

CARACTERIZACIÓN DE LA TARTAMUDEZ DESDE EL MODELO BIO-PSICO
SOCIAL: APLICACIÓN DE LA “PAUTA DE EVALUACIÓN
FONOAUDIOLÓGICA PARA LA TARTAMUDEZ (PEFT)” EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES DE TRES INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO
DE POPAYAN
AÑO 2.016

ESTUDIANTES

Jackeline Bolaños Silva
Richard Fabián Chantre Gelpud
Rúber Astul Quinayás Bermeo
Sara Natalia Samudio Suárez
Leidy Silva Samboní
María Alejandra Solarte Arteaga
Dali Constanza Quirá Camayo

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDIOLÓGÍA
POPAYÁN CAUCA

2016

CARACTERIZACIÓN DE LA TARTAMUDEZ DESDE EL MODELO BIO-PSICO
SOCIAL: APLICACIÓN DE LA “PAUTA DE EVALUACIÓN
FONOAUDIOLÓGICA PARA LA TARTAMUDEZ (PEFT)” EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES DE TRES INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO
DE POPAYAN
AÑO 2.016

ESTUDIANTES

Jackeline Bolaños Silva
Richard Fabián Chantre Gelpud
Rúber Astul Quinayás Bermeo
Sara Natalia Samudio Suárez
Leidy Silva Samboní
María Alejandra Solarte Arteaga
Dali Constanza Quirá Camayo

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ASESORAS

Mgr. Gloria Hermelinda Gilón Fernández
Mgr. Isabel Muñoz Zambrano

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDIOLÓGÍA
POPAYÁN CAUCA

2016

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por ser el guía a lo largo de nuestra carrera, por ser la roca fuerte en los momentos de debilidad y brindarnos oportunidades en esta largo proceso que permitieron nuestro aprendizaje.

Agradecemos a nuestras familias, por habernos brindado la oportunidad de estudiar esta hermosa profesión; por su comprensión, motivación y apoyo incondicional, que los llevó a convertirse en los pilares fundamentales en el transcurrir de esta etapa.

Agradecemos a cada uno de las instituciones y participantes quienes permitieron seguir en curso este proyecto investigativo, el cual fue elaborado por su grupo investigador.

Un agradecimiento sincero a cada una de las integrantes del grupo investigativo, quienes en este proceso aportaron de una y otra forma con su conocimiento y tiempo para poder lograrlo.

A nuestras asesoras, por compartir sus conocimientos metodológicos y teóricos que nos sirvieron de guía en el desarrollo de este proceso investigativo.

TABLA DE CONTENIDO

1. PROBLEMA.

1.1 ÁREA PROBLEMÁTICA

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3. ANTECEDENTES

3.1 EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

3.2 EN EL ÁMBITO NACIONAL

4. MARCO TEÓRICO

4.1 DEFINICIÓN

4.2 PERFILES Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS SUJETOS QUE PRESENTAN TARTAMUDEZ

4.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS SUJETOS QUE PRESENTAN TARTAMUDEZ

4.4 EVALUACIÓN.

4.4.1 Descripción de la pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consultan por tartamudez.

4.4.1.1 Módulo I: Entrevista a los padres.

4.4.1.2 Módulo II: Entrevista con el paciente

4.4.1.3 Módulo III: Exmanen de la fluidez

4.5 TRATAMIENTO.

4.5.1 Procedimientos indirectos: modificación de la tartamudez o facilitación.

4.5.2 Procedimientos directos: moldeamiento de fluidez o modificación del habla.

4.5.2.1 Velocidad, prosodia y duración.

4.5.2.2 Equilibrio de retroalimentación.

4.5.3 Otras técnicas.

4.5.3.1 Estrategias para promover la generalización y el mantenimiento.

5. METODOLOGÍA.

5.1 TIPO DE ESTUDIO.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

5.2.1 Población universo.

5.2.2 Tipo de muestreo.

5.2.3 Tamaño de la muestra.

5.2.4 Criterios de inclusión.

5.2.5 Criterios de exclusión.

5.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

5.3.1 Módulo I: Entrevista a los padres.

5.3.2 Módulo II: Entrevista al niño/adolescente.

5.3.3 Módulo III: Evaluación de la fluidez.

5.4 PROCEDIMIENTO.

5.5 PLAN DE ANÁLISIS.

5.5.1 Análisis Univariado.

5.5.2 Análisis Bivariado.

5.6 VARIABLES.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

7. DISCUSIÓN

8. CONCLUSIONES.

9. RECOMENDACIONES.

BIBLIOGRAFÍA.

ANEXOS.

LISTA DE TABLAS.

Tabla 1. Niños y adolescentes detectados en las tres instituciones educativas de la ciudad de Popayán año 2016.

Tabla 2. Rejillas de la naturaleza de las variables.

Tabla 3. Variables cualitativas.

Tabla 4. Distribución porcentual de las variables socio-demográficas en niños y adolescentes evaluados de tres instituciones.

Tabla 5. Distribución porcentual de las bases funcionales del habla en niños y adolescentes evaluados de tres instituciones.

Tabla 6: Distribución porcentual de la fluidez verbal en niños y adolescentes de tres instituciones.

Tabla 7: Distribución porcentual las bases funcionales según la edad en niños y adolescentes evaluados de las tres instituciones.

Tabla 8: Distribución porcentual de la fluidez verbal según la edad en niños y adolescentes evaluados de las tres instituciones.

Tabla 9: Distribución porcentual de la fluidez verbal según el grado escolar en niños y adolescentes evaluados de las tres instituciones.

Tabla 10: Distribución porcentual de las bases funcionales según el estrato socioeconómico de niños y adolescentes evaluados de las tres instituciones.

Tabla 11: Distribución porcentual de la fluidez verbal según el estrato socioeconómico de los niños y adolescentes evaluados de las tres instituciones.

Tabla 12: Características psicosociales manifestadas por la población de estudio.

LISTA DE ANEXOS.

ANEXO I: MÓDULO I: ENTREVISTA A LOS PADRES

ANTECEDENTES GENERALES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES ESCOLARES

ANTECEDENTES FAMILIARES DEL PROBLEMA

PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA FRENTE AL PROBLEMA

PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA FRENTE A LA TERAPIA

ANEXO II: MÓDULO II: ENTREVISTA AL NIÑO / ADOLESCENTE

MOTIVO DE CONSULTA

ANTECEDENTES ESCOLARES

PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA

FACTORES DESENCADENANTES

MANIOBRAS COMPENSATORIAS

SOCIABILIDAD

POSTURA FRENTE A LA TERAPIA

ANEXO III: EVALUACIÓN DE LA FLUIDEZ

BASES FUNCIONALES DEL HABLA

RESPIRACIÓN

TONICIDAD

VOZ

COMPONENTES DE LA FLUIDEZ

VELOCIDAD

FLUENCIA

LISTA DE FRASES

RITMO

TEXTO PARA NIÑOS

TEXTO PARA ADOLESCENTES

LÁMINA PARA DESCRIPCIÓN

Resumen

La tartamudez, es un trastorno de la fluidez verbal que ha sido evaluada por medio de diferentes pruebas desde los procesos anatómo-fisiológicos; sin embargo, en este estudio se abordó el modelo biopsicosocial. La investigación tuvo como objetivo determinar sus características en niños y adolescentes de tres Instituciones Educativas del municipio de Popayán. **Materiales y métodos:** Consistió en un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, de serie de casos. La población estuvo compuesta por 12 sujetos, seleccionados de manera no aleatoria. Para la evaluación se aplicó la “pauta de evaluación fonológica para sujetos que consultan por tartamudez” (PEFT) elaborada por Juana Barrera Jiménez, que establece las características de la fluidez verbal. **Resultados:** Se realizó un análisis univariado y bivariado de las variables sociodemográficas, biológicas y psicosociales. Como principales resultados, se evidenció que la totalidad de la población fue masculina 100%; también, la mayoría está en un rango de edad de 6 a 12 años; las características más alteradas fueron la coordinación fonorespiratoria y la velocidad del habla espontánea con un 41,7%, así mismo, el 25% presentó un tipo de espasmos clónico. Con relación a las variables psicosociales, se evidencia que la respuesta más común entre los sujetos sobre factores que incrementen la tartamudez, es la presencia de personas con autoridad y que disminuye cuando se encuentran en el contexto familiar. **Conclusiones:** La pauta utilizada en este estudio investigativo, se ajusta a este tipo de población y permite ver la patología desde un modelo integrador.

