Responde ante situaciones hipotéticas	x		

Leyenda:

E : En curso

NM : Necesita mejorar

D : En demora

Los resultados del despistaje de lenguaje muestran que el niño presentó un desarrollo lingüístico adecuado a su edad cronológica.

### c. Observaciones

Durante las evaluaciones el niño se mostró colaborador y comunicativo, aceptando con buena actitud las actividades propuestas durante las sesiones y entablando diálogos con la especialista, donde usó inflexiones de voz y pausas apropiadamente.

Durante las sesiones de terapia, el niño y la madre se mostraron receptivos a los modelos de habla que se le enseñaba, así como al uso de estas estrategias en el hogar. El niño acudió de forma constante a las 24 sesiones, la madre participó activamente en ellas y con buena actitud. Cumplió con las sugerencias

dadas en las sesiones como aprender sobre la tartamudez, practicar la escucha, la identificación de disfluencias en situaciones específicas y un habla pausada; para ser un buen modelo comunicativo para su hijo.

Tabla 12

***Frecuencia de las Tipologías de las Disfluencias presentadas por el Caso n° 3 A.R.C. antes y después de la intervención.***

Disfluencias comunes	Frec.		Disfluencias tartamudeadas	Frec.	
	Ev.I	Ev.F		Ev.I	Ev.F
Vacilaciones	3	2	Repetición de sílabas	5	
Interjecciones	3		Repetición de sonidos		1
Revisiones	1	4	Prolongamientos	1	1
Palabra no terminada	1	1	Bloqueos	1	1
Repetición de palabras	12	2	Pausas	3	3
Repetición de parte del enunciado		1	Intrusión de sonidos o segmentos		
Repetición de frase	1				
Total	21	10	Total	10	6

La tabla anterior detalla que las disfluencias comunes del niño tienen una mayor frecuencia que las disfluencias tartamudeadas antes y después de la intervención. Con respecto a las disfluencias comunes, la tipología que más disminuyó después del tratamiento fueron las repeticiones de palabras, la palabra no terminada y las repeticiones de parte del enunciado. En la evaluación final, las vacilaciones y las revisiones continúan registrándose en la misma frecuencia ya que son usadas para la organización de su habla, debido al poco acceso al vocabulario que presentaba. Por otro lado, se exhibe una repetición de frase en la evaluación final que no se había presentado en la de inicio. Con respecto a las disfluencias tartamudeadas, las de mayor frecuencia fueron las repeticiones de sílabas y los prolongamientos de sonidos en la evaluación inicial. Después de la intervención,

éstas se redujeron notablemente, sin registrarse en la evaluación final. El niño cuenta con recursos lingüísticos para la mejora de la fluidez del habla.

#### 4.1.4 Caso n° 4 F.A.S.

##### a. Datos

Edad: 6 años 5 meses

Fecha de nacimiento: 06 de julio del 2012

Fecha de evaluación: julio del 2018

Sexo: Masculino

Nivel de instrucción: Inicial

Lugar de procedencia: Lima Metropolitana

##### b. Antecedentes

La madre refirió que durante la gestación tuvo riesgo de aborto por presentar el cordón umbilical enrollado. Nació antes del tiempo programado permaneciendo en sala de riesgo. Con respecto al desarrollo del lenguaje, el niño comenzó a decir sus primeras palabras y frases a los dos años y medio. Asistió a terapia de lenguaje en ESSALUD a los 5 años y su rendimiento escolar es alto a pesar de que todavía notan dificultades en el habla. Las disfluencias se han presentado desde que comenzó a hablar y es persistente en el tiempo. La madre menciona que el primo de su esposo y su hermano presentan tartamudez.

Los padres y familiares, quienes notan la tartamudez observan que pone la lengua entre los dientes y se bloquea, también se demora al decir la primera sílaba y luego ya la dice, también evidencia pausa y tensión (rostro y en la lengua). La

madre percibe que el niño habla rápido y presenta cambios en el tono de la voz. Esto se agudiza cuando quiere contar lo que le pasó en el día, cuando se le llama la atención o se le castiga. La madre percibe que su niño tiene conciencia de su tartamudez ya que le hace comentarios como “mami, no me sale”, y ella le indica “piensa lo que vas a decir, respira hondo y habla”. El padre suele decirle “cálmate, respira y habla”. La madre siente en relación a la tartamudez de su niño frustración, ansiedad y culpa. La profesora ha notado esta dificultad por lo que le ha recomendado terapia.

Al niño se le realizó un despistaje de lenguaje del Centro “CPAL”, cuyos resultados se muestran en la tabla siguiente.

Tabla 13  
***Resultados del despistaje de Lenguaje del Caso n° 4 F.A.S.***

Componente	Tarea	E	NM	D
Fonología	Construye palabras			x
Morfo Sintaxis	Pronombres : suya,contigo	x		
	Conectores : después,por que,la que		x	
Semántica	Reconoce el que no pertenece al conjunto	x		
	Contrarios	x		
	Expresa elementos de categorías		x	
	Define		x	
	Absurdos		x	
Pragmática	Comprende una metáfora	x		
	Ordena y relata una secuencia	x		
	Responde ante situaciones hipotéticas	x		

Leyenda

E : En curso  
 NM : Necesita mejorar  
 D : En demora

En el caso 4 se evidenció un adecuado manejo del uso de los pronombres como el reconocimiento de elementos que no pertenecen a su categoría, también presenta la habilidad para argumentar absurdos, relata adecuadamente secuencias y responde situaciones hipotéticas, sin embargo, presenta habilidades que se necesitan afianzar como el habla. Se sugiere una evaluación especializada en Motricidad Oral y Habla.

c. Observaciones

El niño se mostró colaborador con la especialista, participó en las actividades propuestas y respondió a las preguntas que se le realizó.

Durante las sesiones de intervención el niño F.A.S. se mostró muy comunicativo y sociable, proponiendo en todo momento actividades tanto individuales como grupales. En varias sesiones se contó con la participación de los padres, lo cual motivo al niño a utilizar las técnicas aprendidas en las sesiones de terapia.

Tabla 14  
***Frecuencia de las Tipologías de las disfluencias presentadas por Caso n°4 F.A.S. antes y después de la intervención***

Disfluencias comunes	Frec.		Disfluencias tartamudeadas	Frec.	
	Ev.I	Ev.F		Ev.I	Ev.F
Vacilaciones	3	2	Repetición de sílabas	5	
Interjecciones	3		Repetición de sonidos		1
Revisiones	1	4	Prolongamientos	1	1
Palabra no terminada	1	1	Bloqueos	1	1
Repetición de palabras	12	2	Pausas	3	3
Repetición de parte del enunciado		1	Intrusión de sonidos o segmentos		
Repetición de frase	1				
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>6</b>



En la Tabla 14 detalla que las disfluencias comunes del niño tienen una mayor frecuencia que las disfluencias tartamudeadas antes y después de la intervención. En la evaluación inicial de las disfluencias comunes tuvo una mayor incidencia la tipología de repetición de palabra sobre las otras disfluencias comunes. En las disfluencias tartamudeadas se observó una mayor ocurrencia en las repeticiones de sílabas y pausas las cuales se redujeron en la evaluación final.

#### 4.1.5 Resultados obtenidos en tablas y gráficos

Tabla 15

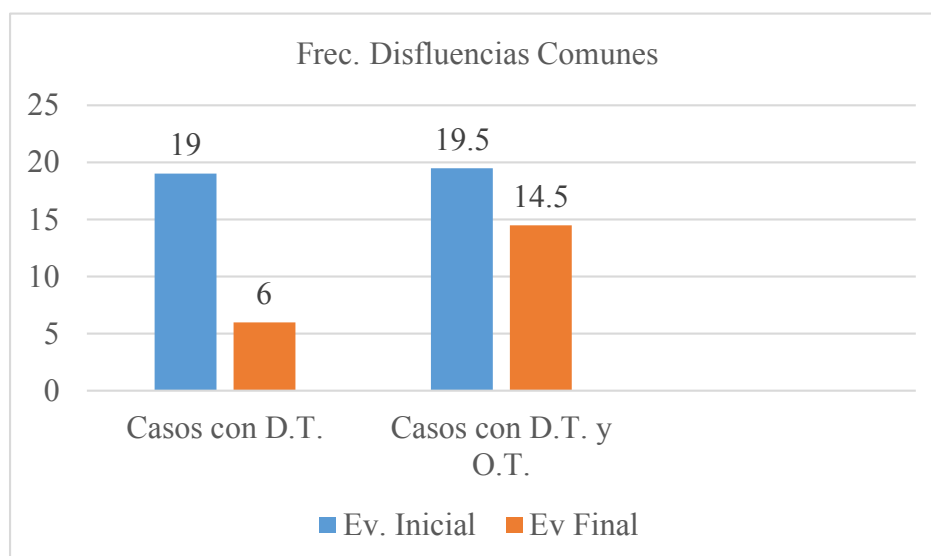
***Frecuencia de las Disfluencias Comunes antes y después de la intervención.***

	Casos con D.T.	Casos con D.T. y O.T.
Ev. Inicial	19	19.5
Ev Final	6	14.5

Leyenda:

D.T. : Diagnóstico de Tartamudez

D.T. y O.T. : Diagnóstico de Tartamudez y Otros Trastornos



La tabla 15 muestra que las disfluencias comunes tienen una reducción en su frecuencia después de la intervención en el total de los casos. Cabe notar que los casos con tartamudez redujeron en mayor proporción que los casos de tartamudez con otros trastornos ya que ellos continuaban registrando tipologías comunes usadas para organizar su habla.