1. PROBLEMA

1.1 ÁREA PROBLEMÁTICA

Habla se refiere al resultado verbal de una acción motora realizada por el aparato bucal y los órganos fonoarticulatorios, siendo dirigida por ciertas áreas del cerebro; el habla, tiene que ver directamente con actos motores, el cual está al servicio del lenguaje que es la capacidad del ser humano para expresar sus pensamientos, sentimientos por medio de distintos sistemas (gestual, escrito) y signos vocales (lenguaje oral), siendo un sistema que le permite comunicarse de una forma más libre, a través del habla, siendo este último el más complejo, esto es lo que diferencia del lenguaje, ya que este, es una función cognitiva superior que implica un proceso mental.

En cuanto al habla, implica la correcta articulación de los sonidos (fonemas) consonánticos y vocálicos; siendo la fluidez verbal del lenguaje oral un componente de esta; además, hace parte la velocidad con que se está produciendo cada sonido o fonema; sin embargo, algunas veces esto se ve afectado provocando diferentes patologías, entre ellas, la tartamudez, que según Juana Barrera¹, es uno de los defectos más conocidos del habla, caracterizada por un trastorno en la fluidez de la expresión verbal. En la actualidad, se conoce que el trastorno de la tartamudez o espasmofemia no altera el contenido de lo que se dice, pero se manifiesta de forma en que la persona se traba o repite un sonido, sílaba o palabra de manera periódica, conllevando a una alteración involuntaria de la fluencia de la expresión verbal, sin tener en cuenta diferentes culturas, razas, idiomas y periodos históricos.

Desde la posición de Rodríguez, la tartamudez se manifiesta también como un trastorno del habla que afecta el proceso comunicativo, caracterizado por interrupciones involuntarias en la fluidez del habla de las personas, acompañada de tensión muscular en cara y cuello, siendo la expresión visible de la interacción de factores orgánicos, psico-sociales (modelo Bio- Psico –social)²; los cuales determinan y orientan en el individuo la conformación de un ser con características de tartamudez.

¹ BARRERA, Juana. Diseño y aplicación de una pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez. Santiago, Chile. 2004. p.8.

² RODRÍGUEZ C, Pedro R. Hablan los tartamudos. Caracas: Publicaciones de la Universidad Central de Venezuela. 2005.

Actualmente, se estima que en el mundo un total de 68 millones de personas tartamudean (casi 1% de la población), mostrando disfluencia constante, según Craig, et al.³

En España (2010) el 1,49% de la población en general presenta alteraciones en los trastornos del lenguaje, habla y comunicación; la tartamudez tiene una prevalencia del 7,7% de estas. Los valores de prevalencia en esta categoría son: 0,5% en los 5 primeros años de vida, entre los 6-10 años (25,7%), de los 11-15 años (22,9%) y en edades posteriores, entre los 16 a 25 años los porcentajes se sitúan en valores levemente superiores al (10%).⁴

Alrededor de tres millones de personas en los Estados Unidos (2010) tartamudean, afectando a personas de todas las edades; alrededor del 5% de todos los niños tartamudearán durante alguna etapa de su vida y alrededor del 1% o menos de los adultos lo hará.⁵

En Argentina (2010), se calculan 170.000 personas con tartamudez, es decir, el 5% de la población en general la sufriría; en edad preescolar el 5% de los niños padecen esta alteración en una razón de 3 niños por cada 2 niñas, con el aumento de la edad la alteración tiende a afectar más a los niños, en la segunda infancia la relación es de 3 niños por cada niña, más aún, en la adolescencia la razón es de 4 hombres por cada mujer, por último, en la edad adulta hay una relación de 5 hombres por cada mujer, lo que indica claramente que la tartamudez crónica afecta en mayor razón a los varones, o bien que las mujeres tienen más facilidad para superar la tartamudez.⁶

En Colombia, el informe del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) 2015, reporta que el 20,02 % de la población estudiada presenta dificultades para Hablar y comunicarse, dentro de este grupo se describen personas con dificultades graves o importantes para formular o entender mensajes verbales: el tono, la vocalización, la producción de sonidos, la

³ GONZÁLEZ García, Cynthia Magally; Recuperación de la fluidez en un caso clínico de disfemia; Instituto Superior de Estudios Psicológicos; 2015.

⁴ GARCÍA-Mateos, Montfragüe. Análisis de la demanda asistencial en trastornos del lenguaje, habla y comunicación; un estudio epidemiológico realizado desde la unidad asistencial de logopedia de la Universidad Pontificia de Salamanca (UPSA). Salamanca, España. 2010.

⁵ El tartamudeo, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Institutos Nacionales de Salud; Instituto Nacional de la Sordera y Otros Trastornos de la Comunicación. 2010.

⁶ IMPAGLIAZZO, Cyntia. Personas con Tartamudez: Propuesta de Intervención. Universidad del Aconcagua; Mendoza, Argentina. 2010.

velocidad, así como aquellos que son inadecuados para el hablante en términos de edad o desarrollo físico) y no verbales (expresión facial, gestos, signos). Además, se refiere a personas con dificultades graves o importantes para articular las palabras (mudez, tartamudez), personas con dificultades para entender y/o producir mensajes por medio de lenguajes alternativos formales o de signos (lenguaje de sordos, lenguajes asistidos por ordenador)⁷.

En un estudio realizado por *Alfredo Ardila, et all*, en Santa Fé de Bogotá, Colombia en el año 2004 se concluyó que los problemas de habla, entre ellos la tartamudez se asociaron con el género, siendo la población masculina la más afectada en una relación de 3 hombres por 3 casos presentados.⁸

A nivel departamental, según datos aportados por la Secretaría de Salud se encuentran cifras que indican una prevalencia sobre las alteraciones de las características de la fluidez verbal; para tal fin se indagó sobre dos diagnósticos asociados a esta alteración como son F80.8 (Otros trastornos del desarrollo del habla) para la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y F98.5 (Tartamudeo) según la Guía de los Desórdenes Para Las Alteraciones en Salud (DSM Versión 5), entre el periodo de 2011 a 2015, donde fueron reportados 337 usuarios; de los cuales 58 personas se encuentran ubicados en la ciudad de Popayán.⁹ Los usuarios incluidos en estos diagnósticos, no han sido abordados desde una perspectiva bio-psico-social, pues se considera que el modelo evaluativo que se ha venido empleando, está enfocado solo en la teoría biológica, la cual tiene en cuenta solo el aspecto clínico de la tartamudez como eje central del problema.

Actualmente, en el departamento del Cauca, para evaluar la fluidez verbal se utilizan instrumentos de otros países no validados en Colombia, sin tener en cuenta el modelo Bio-Psico-Social como referencia de evaluación, sin embargo, existe una pauta de evaluación estandarizada en Chile, basada en este modelo teórico, realizado por la fonoaudióloga Juana Barrera, que abarca una valoración más amplia, completa e integral de la tartamudez; permitiendo conocer los

⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Sala situacional de personas con discapacidad. Agosto de 2015. P. 14-15. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Sala-situacional-discapacidad-Nacional-agosto-2015.pdf>.

⁸ ROSELLI, Mónica & Colbs. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Frecuencia y caracterización de los problemas específicos de aprendizaje en una población escolar. Santa Fé de Bogota, Colombia. Suma Psicologica. 1997. Vol. 2, No 2.

⁹ Secretaría de Salud Departamental. Popayán, Cauca, Colombia. 2015.

componentes específicos y alteraciones asociados a ésta, determinando las características de la fluidez verbal. Por esta razón, será utilizada para evaluar a población estudio.

Al mismo tiempo, la investigación trasciende en el ámbito social porque aportará la detección de las alteraciones del estado de la fluidez verbal, orientando a un diagnóstico más completo desde la teoría Bio-Psico-Social, permitiendo realizar una intervención terapéutica oportuna, integrando los tres modelos anteriormente mencionados, teniendo en cuenta las necesidades de cada usuario, ofreciendo un mejor pronóstico.