Tabla 16

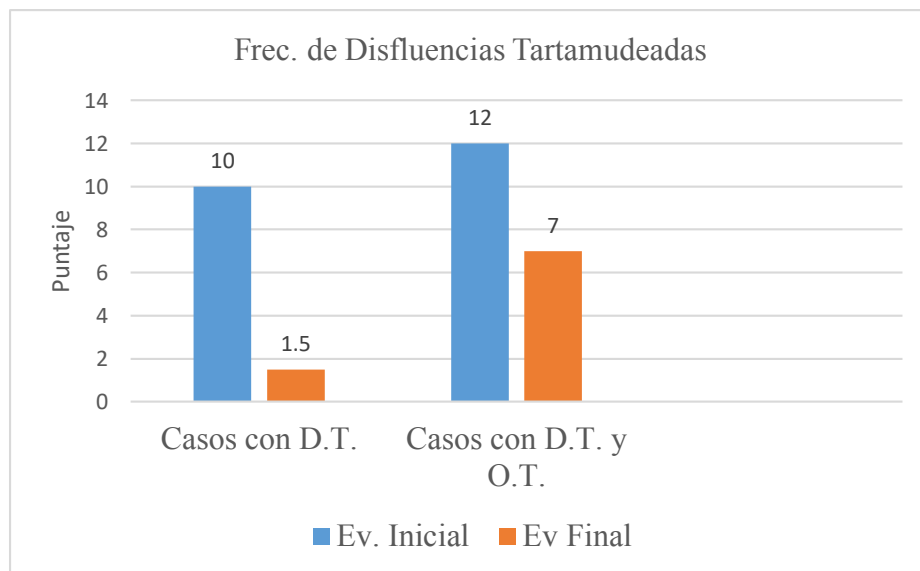
***Frecuencia de las Disfluencias Tartamudeadas antes y después de la intervención.***

	Casos con D.T.	Casos con D.T. y O.T.
Ev. Inicial	10	12
Ev Final	1.5	7

Leyenda:

D.T. : Diagnóstico de Tartamudez

D.T. y O.T. : Diagnóstico de Tartamudez y Otros Trastornos



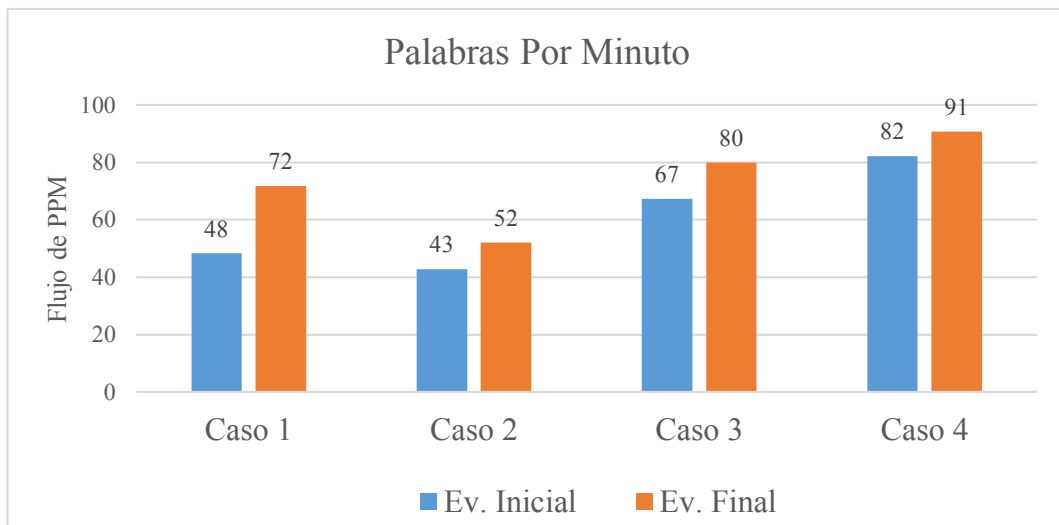
La tabla 16 visualiza la reducción de la frecuencia de las disfluencias tartamudeadas después de la intervención de tres meses; sin embargo, los casos con tartamudez y otros trastornos tuvieron una disminución de menor proporción que

los casos con solo tartamudez, debido a que sus dificultades lingüísticas asociadas hacen que necesiten de mayor tiempo de intervención para evidenciar mejoras.

Tabla 17

***Puntajes obtenidos del Flujo de Palabras Por Minuto antes y después de la intervención.***

Flujo de PPM		
	Ev. Inicial	Ev. Final
Caso 1	48	72
Caso 2	43	52
Caso 3	67	80
Caso 4	82	91

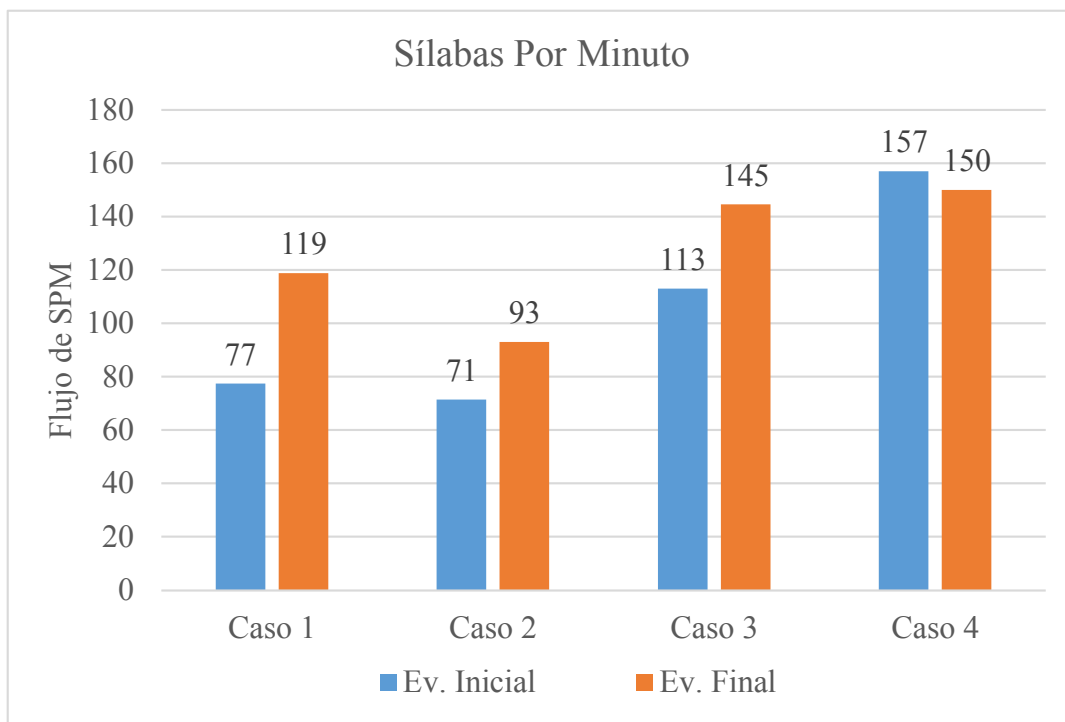


En la tabla 17 se evidenció un incremento del flujo de palabras por minuto después de tres meses de intervención siendo este un indicador de que los niños producían mayor información en su habla espontánea.

Tabla 18

*Puntajes obtenidos del Flujo de Sílabas Por Minuto antes y después de la intervención.*

Flujo de SPM		
	Ev. Inicial	Ev. Final
Caso 1	77	119
Caso 2	71	93
Caso 3	113	145
Caso 4	157	150



En la tabla 18 se evidenció el incremento de la producción de sílabas por minuto, la misma tendencia se encuentra en la investigación realizada por Oliveira (2011:1-11) llegando a las mismas conclusiones después de la aplicación de su programa terapéutico.

Tabla 19

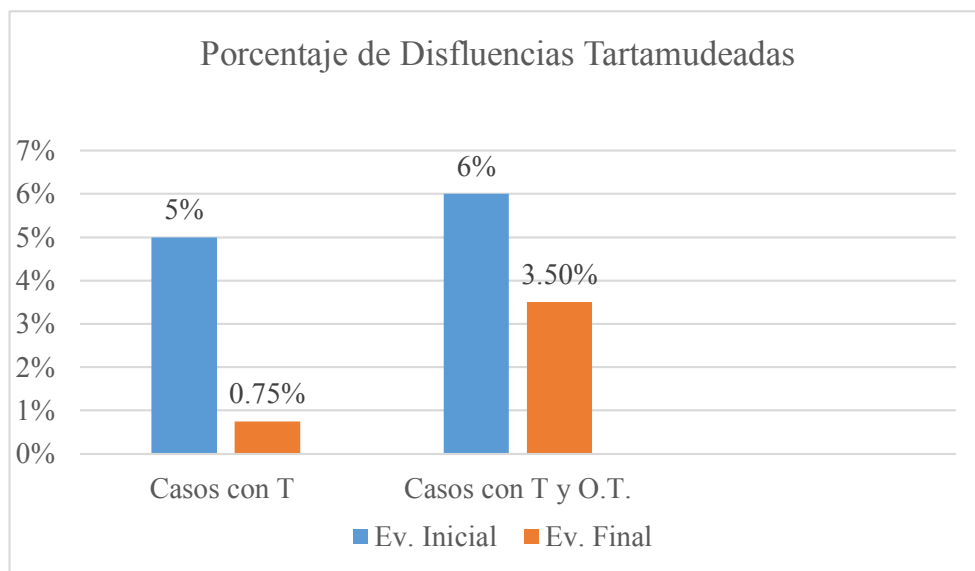
***Puntajes obtenidos del Porcentaje de Disfluencias Tartamudeadas antes y después de la intervención.***

	Casos con D.T.	Casos con D.T. y O.T.
Ev. Inicial	5%	6%
Ev. Final	0.75%	3.50%

Leyenda:

D.T. : Diagnóstico de Tartamudez

D.T. y O.T. : Diagnóstico de Tartamudez y Otros Trastornos



En la tabla 19 se observa una reducción del porcentaje de disfluencias tartamudeadas en todos los casos. Los niños con tartamudez, después de la intervención redujeron notablemente este porcentaje en comparación con lo registrado en la evaluación inicial. Por otro lado, los niños con tartamudez y otros trastornos presentaron una reducción que indicaría la efectividad del tratamiento a pesar de que no contaban con habilidades lingüísticas apropiadas a su edad.

Tabla 20

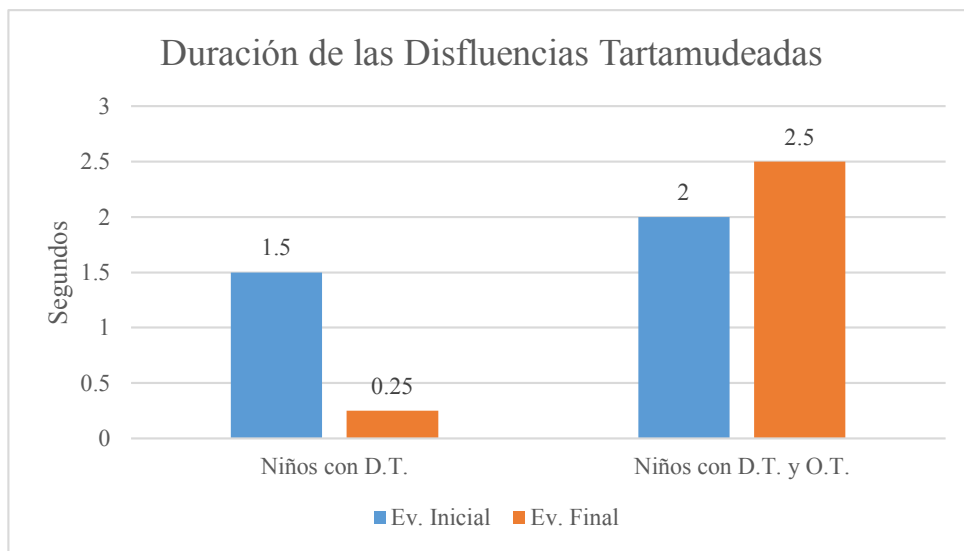
***Puntaje obtenido en la Duración de las disfluencias antes y después de la intervención.***

	Niños con D.T.	Niños con D.T. y O.T.
Ev. Inicial	1.5	2
Ev. Final	0.25	2.5

Leyenda:

D.T. : Diagnóstico de Tartamudez

D.T. y O.T. : Diagnóstico de Tartamudez y Otros Trastornos



La tabla 20 presenta la disminución casi total de la duración de las disfluencias tartamudeadas en los casos con diagnóstico de Tartamudez, lo cual indicaría mayor facilidad para producir un habla fluida después de la intervención. Los niños con tartamudez y otros trastornos mostraron un ligero aumento de la duración de estas disfluencias debido a que continuaron con algunas evidencias de mantener el tiempo de manifestación de las disfluencias tartamudeadas.

Tabla 21

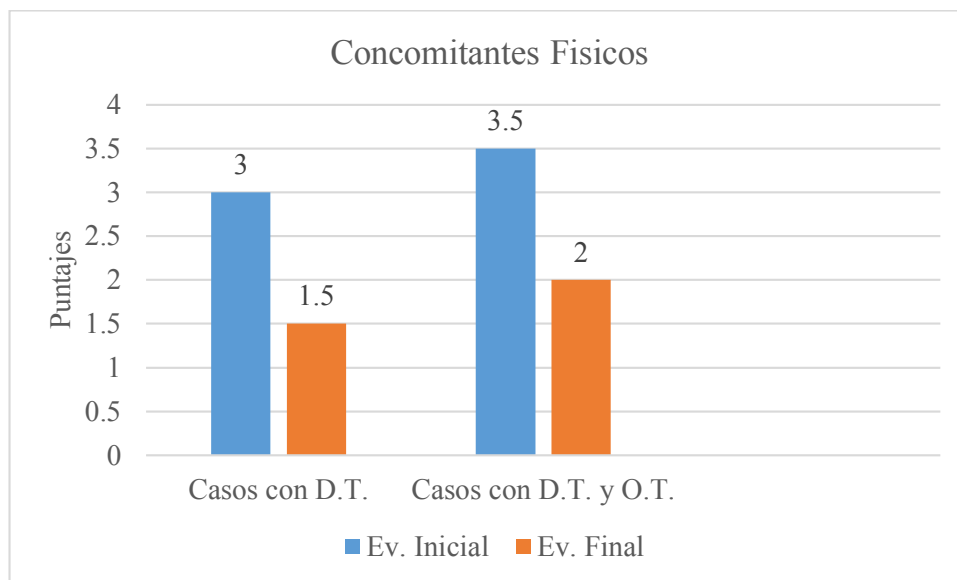
***Puntajes obtenidos de los Concomitantes Físicos antes y después de la intervención.***

	Casos con D.T.	Casos con D.T. y O.T.
Ev. Inicial	3	3.5
Ev. Final	1.5	2

Leyenda:

D.T. : Diagnóstico de Tartamudez

D.T. y O.T. : Diagnóstico de Tartamudez y Otros Trastornos



En la tabla 21 se observa que, después de la intervención se registró una disminución en los puntajes que se refieren al área de concomitantes físicos en los cuatro participantes. Los casos con diagnóstico de Tartamudez redujeron al 50% los movimientos asociados como sonidos dispersivos, movimientos de cabeza y de las extremidades. Los casos de diagnóstico de Tartamudez y otros trastornos si bien redujeron en puntaje después de la intervención aun presentaban algunos movimientos asociados durante su habla espontánea.

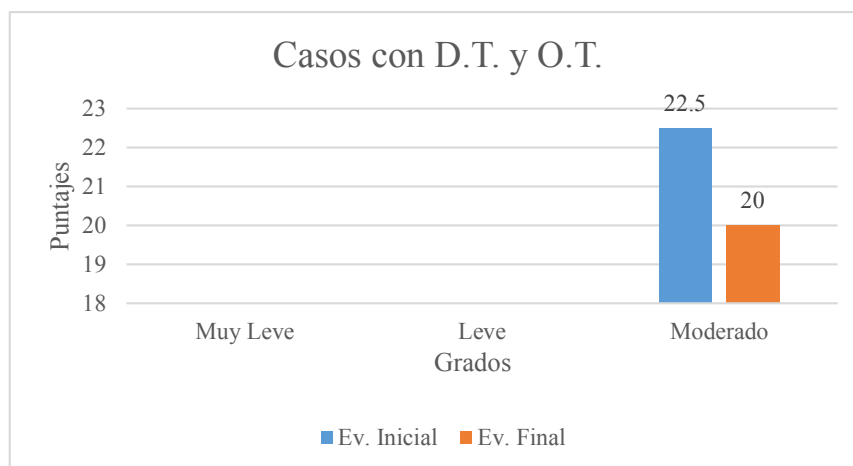
Tabla 22

***Puntajes obtenidos en Severidad y sus grados presentados por los casos con Diagnóstico de Tartamudez y Otros Trastornos antes y después de la intervención.***

Casos con D.T. y O.T.		
Grados	Ev. Inicial	Ev. Final
Muy Leve		
Leve		
Moderado	22.5	20

Leyenda:

D.T. y O.T. : Diagnóstico de Tartamudez y Otros Trastornos



Como se puede observar en la tabla 22, los niños con diagnóstico de Tartamudez y otros trastornos presentaron el diagnóstico de Tartamudez Moderada en la evaluación inicial y final. Se observa disminución en el puntaje de la evaluación final mas no es un cambio significativo que conlleve a modificar el grado de tartamudez.