En el ámbito académico, se proporcionará al programa de fonoaudiología de la Universidad del Cauca una evidencia basada en la aplicación de la evaluación formal, para sujetos que consultan por tartamudez (PEFT), con el propósito de identificar los beneficios de la prueba desde la perspectiva Bio-Psico-Social, con el fin, que en el programa se use como aporte para futuras etapas de procesos investigativos pensando en la validación de la prueba en Colombia, como también para un diagnóstico y posible tratamiento integral, teniendo en cuenta aspectos culturales y sociales del usuario. Así mismo, servirá de base para otros estudios que permitan ajustar las características de esta a las necesidades de la población.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de la fluidez verbal desde un abordaje Bio-Psico-Social en niños y adolescentes de 6 a 18 años de tres instituciones educativas del municipio de Popayán, mediante la “Pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez”?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de la fluidez verbal según el modelo Bio-Psico-Social en niños y adolescentes en edades comprendidas entre los 6 y 18 años, mediante la pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las variables socio-demográficas de la población objeto a estudio.
- Determinar las características clínicas del habla, como los son bases funcionales (respiración, tonicidad y voz) y la fluidez verbal (velocidad, fluencia, ritmo, número y tipo de espasmos).
- Establecer el comportamiento de las características clínicas del habla con las variables sociodemográficas.

3. ANTECEDENTES.

La tartamudez es una alteración en la fluidez verbal del habla que afecta la calidad de comunicación de las personas que la padecen. Existen estudios tanto a nivel nacional e internacional, que han tratado de abordar el tema y evaluarlo desde diferentes perspectivas, con el fin de conocer el origen o causa de los mismo para poderlos intervenir. A continuación se presentan algunos estudios, como resultado de la revisión bibliográfica realizada:

3.1 EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL SE ENCUENTRAN:

El tratamiento de un caso de tartamudez a través del método de Azrin y Nunn, realizado por los autores Moreno Manso, Juan Manuel y García-Baamonde Sánchez Centro de Psicología y Logopedia Althea, Cádiz España, en el año

2002. Es un artículo en el cual se describe un caso de un niño de 12 años de edad con tartamudez y tics nerviosos, se le realiza una evaluación a partir de una anamnesis, iniciando con la exploración de habla, de su personalidad, del grado de adaptación personal, social y escolar, con la finalidad de determinar el estado inicial del paciente, antes de un procedimiento terapéutico de hábitos nerviosos. La evaluación consiste en la aplicación de las pruebas (durante 3 sesiones): CPQ (Cuestionario de Personalidad para niños-Forma A [Porter y Cattell, 1988]); TAMAI (Test Auto evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil [Hernández, 1996]); y análisis del habla del niño a lo largo de las sesiones de evaluación. El estudio se realizó tanto cuantitativa como cualitativamente. La finalidad era determinar el número de disfluencias del niño, el tipo de errores que comete, la presencia o no de movimientos asociados, la tasa respiratoria, la tensión muscular y si la presencia de la madre aumentaba su tartamudeo, las sesiones se registraron en vídeo para un posterior análisis más completo y preciso del patrón de habla del niño. El estudio de la grabación permitió establecer la línea base a partir de la cual se pudo constatar los avances, una vez puesta en marcha la intervención. El estudio del habla se realizó sobre muestras de 100 palabras en diferentes momentos. Una vez analizada la grabación se constató la presencia de un total del 17 % de disfluencias en situaciones de conversación y descripción/narración, que disminuían considerablemente en tareas de lectura (9 %) y aumentaban en presencia de la madre (23 %). También se pudo constatar un mayor número de repeticiones de sílabas que de palabras, los bloqueos se producían fundamentalmente al inicio de sus comunicaciones o tras la intensa repetición de una sílaba. En esos momentos también se detectó la falta de aire y una elevada tensión muscular en cara, cuello y hombros que duraba 2-3 segundos en la cual se producía enrojecimiento; La muletilla “pues” aparece generalmente en sustitución del bloqueo, Sólo de manera excepcional no acaba las frases, se, observó el movimiento de la cabeza hacia el lado derecho el abrir y cerrar de ojos como conductas asociadas a las repeticiones o bloqueos. Los movimientos asociados de caderas y espalda sólo se producen en presencia de la madre durante una de las sesiones, de ahí que se piensa que estas conductas puedan ser una llamada de atención sobre la madre. El tratamiento de la tartamudez se abordó a lo largo de diez sesiones, a partir de la tercera sesión se trabajó en habilidades sociales. Se puede concluir que el resultado de la intervención fue parcialmente exitoso, ya que se consiguió reducir la tartamudez del niño considerablemente.¹⁰

¹⁰ MORENO Manso Juan Manuel y García-Baamonde Sánchez. El tratamiento de un caso de tartamudez a través del método de Azrin y Nunn, Centro de Psicología y Logopedia Althea, Cádiz España. 2002. p.1

Otro estudio fue “El diseño y aplicación de una pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez”¹¹ realizada en Santiago – Chile 2004 por Daniela Ahumada Monroy, Denisse Alday Díaz, Marcela Miranda Soto, Paola Zamorano Salinas, tutor principal Flga. Juana Barrera Jiménez, asesor metodológico Prof. Ilse López Bravo en la Universidad de Chile, facultad de medicina departamento de Fonoaudiología, se diseñó la pauta, ya que se sabe que en Chile no existen pautas específicas que enfoquen todos los tipos de manifestaciones de este trastorno, por lo que los especialistas se basan sólo en su criterio y experiencia profesional. Para tal efecto, en una primera instancia, se recopiló información acerca de la patología en estudio, a través de una detallada y minuciosa revisión bibliográfica tanto nacional como internacional, lo que permitió, en una segunda instancia, construir una Pauta de Evaluación Fonoaudiológica para personas que consultan por Tartamudez (P.E.F.T.), la que fue validada por cuatro jueces expertos, con una vasta experiencia clínica en el tema. Posteriormente, fue, aplicada en forma experimental a un niño y un adolescente chilenos, lo que permitió comprobar la gran efectividad / aplicabilidad clínica de esta Pauta, ya que es posible precisar las características del cuadro, siendo de gran utilidad dentro del mundo fonoaudiológico.

También se encontró un estudio titulado “Perfil de la fluidez del habla en niños de 5-6 años en instituciones educativas estatales de tres distritos de Lima, presentado por Yovana Castro Guerrero y Yenny Manrique Téllez en el año 2013 en La Pontificia Universidad Católica del Perú; tuvo como objetivo trazar un perfil de la fluidez del habla en niños de 5-6 años hablantes fluentes del español, empleando el método descriptivo para dar a conocer la tipología de disfluencias, su frecuencia, la velocidad de palabra, también, sílabas por minuto en la población a estudio; participaron 40 niños de ambos sexos con edades entre 5:0 - 5:11 y 6:0 – 6:11 años, cada grupo compuesto por 20 integrantes (10 niños-10 niñas). Se utilizó el protocolo del Perfil de la Fluidez del habla, propuesto por Andrade (2000), que consiste en un método para evaluar el perfil de la fluidez con la finalidad de identificar y cuantificar las disfluencias. El perfil de la fluidez fue realizado a través del análisis de las muestras de habla espontánea, de acuerdo a las variables del protocolo de evaluación de fluidez con respecto a la tipología de las disfluencias (comunes-tartamudeadas), velocidad del habla

¹¹ AHUMADA Monroy. ET al. Diseño y aplicación de una pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez. Santiago Chile 2004. p.1

(palabras-sílabas por minuto), además, frecuencia de las rupturas del habla (porcentaje de discontinuidad del habla-porcentaje de disfluencias tartamudeadas). Los resultados indicaron que la fluidez de los niños de 5-6 años no presenta una gran diferencia entre sexo y grupo de edad. En cuanto a la frecuencia de las rupturas, el promedio fue 7.47% y 6.37% en el grupo de 5-6 años respectivamente, en una muestra de 200 sílabas. Se registraron todos los tipos de disfluencia común, siendo las vacilaciones, revisiones y repetición de palabras, las de mayor frecuencia. En ambos grupos de edad se registraron disfluencias, pero con una baja frecuencia menor al 1%. En el estudio se concluyó que el resultado sugiere un camino para futuras investigaciones y rutas para un mejor diagnóstico, también que la fluidez no es un fenómeno estático en el habla ya que se manifiesta en contextos reales pudiendo ser afectada por muchos factores.¹²