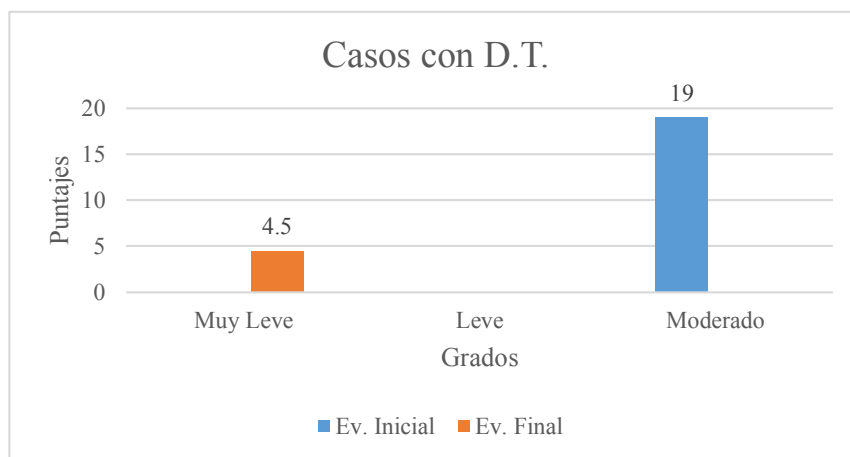
Tabla 23

*Puntajes obtenidos en Severidad y sus grados presentados por los casos con Diagnóstico de Tartamudez antes y después de la intervención.*

Casos con D.T.		
Grados	Ev. Inicial	Ev. Final
Muy Leve		4.5
Leve		
Moderado	19	

Leyenda:

D.T. : Diagnóstico de Tartamudez



En la tabla 23 se observa que los casos con tartamudez redujeron notablemente los puntajes de severidad por ello sus diagnósticos mejoraron de tartamudez moderada a muy leve.

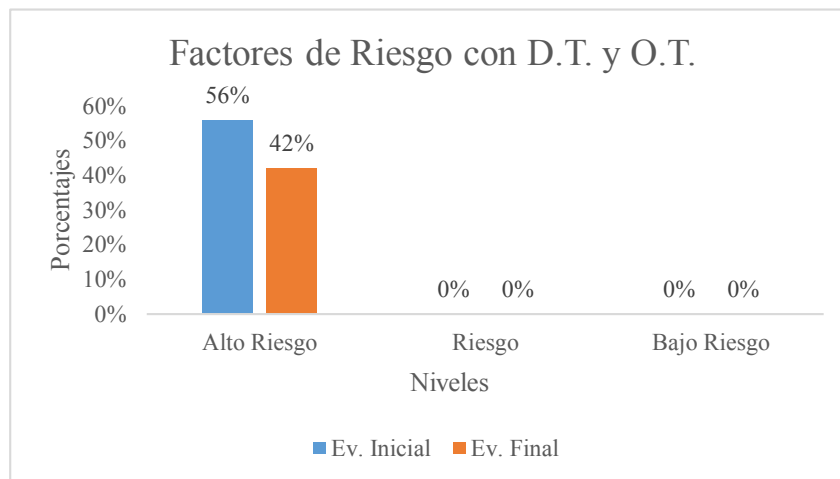
Tabla 24

***Puntajes obtenidos en factores de riesgo para la tartamudez de desarrollo presentados por los casos con Diagnóstico de Tartamudez y Otros Trastornos antes y después de la intervención.***

Casos con D.T. y O.T.			
Niveles	Ev. Inicial	Ev. Final	
Alto Riesgo	56%	42%	
Riesgo	0%	0%	
Bajo Riesgo	0%	0%	

Leyenda:

D.T. y O.T. : Diagnóstico de Tartamudez y Otros Trastornos



En la tabla 24, se muestran que los factores de riesgo de la tartamudez del desarrollo disminuyeron debido a factores como, por ejemplo, establecimiento de horarios adecuados de sueño y alimentación, mejores habilidades comunicativas de los padres como la regulación de su velocidad al hablar y en la búsqueda de ayuda profesional especializada para su niño.

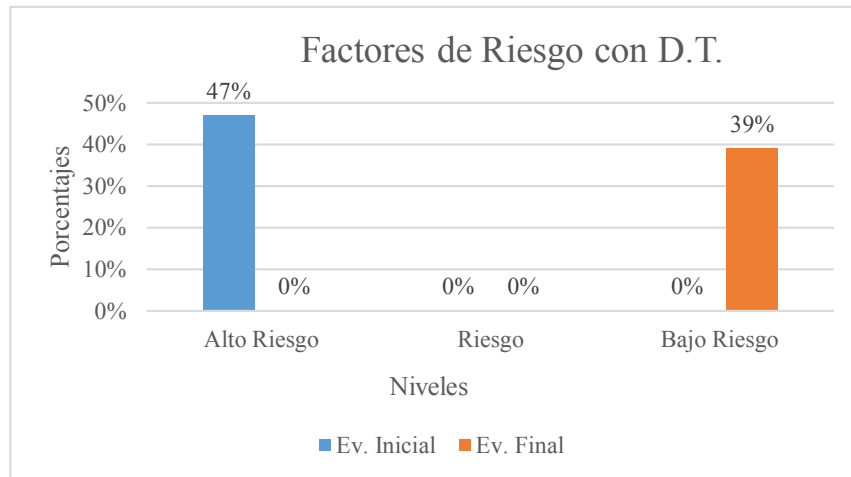
Tabla 25

*Puntajes obtenidos en factores de riesgo para la tartamudez de desarrollo presentados por los casos con Tartamudez de Desarrollo antes y después de la intervención.*

Casos con D.T.		
Niveles	Ev. Inicial	Ev. Final
Alto Riesgo	47%	0%
Riesgo	0%	0%
Bajo Riesgo	0%	39%

Leyenda:

D.T. : Diagnóstico de Tartamudez



En la tabla 25 los resultados muestran una tendencia a disminuir el riesgo para la tartamudez de desarrollo. Los factores de mayor relevancia que contribuyeron a la disminución fueron la actitud favorable de los padres frente a las disfluencias y el continuo apoyo para las mejoras de ellas en el habla del niño.

#### 4.2 Discusión de resultados

Luego de analizar los resultados obtenidos en esta investigación podemos afirmar que nuestro objetivo general; el cual es, determinar el efecto de la

intervención en tartamudez en cuatro niños con tartamudez del desarrollo de Lima Metropolitana; se ha logrado.

Se demuestra que la efectividad es relevante en los cuatro casos, quienes aumentaron la producción de palabras y sílabas por minuto, disminuyeron las tipologías de las disfluencias, los concomitantes físicos, la duración de las disfluencias tartamudeadas y el nivel de riesgo. Los casos que presentaron tartamudez asociado a un inicio tardío del lenguaje mostraron un incremento en la producción de palabras y sílabas por minuto y disminuyeron las tipologías de las disfluencias. Por otro lado, el grado de severidad, riesgo para la tartamudez, duración de las disfluencias tartamudeadas y concomitantes físicos evidenciaron ligeros progresos debido a la presencia de otros trastornos.

Considerando estos resultados y los antecedentes de estudios de casos en niños con tartamudez confirmamos que la intervención en tartamudez es efectiva como lo expresa Fernández-Zuñiga (2011:39-44) en su investigación donde concluye que la intervención temprana de la tartamudez aumenta la posibilidad de que el niño desarrolle un habla fluida. Asimismo, lo menciona Valer (2011: 113) quien después de tres meses de aplicar un programa de intervención logró la reducción de la severidad en los niños participantes, y luego de tres meses más de tratamiento, concluyó que el programa fue efectivo.

A continuación, pasamos a hacer un análisis pormenorizado siguiendo el orden de los objetivos planteados.

Con respecto a nuestro primer y segundo objetivo, se puede afirmar que se logró describir el perfil de fluidez de los cuatro niños antes y después de la intervención. Acción necesaria para conocer las características relevantes del niño

y trazar los objetivos de la intervención (Bohnen 2017:244) así como verificar si los objetivos estaban siendo atendidos y comprobar los efectos de la intervención con parámetros basados en evidencias. Asimismo, Oliveira (Giacheti 2013:346) añade que la caracterización de las tipologías direcciona la terapia, especificando que si se observa un aumento en las disfluencias tartamudeadas se direccionará el tratamiento a la promoción de la fluidez; por otro lado, si encontramos aumento en las disfluencias comunes, se mejorará el lenguaje del niño.

De acuerdo a la descripción de la evaluación inicial, se observa que las disfluencias comunes son más frecuentes que las tartamudeadas. Durante el periodo pre escolar del niño, se presentan cambios en el cuerpo, especialmente en las estructuras orofaciales del habla que puede hacer más difícil la coordinación de movimientos necesarios para la fluidez (Guitar 2014:77) evidenciándose la imprecisión articulatoria que son propias de la edad de estos niños (Andrade 2014:28). Igualmente, Gregory menciona que el lenguaje y la precisión articulatoria van siendo adquiridas al mismo tiempo que los cambios en la fluidez (2003:1). A su vez, los resultados encontrados en la investigación realizada por Castro y Manrique (2013:51-55) coinciden con lo registrado en esta investigación en cuanto a la ocurrencia de las disfluencias. Se observó una mayor frecuencia de disfluencias comunes (promedio de frecuencia 13.85 en el grupo de 5 años y 11.8 en el de 6 años) en comparación con las disfluencias tartamudeadas (promedio de frecuencia 1.1 en el grupo de 5 años y 0.95 en el grupo de 6 años). Se observa que las disfluencias comunes se presentaron con más frecuencia que las tartamudeadas tanto en niñas como en niños en ambos grupos de edad.

Asimismo, se observa la misma tendencia en el análisis de las muestras de habla de las evaluaciones finales. Los participantes presentaron una mayor frecuencia de disfluencias comunes en comparación con las disfluencias tartamudeadas, coincidiendo con los resultados de Valer (2010:99-103) y Oliveira (2011:1-11).

En relación al tercer objetivo el de establecer el efecto del plan de intervención en la disminución de la frecuencia de las disfluencias tartamudeadas en los cuatro niños; podemos decir que se ha logrado. En todos los casos se evidencia la reducción de la frecuencia de las disfluencias tartamudeadas. Esta reducción en la ocurrencia de estas disfluencias fue demostrada por Oliveira (2011:1-11) y Valer (2010: 103). Gregory (2004:3) añade que, en las investigaciones sobre fluidez, se han encontrado que las disfluencias como repeticiones de sílabas, de sonidos y prolongamientos; típicas de la tartamudez, se presentan con menos frecuencia que las disfluencias comunes.

El cuarto objetivo planteado fue el de establecer el efecto del plan de intervención en la disminución de la frecuencia de las disfluencias comunes. Los resultados confirman la disminución de la ocurrencia de las disfluencias comunes en los cuatro casos, Oliveira (2011:1-11) presenta resultados similares en el análisis que realiza en su investigación, donde observa que hubo una disminución significativa en las disfluencias comunes después de su programa terapéutico. Asimismo, Valer (2011:100) describe la disminución de las disfluencias comunes después de aplicar el programa de intervención precoz en niños a los 3 y 6 meses de iniciado el programa terapéutico.

En los casos de tartamudez asociados a otros trastornos redujeron la frecuencia de las disfluencias comunes mas no en la misma proporción que en los casos diagnosticados con tartamudez. Esto se debe a que los niños conforme iban adquiriendo un mayor dominio de su lenguaje mantuvieron algunas tipologías de las disfluencias comunes como revisiones e interjecciones. Como indica la literatura, Coolburn y Mysack (citados por Guitar 2014:35) sugieren que las disfluencias normales emergen cuando los niños se vuelven más expertos en el lenguaje. Y añaden que las disfluencias comunes tienen sus picos más altos ante tareas de producción de oraciones largas y complejas.

En cuanto al quinto objetivo, los cuatro casos presentaron un incremento en el flujo de palabras y sílabas por minuto después del proceso de intervención; esto es un indicador de que la producción de la información y la velocidad articulatoria aumentaron. Con referencia a la velocidad del habla, Andrade explica que tiene relación con el sistema motor. Si el sistema motor esta conservado su mejor indicador seria la velocidad articulatoria (2002: 67). Oliveira presenta los mismos resultados en cuanto al incremento de sílabas y palabras por minuto después del programa terapéutico aplicado (2011:1-11).

En cuanto al sexto objetivo podemos aseverar que hubo una reducción significativa de los concomitantes físicos. En general, se redujeron los movimientos asociados, demostrando la eficacia de la intervención como lo detalla Oliveira (2011:1-11). La autora añade que los concomitantes físicos son un área vulnerable a factores ambientales.

El séptimo objetivo, concerniente al efecto de plan de intervención en la disminución de la duración de las disfluencias tartamudeadas en los cuatro niños,

se logró. Podemos detallar que en los casos de los niños con tartamudez y otros trastornos asociados, la disminución de la duración de las disfluencias no fue relevante, más se comenzaron a ver avances en los tres meses de intervención en cuanto al número de presentación de las disfluencias tartamudeadas, más no en el tiempo que duraban ellas cuando se manifestaban. Esto nos indica que se debe continuar la intervención sostenida en un tiempo sugerido de seis meses a un año de tratamiento. Yaruss (2017:208) expone que los niños que presenten problemas de habla y lenguaje asociados a la dificultad de fluidez, tendrán un tratamiento de mayor duración. De la misma manera, Gregory (2003:183) manifiesta que los programas terapéuticos pueden tomar de 8 a 12 meses para ver resultados exitosos; sin embargo, un 5% de los niños pueden presentar tartamudez persistente.

El octavo objetivo, referente al efecto de disminución del grado de severidad se ha logrado parcialmente. En los dos niños que presentaron diagnóstico de tartamudez la intervención mostró su efectividad reduciendo el grado de severidad de Moderado a Muy Leve. Valer (2011: 113) en la aplicación del programa de tartamudez infantil de Andrade (2012:53-85) el cual se ejecutó en un periodo de seis meses, redujo el grado de severidad en la totalidad de la muestra que participó. En nuestro estudio, los casos de tartamudez asociados a otros trastornos evidenciaron una reducción en los puntajes mas no fue lo suficiente como para disminuir el grado de severidad. Así lo confirma Oliveira (2011:1-11) en su investigación, cuyos resultados fueron: de la muestra de 10 participantes, 8 disminuyeron un grado de severidad y 2 mantuvieron el mismo grado. Andrade (2002: 65-71) menciona que la tartamudez infantil puede ser un disturbo simple o puede estar asociado a otro disturbo de lenguaje en el periodo crítico de 3 a 8 años



y que se conoce poco sobre la remisión de la tartamudez asociada a desórdenes de la comunicación.

Gregory (2003:177) aporta que los niños que tartamudean, a menudo demuestran desórdenes en la comunicación que incluyen déficit en el desarrollo de la sintaxis, del acceso al léxico, de las habilidades pragmática, fonológicas y de habla. Yairi (citado en Susanibar 2017:235) manifiesta que un retraso de lenguaje empeora el pronóstico de recuperación de la tartamudez debido a la presión ambiental en el que está expuesto el niño.

Por último, en lo que se refiere a la efectividad del plan de intervención en la disminución del riesgo para la tartamudez podemos decir que se logró. Se obtuvo mejoras en los factores que pueden variar después de una intervención, más hay un grupo de factores que presenta la prueba que no van a ser modificados en el tiempo como los de: edad, sexo, tiempo y tipo de surgimiento de la tartamudez, historia pre y pos natal y los antecedentes familiares. Los 4 casos presentaron Alto Riesgo en la evaluación inicial. Los casos con tartamudez asociados a otros trastornos se mantuvieron en la misma categoría de alto riesgo después de la intervención. Por otro lado, los casos con diagnóstico de tartamudez disminuyeron de la categoría de Alto Riesgo a bajo riesgo después de la intervención. Similar resultado mostró Valer (2010:90), quien mencionó que el 11.7% de su población se mantuvo en la categoría de Alto Riesgo después de 3 meses de intervención. Andrade (2012:85) sugiere que en los casos de una mejora parcial de la fluidez se aplique por segunda vez el Programa terapéutico de alto riesgo y se realice un control después de tres meses más de intervención. Asimismo, Oliveira (2007 :124) describe que el alta fonoaudiológica debe ser gradual, es decir, espaciar poco a poco

las sesiones de terapia con el objetivo de monitorear el habla del niño durante un tiempo considerable después de una terapia continua, con el propósito de transferir y mantener la fluidez ganada.

Después de los hallazgos obtenidos y considerando el marco teórico consultado podemos afirmar que esta investigación demuestra que la intervención temprana en niños con tartamudez de desarrollo tiene efectos favorables sobre la fluidez. Sin embargo, se tiene que considerar las características de cada caso, como la presencia de dificultades del lenguaje y habla asociados a la tartamudez del niño.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### 5.1 Conclusiones

De acuerdo con los análisis realizados y los resultados de los 4 casos presentados, se formulan las siguientes conclusiones:

- Como conclusión general se comprobó la efectividad de la intervención de tartamudez en un periodo de 3 meses, percibiéndose una mejora en los cuatro casos de la muestra.
- Los niños que presentaron dificultades lingüísticas asociadas al trastorno de la tartamudez, muestran una efectividad ligeramente menor que los niños que no presentan dificultades asociadas.
- La intervención en tartamudez redujo la ocurrencia de las tipologías comunes y tartamudeadas en los 4 casos.
- La intervención en tartamudez aumentó el flujo de palabras y sílabas por minuto en los 4 casos.

- La intervención en tartamudez redujo la duración de las disfluencias tartamudeadas en los casos que presentaron Tartamudez del Desarrollo.
- La intervención en tartamudez redujo la presencia de concomitantes físicos en los 4 casos.
- La intervención en tartamudez redujo el nivel riesgo de Alto Riesgo a Bajo Riesgo en los casos que presentaron Tartamudez del Desarrollo.