En la publicación “Test de Fluidez Verbal: datos normativos y desarrollo evolutivo en el alumnado de primaria” de Eduardo García en la Universidad de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife, España) año 2.012, muestra que el objetivo principal de este estudio consistió en la baremación (realizar una escala de valores que se establece con el fin de evaluar o clasificar los elementos de un conjunto o categoría, de acuerdo con alguna de sus características) y el análisis del desarrollo evolutivo, en una amplia muestra de población infantil de habla española, de dos pruebas destinadas a la evaluación de la fluidez verbal (semántica - fonológica). Se analizó el desarrollo de ambas tareas dentro de un diseño de corte transversal, se seleccionó una muestra de 1.032 sujetos con edades comprendidas entre los 6años-3meses y los 12años-4meses que cursaban entre primero y sexto de educación primaria. La fluidez verbal semántica (FVS) se evaluó con la tarea de evocación (animales en un minuto) y la fluidez verbal fonológica se evaluó con la consigna que dijeran el mayor número posible de palabras durante un minuto que comenzaran por una letra determinada (F-M-A), la media de estas dio lugar a la variable (FVF). Los resultados muestran una mejora progresiva en el rendimiento en función de la edad en ambas pruebas, por lo tanto se puede decir que durante el periodo de edades comprendido entre los 6 a 12 años tanto la (FVS) y (FVF) están en período de constante desarrollo, aunque no se puede determinar en qué momento alcanza el nivel de ejecución similar al adulto. Se presentaron tablas de medias, desviación estándar y percentiles para los distintos grupos de edad,

¹² CASTRO, Yovana & MANRRIQUE, Yenny. Perfil de la fluidez del habla en niños de 5 y 6 años en instituciones educativas estatales de tres distritos de Lima Perú. 2013. p.1

obteniendo entre los datos más relevantes cuantas palabras en promedio fueron emitidas por los integrantes de los grupos (1 al 6) de la siguiente manera: grupo 1 (6,5-7,4 años) FVF=4 y FVS=11 palabras por minuto; grupo 2 (7,5-8,4 años) FVF=5 y FVS=13 palabras por minuto; grupo 3 (8,5-9,4 años) FVF=6 y FVS=14 palabras por minuto; grupo 4 (9,5-10,4 años) FVF=7 y FVS=15 palabras por minuto; grupo 5 (10,5-11,4 años) FVF=8 y FVS=15 palabras por minuto; grupo 6 (11,5-12,4 años) FVF=9 y FVS=18 palabras por minuto.¹³

L. Fernández Malloy-Diniz publicó “Normalización de una batería de test para evaluar las habilidades de comprensión del lenguaje, fluidez verbal y denominación en niños brasileños de 7 a 10 años: resultados preliminares” en Brasil año 2.007 refiriendo que: el examen neuropsicológico del lenguaje requiere instrumentos que evalúen aspectos expresivos y receptivos, si se tienen en cuenta las diferencias culturales, el uso de test neuropsicológicos debe condicionarse a los estudios normativos para el país donde se utilizarán. Se realizó con el objetivo de obtener las normas para aplicar el test de fluidez verbal semántica (categorías: animales, partes del cuerpo, alimentos), el Token Test y el test de denominación de Minas Gerais en niños brasileños; se evaluaron 101 niños (51 niñas y 50 niños) con edades comprendidas entre los 7 y los 10 años (la media de edad era de 8 años y 8 meses), con grados de educación reglada entre segundo y cuarto. No se comprobaron diferencias entre la realización de los niños y niñas en ninguno de los test, pero la edad influyó en la realización de los sujetos en los tres test, entre los resultados cabe destacar que para la fluidez verbal con respecto a las categorías se obtuvieron resultados así:

Categoría animales:

7-8 años, media 12,3 palabras/minuto con errores permanentes de 0,20.

8-9 años, media 12,8 palabras/minuto con errores permanentes de 0,18.

9-10 años, media 14,27 palabras/minuto con errores permanentes de 0,24.

10-11 años, media 14,7 palabras/minuto con errores permanentes de 0,33.

Categoría partes del cuerpo:

7-8 años, media 13,1 palabras/minuto con errores no permanentes de 0,15.

8-9 años, media 13,36 palabras/minuto con errores no permanentes de 0,09.

9-10 años, media 14,2 palabras/minuto con errores no permanentes de 0,31.

10-11 años, media 15,9 palabras/minuto con errores no permanentes de 0,20.

¹³ GARCÍA Eduardo, RODRÍGUEZ Cristina, MARTÍN Raquel, JIMÉNEZ Juan E, HERNÁNDEZ Sergio, DÍAZ Alicia. Test de fluidez verbal: datos normativos y desarrollo evolutivo en el alumnado de primaria. España. 2012

Categoría alimentos:

7-8 años, media 12 palabras/minuto con errores permanentes de 0.

8-9 años, media 12,9 palabras/minuto con errores permanentes de 0,22.

9-10 años, media 14,1 palabras/minuto con errores permanentes de 0,58.

10-11 años, media 15,2 palabras/minuto con errores permanentes de 0,76.¹⁴

“Fluidez verbal según tipo de tarea, intervalo de tiempo y estrato socioeconómico en niños escolarizados”, una publicación de Vannesa Arán Fillipetti en el año 2.011 en Buenos Aires, Argentina, refiere que: este estudio tuvo como objetivo analizar la fluidez verbal (FV) según tipo de tarea (semántica vs. fonológica), intervalo de tiempo (1-15seg. vs. 16-30seg. vs. 31-45seg. vs. 46-60seg.) y estrato socioeconómico (medio vs. bajo) en niños escolarizados, se trabajó con una muestra de 248 niños de 8 a 12 años de edad de diferentes estratos socioeconómicos (ESE). Se administraron los test de FV semántica (FVS) y fonológica (FVF), además de otras pruebas cognitivas para evaluar posibles asociaciones. Los resultados indicaron diferencias significativas según el ESE en el número total de palabras generadas en ambos tipos de FV y en función del tiempo. Los niños de estrato socioeconómico bajo presentaron más dificultades para generar palabras en la FVF y a partir de los 16 segundos en donde se ponen en juego los procesos controlados. Se analizó además la relación entre diferentes variables socioeconómicas y la FV, se encontró que el nivel de instrucción de la madre fue el único predictor significativo. Los resultados obtenidos del estudio fueron: primero, los niños dicen más palabras en FVS (media= 19,98) que en FVF (media= 14,23); segundo, los niños de ES Bajo dicen menos palabras que los niños de ES Medio en cuanto a FVS (media ES Bajo= 18,77 y media ES Medio= 21,19), también en FVF (media ES Bajo= 10,99 y media ES Medio= 17,46); tercero, los niños dicen más palabras en los primeros 15 segundos, de ahí en adelante se decrece la cantidad de palabras en intervalos de cada 0,5 segundos, se afirma que los niños de ES Bajo dicen menos palabras en cada intervalo de tiempo; por último en relación Tarea/Tiempo se obtiene por intervalos así, FVS (media 1-15 segundos= 10,69; media 16-30 segundos= 4,77; media 31-45 segundos= 2,54; media 46-60 segundos= 1,97) y FVF (media 1-15 segundos= 7; media 16-30 segundos= 3,28; media 31-45 segundos= 2,16; media 46-60 segundos= 1,79). De esta manera se concluyó que los resultados revelaron que el lenguaje, la inteligencia y otras funciones ejecutivas predicen la FV aunque con

¹⁴ FERNÁNDEZ Malloy-Dinis. Normalización de una batería de test para evaluar las habilidades de comprensión del lenguaje, fluidez verbal y denominación en niños brasileños de 7 a 10 años: resultados preliminares. Brasil. 2007. p.1

diferencias según el tipo de tarea semántica o fonológica. Se discuten los resultados en función de la utilidad de la tarea como medida del procesamiento cognitivo y del impacto que tiene el ESE sobre el procesamiento controlado y el funcionamiento ejecutivo.¹⁵

La ansiedad y su efecto en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del Cantón Pelileo – Ecuador, publicada por el autor Alex Darío Freire Córdoba en el año 2014; tuvo como objeto principal determinar si la ansiedad tiene efecto en los trastornos de tartamudez infantil, partiendo desde la identificación de esta con su causante, se seleccionó una población de 80 estudiantes los mismos que fueron evaluados de forma cualitativa como cuantitativa, aplicando la investigación conjunta con un nivel de asociación de variables, mediante el test de ansiedad STAI-C para niños versión Colombia donde se medía los niveles, ausencia y rasgos ansiedad, en cual se obtuvo un 58% de niños que la presentaban, lo cual ratifico la hipótesis de que la ansiedad si tenía efecto sobre este trastorno. También se utilizó un cuestionario estructurado sobre la tartamudez infantil el mismo que fue aplicado a los padres de los niños sujetos a investigación para determinar cuál es la fase de tartamudeo que presenta su hijo, fase inicial, fase intermedia o la fase avanzada, donde el 61% de los evaluados presento signos y síntomas de tartamudez intermedia siendo este el grupo más significativo de la muestra obtenida. Por lo cual se ha intervenido sobre la ansiedad en los niños con el modelo cognitivo conductual, la terapia racional emotiva en niños y adolescentes para intervenir en la liberación como también, la descarga de ansiedad.¹⁶