## 5.2 Recomendaciones

- Compartir los hallazgos con las familias a través de la devolución de los resultados de la evaluación final, la evolución y la necesidad de continuar con el tratamiento detallando los factores de riesgo y la posibilidad de cronicidad del disturbo en sus hijos.
- Compartir los hallazgos con especialistas en el área con el propósito de comunicar los indicadores de alerta y riesgo y así puedan identificar tempranamente este disturbo.
- Proponer investigaciones de niños con tartamudez del desarrollo y dificultades lingüísticas asociadas, donde se describan los cambios que presenten después de la intervención en la promoción de la fluidez en un tiempo no menor de 6 meses comparando los resultados con niños sin dificultades asociadas.
- Capacitar acerca de la importancia del diagnóstico e intervención temprana en tartamudez a profesionales que trabajen con niños dentro de éste rango de edad; como pediatras, profesores, enfermeras y áreas afines; para su mejor identificación en edades tempranas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Speech Language-hearing Association

ASHA: Consulta: 31 de mayo del 2018.

<https://www.asha.org>

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM V.2013

DSM V: Consulta: 31 de mayo del 2018

<http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

Andrade, Claudia.

2012 *Gagueira Infantil, risco, diagnóstico e programas terapêuticos*. Segunda reimpresión del 2006. Sao Paulo: Profono Departamento editorial.

Andrade, Claudia y otros

2004 “Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia vocabulario, fluencia e pragmática” Sao Paulo: Profono Departamento editorial.

Andrade, Claudia

- 2002 “Gagueira: distúrbio simples ou associado”. *Livro do 6 Simposio Nacional sobre Disturbios de Aprendizagem*. Encontro Paulista de Fonoaudiologia, Pedagogia e Psicologia. Sao Paulo, 2002. pp. 65-71.

Biain, Beatriz

- 2017 *Tartamudez y Cluttering*. Buenos Aires: Paidós.

Carneiro, Fabiola; Carmen Soriano, Cinthya Taira.

- 2012 *Factores de Riesgo que predisponen a la tartamudez en niños de 5-12 años que se atienden en dos centros de salud público y privado de Lima*. Tesis para optar el grado de Magister en Fonoaudiología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Post Grado.

Castro Yovana y Yenny Manrique

- 2013 *Perfil de la fluidez del habla en niños de 5 y 6 años en instituciones educativas estatales de tres distritos de Lima*. Tesis para optar el grado de Magister en Fonoaudiología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Post Grado.

Chang, Soo-Eun

- 2011 “Usando a neuroimagem para desvendar os mistérios da Gagueira”. *The Dana Foundation*. Michigan, 2011, pp. 1-8. Consulta 31 de mayo del 2018. [www.dana.org/Cerebrum/default.aspx?id=39465](http://www.dana.org/Cerebrum/default.aspx?id=39465)

Fernández, Lydia

2011 *Efectos de la Orientación para el desarrollo del conocimiento de la tartamudez en docentes de educación inicial y primaria de los colegios de Lima metropolitana*. Tesis para optar el grado de Magister en Fonoaudiología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Post Grado.

Fernández -Zúñiga, Alicia y Sara Gamba

2011 “Evaluación, intervención y evolución en un caso de tartamudez temprana”. *AELEFA*. Madrid, 2011, Boletín 11(2), pp. 39-44. Consulta: 31 de mayo del 2018.

<http://www.elsevier.es>

Giacheti, Celia y Sandra Gimenez-Paschoal

2013 “Terapia fonoaudiologica na gagueira infantil”. *Perspectivas Multidisciplinares em Fonoaudiologia: da avaliação a intervenção*. Marília: editora Cultura académica, pp. 333-353.

Guitar, Barry

2014 *Stuttering and Integrated Approach to its Nature and Treatment*. Cuarta edición. China: Lipipincott Williams& Wilkins.

Gregory, Hugo

2003 *Stuttering therapy: rationale and procedures*. Boston: Pearson Education Inc.

Hernández, Roberto, Carlos Fernández y Pilar Baptista

2014 *Metodología de la investigación*, 6ta. Edición, México D.F: McGraw-Hill

Lamonica, Dionisia y Denisse Britto

2017 “Avaliacao da fluencia”. *Tratado de Linguagem. Perspectivas contemporaneas*. Sao Paulo: BookToy, pp 107 -114.

Leal, Gonzalo, Anelise Bohnen y Raquel Escobar

2015 “*Nuevos desafíos en el tratamiento de la tartamudez*”, *Logopedia*. Mail, España, 2015, no. 70, pp. 1-9.

Marchesan, Irene, Hilton Silva y Marileda Tome

2014 “Gagueira”. *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Editora Roca, pp. 653-657.

Miranda, Diana y Gabriela Navarro

2010 *Conocimientos sobre la Tartamudez en docentes de educación primaria de los colegios de varones de lima metropolitana*. Tesis para optar el grado de Magister en Fonoaudiología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Post Grado.



Oliveira, Cristiane y Larissa Pereira

- 2012 “Gagueira desenvolvimental persistente: avaliação de fluência pre y pos-programa terapéutico” *CEFAC*. Sao Paulo, 2014, volumen 16, No. 1, pp. 120-130. Consulta 31 de mayo del 2018.  
[www.scielo.br/pdf/rcfac/v16n1/1982-0216-rcfac-16-1-0120.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcfac/v16n1/1982-0216-rcfac-16-1-0120.pdf)

Piccolotto, Leslie, Debora Belfi-Lopes y Suelly Limongi

- 2004 “Abordagem Neurolinguística e Motora da Gagueira”. *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Editorial: Rocca, pp.1001-1016.

Ribeiro, Igenes

- 2005 *Gagueira*. São Paulo: Editorial Pulso Ltda.

Roca, Esther

- 2017 *Análisis de la intervención logopédica en tartamudez infantil*. Tesis para optar el grado en Logopedia. Cantabria: Escuelas Universitarias Gimbernat.

Rocha, Eliana

- 2007 “Gagueira familiar: repercussões Clínicas”. *Gagueira: um distúrbio de fluência*. Sao Paulo: editorial Santos, pp. 107-125.

Salgado, Alfonso

- 2008 *Manual práctico de la tartamudez*. Madrid: Editorial Síntesis.

Susanibar, Franklin y otros

2016 “Fundamentos Teóricos y evaluación clínica de la tartamudez en niños, adolescentes y adultos”. *Trastornos del Habla de los Fundamentos a la evaluación*. Madrid: Editorial EOS. pp.212-281.

The Stuttering Foundation of America

A nonprofit organization helping those who stutter: Consulta 31 de mayo del 2018

<https://stutteringhelp.org/>

Yaruss, Scott y Nina Reardon-Reeves

2017 *Early childhood stuttering therapy: a practical guide*. Texas: Stuttering Therapy Resources, Inc.

Valer, Catalina

2011 *Aplicación de un Programa de Tartamudez Infantil para niños de 3-6 años usuarios del Instituto Nacional de Rehabilitación*. Tesis para optar el grado de Magister en Fonoaudiología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Post Grado.

ANEXO 1

AUTORIZACIÓN CON FINES ACADÉMICOS

Por intermedio de este documento acepto que mi hijo(a) SEBASTIAN MATEO ANDREI OLIVERA SANCHEZ de 4 años participe en la investigación: **“Intervención Fonoaudiológica en cuatro casos de niños con Tartamudez”** realizada por Ana María Benites Carbajal y Karla Villacorta Alfaro, estudiantes de la Maestría en Fonoaudiología con mención en Motricidad Oral, Voz y Tartamudez del Centro Peruano de Audición y Lenguaje-CPAL.

Declaro conocer que esta evaluación forma parte de una investigación académica y plantea observar y analizar el habla de mi hijo(a); y que esto se realizará mediante una entrevista y una grabación en video.

Autorizo la utilización de este video para fines académicos sabiendo que sus resultados podrán ser divulgados para el conocimiento de los profesionales de las áreas involucradas.

(De aceptar su participación llene los siguientes datos)

Nombre completo del niño (a) SEBASTIAN MATEO ANDREI OLIVERA SANCHEZ

Fecha de nacimiento: 10/10/31/14

Sexo: Masculino  Femenino ( )

Persona que autoriza: Padre ( ) Madre  Tutor ( )

Nombres y apellidos: CAROL MAGALY SANCHEZ VILLAVERDE

DNI: 42439406

Firma de autorización: [Firma]

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN CON FINES ACADÉMICOS

Por intermedio de este documento acepto que mi hijo(a) Vicente Mariano Hoyos Jonsson de 4 años participe en la investigación: **“Intervención Fonoaudiológica en cuatro casos de niños con Tartamudez”** realizada por Ana María Benites Carbajal y Karla Villacorta Alfaro, estudiantes de la Maestría en Fonoaudiología con mención en Motricidad Oral, Voz y Tartamudez del Centro Peruano de Audición y Lenguaje-CPAL.

Declaro conocer que esta evaluación forma parte de una investigación académica y plantea observar y analizar el habla de mi hijo(a); y que esto se realizará mediante una entrevista y una grabación en video.

Autorizo la utilización de este video para fines académicos sabiendo que sus resultados podrán ser divulgados para el conocimiento de los profesionales de las áreas involucradas.

(De aceptar su participación llene los siguientes datos)

Nombre completo del niño (a) Vicente Mariano Hoyos Jonsson

Fecha de nacimiento: 21 / 03 / 2014 Sexo: Masculino  Femenino ( )

Persona que autoriza: Padre ( ) Madre  Tutor ( )

Nombres y apellidos: Karin Mari Jonsson Alba

DNI: 09533353 Firma de autorización: Karin Jonsson

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN CON FINES ACADÉMICOS

Por intermedio de este documento acepto que mi hijo(a) Dylan Adriano Rivadeneira C. de 6 años participe en la investigación: **“Intervención Fonoaudiológica en cuatro casos de niños con Tartamudez”** realizada por Ana María Benites Carbajal y Karla Villacorta Alfaro, estudiantes de la Maestría en Fonoaudiología con mención en Motricidad Oral, Voz y Tartamudez del Centro Peruano de Audición y Lenguaje-CPAL.

Declaro conocer que esta evaluación forma parte de una investigación académica y plantea observar y analizar el habla de mi hijo(a); y que esto se realizará mediante una entrevista y una grabación en video.

Autorizo la utilización de este video para fines académicos sabiendo que sus resultados podrán ser divulgados para el conocimiento de los profesionales de las áreas involucradas.

(De aceptar su participación llene los siguientes datos)

Nombre completo del niño (a) Dylan Adriano Rivadeneira Castañeda

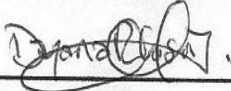
Fecha de nacimiento: 09/07/12

Sexo: Masculino  Femenino

Persona que autoriza: Padre  Madre  Tutor

Nombres y apellidos: Dayana Jocelyn Rivadeneira Castañeda

DNI: 48463041

Firma de autorización: 

ANEXO 4

AUTORIZACIÓN CON FINES ACADÉMICOS

Por intermedio de este documento acepto que mi hijo(a) Fabrizio Nicolás Alcoócer Salazar de 6 años participe en la investigación: **“Intervención Fonoaudiológica en cuatro casos de niños con Tartamudez”** realizada por Ana María Benites Carbajal y Karla Villacorta Alfaro, estudiantes de la Maestría en Fonoaudiología con mención en Motricidad Oral, Voz y Tartamudez del Centro Peruano de Audición y Lenguaje-CPAL.

Declaro conocer que esta evaluación forma parte de una investigación académica y plantea observar y analizar el habla de mi hijo(a); y que esto se realizará mediante una entrevista y una grabación en video.

Autorizo la utilización de este video para fines académicos sabiendo que sus resultados podrán ser divulgados para el conocimiento de los profesionales de las áreas involucradas.

(De aceptar su participación llene los siguientes datos)

Nombre completo del niño (a) Fabrizio Nicolás Alcoócer Salazar

Fecha de nacimiento: 06/07/12 Sexo: Masculino () Femenino ()

Persona que autoriza: Padre () Madre () Tutor ()

Nombres y apellidos: Madeleine Antonieta Salazar Rivas

DNI: 42524746 Firma de autorización: Madeleine Salazar R.

**ANEXO 5**

**HISTORIA CLÍNICA – TARTAMUDEZ – DISFLUENCIA INFANTIL**

**FICHA DE HISTORIA CLÍNICA**

n°
----

Dra. Cristiane Moço Canhetti de Oliveira

Traducido al español: Lydia Fernández

1. Identificación del paciente

Nombre completo:		Género: ( )M ( )F	Fecha de consulta:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Documento de Identidad:	Local de la consulta:
Diestro: ( )		Zurdo: ( )	Grado de escolaridad:
Nombre completo de la madre:		Edad:	
Profesión:			
Nombre completo del padre:		Edad:	
Profesión:			

2. Dirección para correspondencia:

Dirección:			Número:
Interior:	Distrito:		Código Postal:
Ciudad:	Provincia:	Telf. casa ( )	Cel.: ( )
e-mail:			

3. Antecedentes familiares:

Deficiencia mental en la familia: ( ) Si ( ) No      prima de segundo grado de la madre, varios casos
Caso de malformación en la familia: ( ) Si ( ) No      un dedo
Recurrencia familiar de alguna u otra dolencia: ( ) Si ( ) No

Consanguinidad entre los padres: ( ) Si ( ) No	Tipo:
Tartamudez: ( ) Si ( ) No	Tartamudez en otros miembros de la familia: ( ) Si ( ) No Cuántos? ( )

4. Heredograma:

5. Queja:

Describa con las propias palabras de la madre:
Cuando comenzó:
Tiempo de duración de las disfluencias:

6. Desarrollo del habla y del lenguaje:

¿Cuándo comenzó a hablar las primeras palabras?
¿Cuándo comenzó a unir las palabras para hablar frases?



7. Desarrollo médico y general (factores estresantes físicos)

- Prematuridad:
- Permanencia en sala de riesgo
- Otras complicaciones pre natales
- Hospitalizaciones:
- Infecciones graves:
- Hallazgos neurológicos (convulsiones, medicamentos neuro epilépticos, etc):
- Dolencias que ya presentó
- Accidentes:
- Medicamentos que toma actualmente:
- El niño presenta algún otro diagnóstico médico o alguna otra queja?

8. Surgimiento de las disfluencias:

Cómo fue el surgimiento de las disfluencias:

- súbito (de una hora para a otra)
  - cíclico (va y viene, tiene días y fases mejores o peores)
  - persistente (desde que comenzó a hablar, permanece constante; se viene agravando con el tiempo)
- ¿Quiénes lo han notado?

¿Hubo algún hecho, situación o cambio que ocurrió en la época de surgimiento de la tartamudez?

**BAJO ESTRES:**

- muerte de animal querido  problemas con un profesor o amigos de clase
- cambios de hábitos personales (sueño, alimentación, disciplina)
- cambio de residencia o de escuela  viaje de vacaciones
- otros:

**MEDIO ESTRES:**

- reconciliación de los padres  pérdida de empleo de los padres  madre comienza a trabajar
- dificultades en la escuela  nacimiento de hermano/a  cambios en la condición financiera
- problema de salud en la familia o con personas próximas  embarazo de la madre
- otros:

**ALTO ESTRESS:**

- muerte o divorcio de los padres  muerte o dolencia grave en la familia próxima
- otros: \_\_\_\_\_

9. Evolución del cuadro clínico:

- mejoró: las disfluencias disminuyeron
- estable: no mejoró, no empeoró
- empeoró: las disfluencias aumentaron con el pasar del tiempo

10. Descripción de la tartamudez:

- Actualmente, como es la tartamudez del niño:  
 TIPOLOGIA:  
 Disfluencias más comunes:  hesitaciones  interjecciones  revisiones  
 palabras no terminadas  repeticiones de frases  
 Disfluencias mixtas: 1 como máximo 2 repeticiones de sonidos, sílabas o palabras esporádicamente y sin factores cualitativos asociados  
 Disfluencias menos comunes:  3 o más repeticiones de palabras  
 repeticiones de parte de palabra  sílaba)  repeticiones de sonidos  
 prolongamientos  bloqueos  pausas  intrusiones

11. Factores cualitativos asociados:

tensión corporal asociada  
 rupturas por alteraciones en la coordinación pneumo-fono  
 alteraciones en la velocidad (principalmente aceleración)  
 aumento y/o variación de intensidad (alto/bajo)  
 frecuencia alterada (grave/agudo)

12. Factores comunicativos asociados

alteraciones fonoaudiológicas (omisiones, distorsiones o cambios de sonidos)  
 alteraciones miofuncionales y neurovegetativas  no realiza cambios de turnos  
 no tiene buena memoria  sólo hace frases cortas y simples  
 no ejecuta satisfactoriamente ordenes  no sabe el nombre de .....  
 sólo la familia entiende lo que el niño/a habla  Otros:

13. Reacción del niño:

	Frecuentemente	A veces	Nunca
Vergüenza excesiva			
Pequeña resistencia a la frustración			
Ansiedad excesiva			
Sensibilidad exacerbada			
Timidez			
Irritación (propensión a la rabia y al descontrol)			
Baja estima			
Perfeccionismo			

Sensación de fracaso cuando compite por atención			
Inclinación a la autoagresión, tendencia a culpa, propenso a accidentes			
Dependencia exagerada			
Carencia afectiva			
Falta de atención			
Fuertes miedos, ¿cuáles?			
Inseguridad persistente, falta de confianza			
Hiperactividad			

#### 14. Conciencia de la tartamudez y evitación

El niño tiene consciencia de la tartamudez? ( ) si ( ) no
¿Cómo Ud. percibió que él(ella) es consciente?
El niño tiene frustración sobre el habla? ( ) si ( ) no
El niño tiene tensión física durante la tartamudez? ( ) si ( ) no
El niño reclama o se queja de que él(ella) no consigue hablar? ( ) si ( ) no

#### 15. Perjuicio en la calidad de vida

El niño ha sufrido algún problema debido a su tartamudez, como preconcepto, burlas, ....? ( ) si ( ) no
¿La profesora ya notó la tartamudez? ¿Cómo reaccionó? ¿Los compañeros de la escuela han dado cuenta de la tartamudez? ( ) Sí ( ) No ¿Cuál fue la reacción)?
Otras personas, vecinos, familiares, amigos, ¿cómo reaccionan ante la tartamudez?