3.2 EN EL ÁMBITO NACIONAL SE ENCONTRÓ:

Comparación de los patrones de tartamudez en dos lenguas: un reporte de caso, realizado por los autores Janeth Hernández Jaramillo y Katherine Velásquez Gómez en la Universidad del Rosario, Bogotá Colombia en el año 2014. En las personas bilingües, los patrones específicos de la tartamudez en cada una de las lenguas pueden ser diferentes. Este estudio informa sobre el caso de un adulto bilingüe español/inglés cuyo idioma dominante es el español, se llevaron a cabo pruebas de habla y lenguaje en los dos idiomas, las muestras seleccionadas para el análisis de corpus de habla fueron: habla espontánea, descripción de la imagen

¹⁵ FILLIPETTI Vannesa Arán. Fluidez verbal según tipo de tarea, intervalo de tiempo y estrato socioeconómico en niños escolarizados. Buenos Aires Argentina. 2011. p1

¹⁶ FREIRE Córdoba Alex Darío. La ansiedad y su efecto en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del Cantón Pelileo Ecuador. 2014. p.1

y lectura, se encontraron algunas diferencias en la distribución de la tartamudez. De los instantes disfluentes, 61,39% del total fue presentado en inglés y el otro restante, 38,61%, en español. En ambas lenguas, la tartamudez por tipo de palabra fue más frecuente en las palabras de función (preposiciones, pronombres y conjunciones) que en palabras de contenido (verbos, sustantivos y adjetivos). Para los tipos de disfluencia se observó que fueron similares en español e inglés, con el mayor porcentaje en el tipo repetición de palabras, seguido de prolongaciones de fonemas. Estos errores fueron más frecuentes en inglés que en español. Aunque es posible encontrar similitudes en el patrón de tartamudeo, es posible sugerir, frente a las leyes generales para la disfluencia en bilingües, que las diferencias pueden asociarse, no solo con la idiosincrasia específica del idioma, sino también con las características del bilingüismo propio de la persona.¹⁷

4. MARCO TEÓRICO.

4.1 DEFINICIÓN DE LA TARTAMUDEZ.

La guía de los desórdenes para las alteraciones en salud (DSM versión cinco) en el año 2013 define la tartamudez como el trastorno de la fluencia de inicio en la infancia, los casos tardíos se diagnostican de inicio en la vida adulta; en esta se presentan alteraciones en la fluidez y patrones del habla inapropiados para la edad del individuo como también para las habilidades del lenguaje. Estas persisten a través del tiempo siendo caracterizadas por una marcada aparición de uno o más de las siguientes manifestaciones:

- Repetición de sonidos y sílabas
- Prolongación de sonidos de consonantes o vocales

¹⁷ HERNÁNDEZ Jaramillo Janeth, Velásquez Gómez Katherine. Comparación de los patrones de tartamudez en dos lenguas: un reporte de caso. Universidad del Rosario. Bogotá Colombia. 2014. p.1

- Palabras fragmentadas (por ejemplo: pausas dentro de una palabra)
- Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)
- Circunloquios (rodeo de palabras)
- Palabras producidas con un exceso de tensión física
- Repetición de palabras monosílabas¹⁸

Estas alteraciones causan ansiedad al hablar y limitaciones en la comunicación efectiva que interfiere de forma aislada o de manera combinada a la participación social, el rendimiento académico o laboral.

Por otra parte, el inicio de los síntomas se produce en un momento temprano del desarrollo, las dificultades no son atribuibles a déficits sensoriales o motores del habla, ni a una lesión neurológica u otra condición médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.¹⁹

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

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

La CIF-I-A. (Clasificación Internacional Del Funcionamiento De la discapacidad y de la salud, infancia - adolescencia, enmarca la tartamudez en la clasificación del primer nivel, funciones corporales; en el capítulo de las funciones de la voz y

¹⁸LADRON Jiménez Alfonso, et all. DSM V. Novedades y criterios diagnósticos en centro de documentación de estudios y oposiciones. Madrid, España. p.3; disponible en línea: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20%20Novedades%20y%20criteriosdiagnosticos.pdf>

¹⁹SANTOS Ruiz José Luis, et all. DSM V. Novedades y criterios diagnósticos centro de documentación de estudios y oposiciones. Cartagena, Colombia. p.11

el habla, específicamente en las funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla.

En otra concepción la disfemia es un síndrome clínico caracterizado por disfluencias anormales persistentes del habla, acompañadas por peculiares patrones conductuales, cognitivos y afectivos. El paciente sabe exactamente lo que va a decir pero es incapaz de decirlo con fluidez normal por causa de repeticiones involuntarias, prolongaciones o interrupciones en los movimientos productores del habla y, consecuentemente, en el flujo sonoro verbal.²⁰

4.2 PERFILES Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS SUJETOS QUE PRESENTAN TARTAMUDEZ.

Según la fonoaudióloga Juana Barrera, existe una serie de patrones de desarrollo de la tartamudez que se presentarán a continuación: ²¹

Patrón Nº 1. En este caso, nada inusual ocurre en el medio ambiente del niño, la tartamudez parece desarrollarse sin que pueda advertirse algún suceso ambiental estresante que haya podido actuar como desencadenante, puede o no puede haber antecedentes de tartamudez en la familia, no existe una explicación clara de qué fue lo que desencadenó la disfluencia. En general la tartamudez parece comenzar con simples repeticiones de palabra, en donde lentamente va apareciendo la tensión.

Patrón Nº 2. Ocurre en aquellos sujetos cuyo ambiente comunicativo se caracteriza por un alto nivel de verbalización, sus padres le dan gran importancia a la comunicación verbal. Los casos de sobre estimulación del lenguaje ocurren generalmente en niños cuyos padres poseen profesiones caracterizadas por una gran cantidad y un alto nivel de actividad verbal, por ejemplo, abogados, docentes, etc. Estos niños se caracterizan por tener un desarrollo del lenguaje más avanzado que el esperable para su edad cronológica.

Patrón Nº 3. Es aquel donde los sujetos presentan un retraso en el desarrollo del lenguaje y concurren a tratamiento fonoaudiológico de estimulación de este, como resultado del tratamiento, el lenguaje del niño evoluciona rápidamente y por lo general alcanza un nivel acorde a su edad cronológica; sin embargo, al mismo

²⁰SANGORRÍN J. Disfemia o tartamudez. Revista de neurología. Barcelona, España. 2005. p.45

²¹ BARRERA Jiménez Juana, et all. Diseño de una pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez. Santiago de Chile. 2004. p.14-15

tiempo que estos niños parecen haberse recuperado de su retraso en el desarrollo del lenguaje, comienza la disfluencia.

Patrón Nº 4. Éste es muy similar al anterior pero con la diferencia de que aquí el niño realiza un tratamiento fonoaudiológico por trastornos articulatorios y no por un retraso o trastorno en el desarrollo del lenguaje.

Patrón Nº 5. Se caracteriza por la existencia de un brusco estrés emocional (una experiencia traumática o emocionalmente fuerte, que no necesariamente tiene que ser negativa).

4.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS SUJETOS QUE PRESENTAN TARTAMUDEZ.

Dentro de los parámetros que son parte del cuadro clínico de los sujetos con tartamudez, se encuentran: alteración del ritmo, frecuencia de errores, tipo de disfluencias, número de unidades repetidas, duración de las disfluencias, movimientos asociados, agrupamiento de disfluencias, tipo de espasmos, velocidad y prosodia.²²

4.4 EVALUACIÓN.

Se considera que el proceso de evaluación inicial y el seguimiento terapéutico, es complejo, como también, dinámico, posee objetivos y etapas. Dentro de los objetivos, se consideran los siguientes:²³

- I. Determinar la existencia de un problema a nivel de la comunicación oral, que en este caso alude a la presencia de tartamudez. Para poder cumplir este objetivo el fonoaudiólogo debe tener el conocimiento suficiente sobre la sintomatología y posibles etiologías que pueden desencadenar el cuadro, junto con el conocimiento de otros trastornos con los cuales sea posible establecer un diagnóstico diferencial.
- II. Determinar los objetivos terapéuticos. Para esto es necesario realizar una exhaustiva semiología del cuadro que presenta el paciente, punto fundamental en lo referente a la tartamudez y que la hace diferente al resto de los trastornos del habla, pues los pacientes, a pesar de tener un mismo diagnóstico, pueden

²² BARRERA Jiménez Juana, et all. Diseño de una pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez. Santiago de Chile. 2004. p.16

²³ Ibid., p.45-46

tener características clínicas totalmente diferentes, además, se deben identificar las fortalezas y debilidades comunicativas del niño, para poder implementar, por ejemplo, una terapia del tipo facilitadora, a partir de las capacidades del niño y descartar la presencia, de problemas de lenguaje asociados que puedan darse en forma paralela y que puedan interferir en la recuperación.

- III. Seleccionar los procedimientos terapéuticos, a partir de la aproximación hacia las estrategias o estilos de aprendizaje que posee el niño y del conocimiento de modelos de intervención en tartamudez.
- IV. Determinar los efectos del programa de intervención.
- V. Determinar la finalización del programa de intervención, el que muchas veces no será definitivo y más bien, se optará por un sistema de seguimiento a partir de controles periódicos.

4.4.1 Descripción de la pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez (PEFT).

En cuanto a las etapas de la evaluación inicial de la tartamudez según la PEFT, se pueden diferenciar tres grandes partes: ²⁴

4.4.1.1 Módulo I: Entrevista con los padres.

Por medio de este instrumento, se podrá obtener información acerca de los antecedentes familiares, es decir, si existe algún familiar que presente alguna característica de tartamudez, además, se ha visto la importancia que tiene la influencia del ambiente, por lo que obtener información entregada por la familia, como por ejemplo, conocer el grado de exigencia que tienen éstos sobre el paciente, es de suma relevancia.

Comienza con la elaboración de una historia clínica (anamnesis) por medio de una entrevista, en la que se recoge información de cómo se ha desarrollado el trastorno, cuándo comenzó, coincidencia con algún acontecimiento extraordinario, cuál ha sido la evolución observada y qué actitudes se han manifestado hacia el problema, Se registran también los datos evolutivos del desarrollo y del lenguaje para conocer la existencia de indicios de algún déficit en

²⁴ BARRERA, Jiménez Juana, et all. Diseño de una pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez. Santiago de Chile. 2004. p.46- 49.

las habilidades lingüísticas del niño que requiera tratamiento específico paralelo y que pueda ser concomitante a la tartamudez.

Además, es necesario saber si el sujeto se encuentra consumiendo algún medicamento usado en tartamudos como los de tipo antidopaminérgico, entre los que se cuentan los neurolépticos como haloperidol, risperidona y olanzapina, entre otros. También, es preciso realizar una recopilación de información otorgada por otros profesionales, como, por ejemplo, psicólogos, profesores, neurólogos, etc., que pueda orientar en la detección de las causas que estén desencadenando el cuadro o de aquellos sucesos que actúen como mantenedores del mismo, como por ejemplo, información relacionada con el embarazo y parto, desarrollo psicomotor, antecedentes de rendimiento escolar y aprendizaje.

4.4.1.2 Módulo II: Entrevista con el paciente.

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

Por otra parte, el retraimiento, la excesiva timidez, la escasa habilidad social y baja autoestima son aspectos que se dan frecuentemente en los tartamudos, especialmente en adolescentes y adultos, lo que, en ocasiones, entorpece el cumplimiento de objetivos y la generalización del habla fluida. En caso de presentarse estas características, también debiera considerarse el abordaje de las mismas, ya sea a través de la terapia, o por medio de derivaciones al profesional competente (neurólogo, psicólogo, psiquiatra). Además es necesario considerar la estimulación personal de influencias ambientales, la importancia de la fluidez verbal para el sujeto, la valoración personal y social de la tartamudez.

4.4.1.3 Modulo III: Exámen de la fluidez.

Se utiliza para delimitar las dificultades del habla y obtener una muestra representativa se observa y registra al tartamudo en distintas tareas de diferente grado de dificultad. Así, mientras narra una historia, describe una imagen,

responde a preguntas y establece una conversación se podrá evaluar cuáles son las diferencias que aparecen en la fluidez ligadas a diferentes contextos.

Cabe señalar, que esta parte de la evaluación no sólo debiera enfocarse a los aspectos de la fluidez, sino también a todos los parámetros considerados dentro de la evaluación fonoaudiológica que permitirán determinar la existencia de algún problema asociado y que pueda interferir en la recuperación y deba ser resuelto en forma paralela.

Por lo tanto, deberán considerarse como contenidos de evaluación:

Las bases funcionales del habla:

- Respiración
- Tensión muscular
- Voz

Evaluación de la fluidez:

- Ritmo.
- Prosodia.
- Duración.
- Velocidad.
- Secuencia.
- Fluencia.
- Valoración del número y tipo de espasmos.

4.5 TRATAMIENTO.

Así como la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, nos orienta para dar el diagnóstico de tartamudez, la CIF-I-A. (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud infancia- adolescencia), es utilizada como herramienta clínica para la valoración de necesidades y homogeneización de tratamientos en condiciones específicas de salud, para la rehabilitación y evaluación de resultados; en esta clasificación se incorporan conceptos como bienestar, estado de salud o calidad de vida relacionada con la salud, superando la mirada biomédica, al incorporar una mirada biopsicosocial a la problemática del funcionamiento y la discapacidad humana. Este aporte

teórico y práctico es significativo para abordar el funcionamiento y la discapacidad incorporando el contexto en su evaluación y tratamiento.²⁵

Según la fonoaudióloga Juana Barrera, el tratamiento de la tartamudez tiene una serie de procedimientos, los cuales se describen de la siguiente manera:

4.5.1 Procedimientos indirectos: modificación de la tartamudez o facilitación.

Estos se basan en:

Enseñar estrategias de afrontamiento y reducir conductas de evitación.

Reducir la tensión y el esfuerzo a hablar: “enseñar a tartamudear más fluidamente”.

Como objetivos principales se tiene:

- Hablar con calma sin precipitación.
- Auto-observar la propia habla fluida.
- Afrontar situaciones de habla.
- Mirara al interlocutor.
- Eliminación progresiva de movimientos de tensión asociados.
- Mejorar la entonación del habla.

4.5.2 Procedimientos directos: moldeamiento de fluidez o modificación del habla.

4.5.2.1 Velocidad, prosodia y duración:

- Habla rítmica.
- Enlentecimiento de habla.
- Equilibrio de la retroalimentación auditiva y ósea.
- Efecto de distracción.
- Patrón de habla incompatible con la tartamudez.
- Habla enlentecida.
- Habla prolongada.
- Terapia de entonación melódica.

²⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Clasificación Internacional Del Funcionamiento, De La Discapacidad Y De La Salud. Versión abreviada. (en línea). Disponible en internet: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf.

4.5.2.2 Equilibrio de retroalimentación

- Retroalimentación auditiva demorada (RAD): Con un tiempo de retardo óptimo del tartamudo puede controlar su propio sistema de retroalimentación, bajo RAD el tartamudo ajusta su propia emisión al retardo.
- Enmascaramiento auditivo: el ruido a alta intensidad atenúa la retroalimentación aérea y la equilibra con la ósea.
- Lectura coral y método del eco.

4.5.3 Otras técnicas:

- Tiempo-fuera.
- Técnicas de relajación: logro de un habla tranquila, relajada y reducción de la ansiedad.
- Desensibilización sistemática.
- Terapias cognitivas para modificar creencias, actitudes y pensamientos negativos.
- Practica negativa: incremento de inhibición reactiva y descenso de ansiedad.

4.5.3.1 Estrategias para promover la generalización y mantenimiento:

Enseñar ejemplos relevantes y concientizar sobre los beneficios de la práctica:

- Trabajar en distintas situaciones.
- Auto-aportes y aportes de los padres de dichas situaciones.
- Habla telefónica.

Conectar el cambio con distintas situaciones:

- Incorporación de elementos de la vida del paciente en la terapia.
- Grabaciones de las interacciones.
- Padres como co-terapeutas.

Enseñar autorregulación:

- Delimitación de los objetivos a alcanzar.
- Identificación y control de indicadores y situaciones que producen la tartamudez.
- Autocontrol.
- Autoevaluación.