#### 16. Factores de mejora y empeoramiento de la tartamudez

Situaciones en que la tartamudez mejora	Situaciones en que la tartamudez empeora

#### 17. Sentimientos de los padres en relación a la tartamudez:

( ) frustración ( ) miedo ( ) culpa ( ) ansiedad ( ) tristeza
---

<input type="checkbox"/> inseguridad <input type="checkbox"/> otros: Hubo algún cambio en la dinámica familiar debido a la tartamudez del niño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---

18. Factores precipitadores y mantenedores de la tartamudez

Qué factores Ud. percibe que ocurren y que empeoran la tartamudez o ayudan a mantener las disfluencias?
¿Qué profesionales ya ha consultado por causa de la tartamudez?  ¿Qué orientaciones han recibido?
¿Qué hicieron para ayudar al niño hasta hoy?

19. Rutina del niño:

De lunes a viernes desde la hora que se levanta hasta la hora que va a dormir:
De final de semana:

Realizado por:
----------------

## ANEXO 6

**Lic. José A. Niño de Guzmán C.**

TRADUCTOR COLEGIADO

CTP No. 0077

www.colegiodetraductores.org.pe

TC-117-12

TARTAMUDEZ INFANTIL: RIESGO, DIAGNÓSTICO Y PROGRAMAS TERAPÉUTICOS  
CLAUDIA REGINA FURQUIM DE ANDRADE

### 3. PROTOCOLO DEL PERFIL DE LA FLUIDEZ DEL HABLA

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo de control:

#### 1. Tipología de las disfluencias

Disfluencias comunes	Disfluencias tartamudeadas	
vacilaciones	repetición de sílabas	
interjecciones	repetición de sonidos	
revisiones	prolongamientos	
palabra no terminada	bloqueos	
repetición de palabras	pausas	
repetición de parte del enunciado	intrusión de sonidos	
repetición de frases		
<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>	

#### 2. Velocidad del habla.

Flujo de Palabras por Minuto	Flujo de Sílabas por Minuto	

#### 3. Frecuencia de las rupturas.

% Discontinuidad del Habla	% Disfluencias Tartamudeadas	

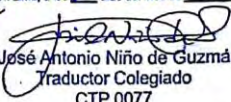
Transcripción de la Muestra del Habla:

ART/jan

El Traductor Colegiado Certificado, miembro del Colegio de Traductores del Perú (CTP) que suscribe, declara que la presente Traducción Certificada, que consta de 1 página(s), es una versión fiel y correcta al castellano del documento adjunto en idioma Portugués que se ha tenido a la vista.

Se certifica la fidelidad de la traducción mas no se asume responsabilidad por la autenticidad o el contenido del documento en lengua origen.

Firmado en Lima, a los 12 días del mes de Mayo de 2012

  
 Lic. José Antonio Niño de Guzmán C.  
 Traductor Colegiado  
 CTP 0077



Oficina: Calle Ocharán 444 – Dpto 103 – B, Lima 18 – PERÚ  
 Teléfono: (511) 2430053 – Celular: (511) 997215022  
 e-mail: jantraducciones@gmail.com

**ANEXO 7**

**SSI – 3 INSTRUMENTO DE SEVERIDAD DE LA TARTAMUDEZ**

(Adaptado de Stuttering Severity Instrument, Riley, 1994)

Nombre: \_\_\_\_\_ Manual: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>FRECUENCIA</b>		
Tarea de habla		
Porcentaje	Escore	
1	4	
2	6	
3	8	
4 – 5	10	Escore <input type="checkbox"/>
6 – 7	12	
8 – 11	14	
12 – 21	16	
22 o más	18	
<b>DURACIÓN</b>		
Media de las 3 mayores disfluencias tartamudeadas	Escore	
Asistemáticos (5 milisegundos o menos)	2	
Medio segundo (5 – 9 milisegundos)	4	
1 segundo ( 1.0 – 1.9 Segundos)	6	
2 segundos (2.0 – 2.9 segundos)	8	Escore <input type="checkbox"/>
3 segundos (3.0 – 4.9 segundos)	10	
5 segundos (5.0 – 9.9 segundos)	12	
10 segundos (10.0 – 29.9 segundos)	14	
30 segundos (30.0 – 59.9 segundos)	16	
1 minuto (60 segundos o más)	18	
<b>CONCOMITANTES FÍSICOS</b>		
Escala de evaluación	0 = ningún	
	1 = no notado a menos que se procure por él	
	2 = poco notado por el observador casual	
	3 = distrae, llama la atención	
	4 = muy distractivo	
	5 = apariencia grave y dolorosa	
sonidos dispersivos	Respiración ruidosa, ruido de silbido o resfriado, soplo y sonidos de estallido	0 1 2 3 4 5

movimientos faciales	Movimientos incoordinados de mandíbula, protrusión de lengua, presionar los labios, tensión en la musculatura de la mandíbula	0 1 2 3 4 5
Movimientos de cabeza	Movimientos de cabeza para atrás, para frente, pobre contacto ocular, mirar para los lados	0 1 2 3 4 5
Movimientos de las extremidades	Movimientos de brazos y manos, manos llevadas al rostro, movimientos de tronco, de piernas, golpear o frotar los pies en el suelo	0 1 2 3 4 5
Escore total de los concomitantes físicos: _____		
<b>ESCORE TOTAL</b>		
Frecuencia _____ + Duración _____ + Concomitantes Físicos _____ = _____		
Gravedad = _____		

Tabla de la Gravedad de la tartamudez para niños pre escolares hasta 6 años 11 meses

Puntaje	Gravedad
0-8	Muy leve
9-10	Muy leve para leve
11-12	Leve
13-16	Leve para moderada
17-23	Moderada
24-26	Moderada para grave
27-28	Grave
29-31	Grave para muy grave
32 o más	Muy grave

## ANEXO 8

### PROTOCOLO DE RIESGO PARA LA TARTAMUDEZ DEL DESARROLLO

(Andrade, 2006)

Nombre:	Edad:		Fecha:
	2-4	4-7	7-12
1. Edad			
2. Sexo (F=1, M=2)			
3. Tipología de la disfluencia			
4. Tiempo de surgimiento de la disfluencia			
5. Tipo de surgimiento			
6. Factores comunicativos asociados			
7. Factores cualitativos asociados			
8. Componentes estresantes asociados			
9. Histórico prenatal y post natal			
10. Antecedentes familiares			
11. Reacción familiar			
12. Actitud familiar			
13. Reacción del niño			
14. Reacción social			
15. Orientación profesional			
Resultado			
Nivel	Bajo riesgo	Riesgo	Alto riesgo



## ANEXO 9

### PLAN DE INTERVENCIÓN CASO N° ...

PERIODO: agosto a noviembre del 2018

#### DATOS GENERALES

Especialistas	:	Karla Isabel Villacorta Alfaro, Ana María Benites Carbajal
Apellidos y nombre	:	
Edad	:	
Fecha de Nacimiento	:	
Colegio	:	
Escolaridad	:	
Horario	:	Miércoles y Viernes
Presunción diagnóstica	:	Tartamudez del desarrollo de grado Moderado

#### OBJETIVOS

- Disminuir las disfluencias tartamudeadas
- Disminuir las disfluencias comunes
- Aumentar el flujo de sílabas y palabras por minuto.
- Reducir los concomitantes físicos de tensión en la musculatura periorbicular.
- Aumentar sus habilidades comunicativas.
- Sensibilizar a la familia para realizar cambios en la interacción comunicativa dentro del ambiente familiar.

<b>ÁREA</b>	<b>COMPONENTE</b>	<b>ASPECTOS</b>	<b>CONTENIDOS</b>
HABLA	FLUIDEZ	Conocimiento de la producción del habla.	Órganos y función de las estructuras y sistemas de la producción del habla.  Habla suave, pausada y continua (habla fácil)
		Disfluencias tartamudeadas	Repetición de sílabas, Repetición de sonidos, Prolongamientos Bloqueos Pausas, Intrusión de sonidos.
		Disfluencias comunes	Vacilaciones Interjecciones Revisiones Palabra no terminada, Repeticiones de palabras Repetición parte enunciado Repetición de frases.
		Concomitantes físicos	Reducir los concomitantes físicos de tensión en la musculatura periorbicular.
Habilidades comunicativas	-Mirar a los ojos, hablar en velocidad pausada, voz con volumen y tono medio.		
Familiar	-Aprender sobre la tartamudez. -Desarrollar modelos comunicativos que favorezcan la fluidez y practicarlos en interacciones comunicativas con su hijo.		