- Auto-administración de contingencias.
- Aprender a prevenir la recaída.²⁶

En el presente proyecto investigativo pretende determinar el estado de la fluidez verbal en niños y adolescentes con la “PEFT pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez” elaborada en Chile por la fonoaudióloga Juana Barrera et all, por tal motivo definiremos las edades comprendidas para caracterizar a una persona como niño(a) o adolescente según el código de la infancia y la adolescencia de la Unicef mediante la ley 1098, por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia en el artículo 3, en donde se entiende por niño o niña las personas comprendidas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad.²⁷

5. METODOLOGÍA.

5.1 TIPO DE ESTUDIO.

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo cuantitativo, transversal, prospectivo; en el cual se realizaron evaluaciones determinando las características de la fluidez verbal, aplicando del formato “pauta de evaluación

²⁶ HERNANDEZ, Inmaculada. Trastornos de fluidez: La tartamudez evaluación y tratamiento. Provincia de Granada. 2011. P.3-6. Disponible en http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_42/INMA_HERNANDEZ_2.pdf

²⁷ UNICEF, código de la infancia y la adolescencia. Bogotá, D.C., Colombia. 2007.

fonoaudiológica para sujetos que consultan por tartamudez” (PEFT) elaborado por la Flga. Juana Barrera Jiménez.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

5.2.1 Población universo: La población fue seleccionada de tres Instituciones Educativas (Institución Educativa Técnico-Industrial sede principal y sede San Camilo, Colegio José Eusebio Caro y Colegio San Juan Bosco) de la ciudad de Popayán en el año 2016; teniendo en cuenta a todas las personas con sospecha de alguna alteración de la expresión verbal, identificadas por los directores de grupo de cada salón o profesionales de apoyo de las instituciones (psicología, enfermería) y la opinión del representante estudiantil de cada grado.

5.2.2 Tipo de muestreo: Se efectuó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el cual las personas fueron elegidas teniendo en cuenta los criterios de los directores de grupo o profesionales de apoyo de las instituciones, así como también los criterios de inclusión y exclusión.

5.2.3 Tamaño de muestra: correspondió al número total de niños y adolescentes que fueron detectados por el profesor o profesional de apoyo de las instituciones, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, siendo este la unidad de análisis sobre la cual se hizo el estudio. En este caso, el tamaño de muestra correspondió a 12 niños y adolescentes, entre las edades de 6 a 18 años.

5.2.4 Criterios de inclusión:

- Niños y adolescentes entre las edades de 6 a 18 años que se encontraron matriculados en las instituciones educativas mencionadas.
- Niños y adolescentes que presentaron alguna característica o manifestación de tartamudez (alteración en la fluidez verbal, espasmos, repetición de palabras o sílabas, bloqueos momentáneos, tensión al hablar).
- Disponibilidad y motivación tanto de los estudiantes como de sus padres que participaron en la evaluación.
- Firma del consentimiento informado.

5.2.5 Criterios de exclusión:

- Niños y adolescentes que presentaron alguna alteración en la capacidad auditiva.

- Malformaciones anatómicas que involucren órganos fono articulatorios.
- Niños y adolescentes que se encontraban en tratamiento farmacológico por consecuencia de alguna patología y que afectara su expresión verbal.
- Niños y adolescentes que presentaban alguna característica en su comportamiento social (timidez, poca intencionalidad comunicativa).
- Niños y adolescentes que se ni a participar en la evaluación después de ser identificados como población estudio.
- Poca voluntad de colaboración por parte de los padres de familia.

Tabla 1. Niños y adolescentes detectados en las tres Instituciones Educativas de la ciudad de Popayán año 2016.

Institución Educativa	Tipo de población		Director de grupo	Detectado por		Total
	Universo	Estudio		Profesional de apoyo	Representante estudiantil	
I.E.Técnico-Industrial Sede Principal	9	3	*		*	3
I.E.Técnico Industrial Sede San Camilo	10	2	*		*	2
I.E.Colegio José Eusebio Caro	9	2	*		*	2
I.E.Colegio San Juan Bosco	15	2	*	*	*	2

5.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

El instrumento utilizado para la recolección de información fue la “pauta de evaluación fonoaudiológica en niños y adolescentes para sujetos que consulten por tartamudez” validada en Chile y publicada por la fonoaudióloga Juana Barrera Jiménez, en el año 2.004.

Actualmente, la pauta no se encuentra validada en Colombia, pero se tomó de referencia porque proviene de un país de habla hispana.

La pauta comprende los siguientes aspectos:

5.3.1 Módulo I: Entrevista a los padres (anexo 1).

Antecedentes generales del paciente: morbilidad, desarrollo psicomotor, desarrollo del lenguaje, antecedentes escolares, sociabilidad y antecedentes familiares.

Antecedentes familiares del problema: percepción de la familia frente al problema y percepción de la familia frente a la terapia.

5.3.2 Módulo II: Entrevista al niño/adolescente (anexo 2).

- Motivo de consulta.
- Antecedentes escolares.
- Percepción del problema.
- Factores desencadenantes.
- Maniobras compensatorias.
- Sociabilidad.
- Postura frente a la terapia.
- Evaluación de la autopercepción para adolescentes.

5.3.3 Módulo III: Evaluación fluidez (anexo 3).

Bases funcionales del habla: respiración, tonicidad y voz.

Componentes de la fluidez: velocidad, fluencia, ritmo y valoración del número y tipo de espasmos.

5.4 PROCEDIMIENTO.

Protocolo:

- Enviar la carta de solicitud adjunto con el informe ejecutivo a los tres colegios anteriormente mencionados, para realizar el trabajo de campo del presente proyecto investigativo.
- Acordar horarios con el rector de cada institución educativa para realizar el trabajo de campo.
- Realizar la identificación de la población universo teniendo en cuenta la opinión de los diferentes directores de grupo, de representantes estudiantiles de cada grado y de profesionales de apoyo que laboran en las instituciones, a quienes se les explicarán las características presentadas en la tartamudez para verificar, de acuerdo a sus criterios, si algún alumno manifiesta alguna de éstas.
- Realizar un primer encuentro con los alumnos identificados como población universo, a quienes se les informará del trabajo de campo a realizar y se observará su expresión verbal por medio de la lectura de un texto narrativo y habla espontánea.
- Revisión de la historia académica para recolectar información general de la población seleccionada.
- Entrega del consentimiento informado de los padres de familia o personas a cargo de la población objeto a estudio.
- Realizar la entrevista respecto a antecedentes generales del paciente y antecedentes familiares del problema. Este punto se hará en su domicilio.
- Realizar la entrevista de autopercepción en la población objeto a estudio adolescente.
- Aplicar la evaluación de la fluidez verbal en la población objeto a estudio en la que se evalúan las bases funcionales del habla: respiración, tonicidad, voz; y los componentes de la fluidez verbal: ritmo, velocidad, fluencia, valoración del número y tipo de espasmos.
- Sistematizar resultados en una base de datos.
- Analizar la información obtenida en la evaluación de la población objeto a estudio.

5.5 PLAN DE ANÁLISIS.

Para los resultados se manejará un plan de análisis descriptivo en el paquete estadístico SPSS 22. Se realizará un análisis univariado y bivariado de los resultados de cada ítem del instrumento de evaluación PEFT.

5.5.1 Análisis Univariado: Consiste en el análisis de cada una de las variables estudiadas por separado, es decir, el análisis está basado en una sola variable;

las técnicas más frecuentes de análisis univariado son la distribución de frecuencias para una tabla univariada y el análisis de las medidas de tendencia central de la variable.

Se utiliza únicamente en aquellas variables que se midieron a nivel de intervalo o de razón (ver Therese L. Baker, 1997). La distribución de frecuencias de la variable requiere de ver cómo están distribuidas las categorías de la variable, pudiendo presentarse en función del número de casos o en términos porcentuales.

5.5.2 Análisis Bivariado: En las ciencias sociales a menudo se desea determinar la existencia o no de relación entre dos variables, para lo cual se realizan diferentes pruebas de significación estadística. La forma en que se relacionan dos variables se denomina asociación entre dos variables. El interés de este tipo de análisis se centra principalmente en la forma en que se distribuye la variable dependiente en función de las diferentes categorías o valores de la variable independiente.

Es decir, la variable que atrae primordialmente la atención del investigador, y cuya variación trata de explicar, se llama variable dependiente, porque se supone que los valores que toma dicha variable dependen de los valores que presentan otras variables. Estas variables que se suponen influyen en los valores que toma la variable dependiente son las variables independientes (explicativas o causales), ya que permiten conocer por qué varía la variable dependiente de la forma que lo hace en una determinada población (usualmente una muestra).

5.6 VARIABLES.

Tabla 2. Rejillas de la naturaleza de las variables.

Variable.	Definición.	Naturaleza.	Nivel de medición.	Indicador.
Edad.	Tiempo en años y meses vividos desde el nacimiento.	Cuantitativo.	Razón.	De 6 a 18 años.
Género.		Cualitativo.	Nominal.	

Variable.	Definición.	Naturaleza.	Nivel de medición.	Indicador.
	Término utilizado para la clasificación de individuos.			Femenino - Masculino.
Escolaridad.	Nivel académico.	Cuantitativo.	Intervalo.	De primaria a bachillerato.
Antecedentes.	Factores que pueden haber desencadenado el problema y son familiares, escolares, del desarrollo motor y del lenguaje.	Cualitativo.	Nominal.	Presencia - Ausencia.
Respiración.	Tipo, modo y coordinación fonorespiratoria.	Cualitativo.	Ordinal.	Normal - Alterada.
Tensión muscular.	Contracción parcial pasiva y continua de los músculos.	Cualitativo.	Ordinal.	Normal - Disminuida - Aumentada.
Voz.	Cualidades acústico-perceptuales para determinar la presencia de algún trastorno de la voz.	Cualitativo.	Nominal.	Adecuada - Inadecuada.
Velocidad.	Cantidad de palabras durante un minuto para compararlo con los parámetros normales.	Cuantitativo.	Razón.	Entre 1 y 100 palabras/minuto.

Variable.	Definición.	Naturaleza.	Nivel de medición.	Indicador.
Fluencia.	Evalúa la capacidad de mantención del flujo verbal.	Cualitativo.	Nominal.	Adecuada - Inadecuada.
Ritmo.	Determinar el desempeño del paciente frente a distintos tipos de ritmos y observar en que nivel presenta mayor dificultad.	Cualitativo.	Ordinal.	Normal - Disminuido - Aumentado.
Número de espasmos.	Se cuenta la cantidad de espasmos observados durante la lectura y/o el habla espontánea.	Cuantitativo.	Razón.	Entre 1 y 100 espasmos.
Tipo de espasmos.	Se determina el tipo de espasmos que presenta observando en tareas de habla espontánea y/o lectura con respecto al modo articulatorio.	Cualitativo.	Ordinal.	Tónico - Clónico y/o Tónico-clónico.
Valoración de los espasmos.	Intensidad de los espasmos	Cualitativo.	Ordinal.	Leve - Moderado - Severo.

Tabla 3. Variables cualitativas.

Categoría	Subcategoría	Observaciones
Conocimiento de enfermedades.	Antecedentes posnatales.	Su hijo tiene o ha tenido algún problema o enfermedad importante, ¿cuál?.
Conocimiento de lenguaje.	Etapa post-lingual.	Notó alguna dificultad en el inicio del lenguaje.
Seguimiento estudiantil.	Antecedentes escolares.	¿Cómo cree ud. Que es la relación de su hijo con los profesores? ¿Cómo cree ud. Que es la relación de su hijo con los compañeros de colegio?.
Percepción sobre la personalidad.	Percepción de la familia sobre la sociabilidad del niño.	Ud. Cree que su hijo es: tímido, solitario, poco sociable, inquieto, etc. Relación con padres y hermanos.
	Percepción del niño sobre su sociabilidad.	Tú te describes como alguien: tímido, solitario, poco sociable, inquieto, etc.
Antecedentes familiares.	Identificación.	Nivel de escolaridad y ocupación del padre.
		Nivel de escolaridad y ocupación de la madre.
		Número de hermanos. Lugar que ocupa.
	Antecedentes del problema.	¿Hay algún otro familiar que tartamudee o que tenga alguna otra dificultad para hablar? Tipo de problema.

Categoría	Subcategoría	Observaciones
Percepción sobre el problema.	Percepción de la familia frente al problema.	<p>¿Por qué considera que su hijo presenta tartamudez?</p> <p>¿Cuándo cree ud. Que comenzó el problema?</p> <p>¿En qué situaciones no se observa dificultad?</p> <p>¿Cómo reacciona ud/ uds.?</p> <p>¿Cómo reaccionan los demás?</p> <p>¿Su hijo adopta conductas compensatorias para enfrentar su problema?.</p>
	Percepción del niño frente al problema.	<p>¿Te gusta hablar con tu papá?, ¿cómo te llevas con él?</p> <p>¿te gusta hablar con tu mamá? ¿cómo te llevas con ella?</p> <p>¿cómo se llevan tus papás? ¿cómo crees que te tratan tus papás? ¿te gusta hablar con tus hermanos y/o primos?</p> <p>¿cómo te llevas con ellos?</p> <p>¿te gusta hablar con los personas de tu edad?</p> <p>¿cómo te llevas con ellos?</p> <p>¿prefieres jugar / compartir con un solo amigo o con varios?</p> <p>¿sientes que tus papás te escuchan cuando hablas?</p> <p>¿alguien se ha burlado de ti?</p> <p>¿qué has hecho tú?.</p>
Percepción frente a la terapia.	Percepción de la familia frente a la terapia.	<p>¿Qué espera de la terapia?</p> <p>¿cómo cree que ud. Puede contribuir con la terapia?.</p>

Categoría	Subcategoría	Observaciones
	Postura frente a la terapia.	¿Esta forma de hablar tuya sientes que es un problema? ¿por qué? ¿te gustaría mejorar? ¿por qué?.
Factores desencadenantes.		¿Qué crees que provocó tu forma de hablar? ¿asocias algún evento o problema con tu forma de hablar? ¿cuando no aparece esta forma de hablar tuya?.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Para la interpretación de los resultados obtenidos después de la evaluación con la PEFT, inicialmente, se realizó el análisis univariado, seleccionando las

variables sociodemográficas (edad, grado escolar y estrato socioeconómico), bases funcionales (modo-tipo respiratorio; emisión, tono, intensidad, resonancia-prosodia de la voz y coordinación fono-respiratoria), además, la fluidez del habla (velocidad y fluidez de la lectura o descripción y del habla espontánea; ritmos binarios-ternarios simples, más complejos, binarios-ternarios asociados al habla; número de espasmos por minuto en lectura o descripción y en el habla espontánea; por último, valoración del tipo de espasmos); para finalmente, realizar el análisis bivariado, con las variables más representativas de primer estudio.

En ambos análisis, se aplicaron pruebas estadísticas como: frecuencia, porcentaje e intervalo de confiabilidad del 95% de certeza, cuyo margen de error es el 5%, el cual está incluido en el rango de valores derivados de los datos obtenidos de la población objeto de estudio evaluados con la PEFT.

Tabla 4. Distribuciones porcentuales de las variables socio demográficas en niños y adolescentes evaluados de tres instituciones.

Factores	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%
Sexo			
Masculino	12	100	75-100
Edad			
6 - 12 años	7	58,3	33,3 - 83,3
13 - 18 años	5	41,7	16,7 - 66,7
Grado escolar			
Primaria	6	50	25 - 75
Bachillerato	6	50	25 - 75
Estrato socioeconómico.			
Bajo	5	41,7	16,7 – 66,7
Medio	5	41,7	16,7 – 66,7
Alto	2	16,6	0 - 41,6
Antecedentes de tartamudez			
Si	7	58,3	33,3 - 83,3
No	5	41,7	16,7 - 66,7
Núcleo familiar			

Factores	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%
Madre	3	25,0	0 – 50
Madre y padre	9	75,0	50 – 100
Número de hermanos			
Hijo único	3	25,0	0 – 50
Un hermano	4	33,3	8,3 - 58,3
Dos hermanos	5	41,7	16,7 – 66,7

La edad se distribuyó en dos rangos, uno de mayor porcentaje 58,3%(7) correspondiente entre 6 a 12 años. Para la distribución del grado escolar fue igual tanto en primaria con 50%(6) como para bachillerato. En el estrato socioeconómico, la distribución de porcentajes fue igual para bajo y medio con 41,7%(5) y 16,6%(2) para el alto. En cuanto a antecedentes de tartamudez el 58,3%(7) de los sujetos si lo presentan. Sobre la composición del núcleo familiar el 75%(9) de la población estudio viven con su padre y madre y el 41,7%(5) conviven en su núcleo familiar con dos hermanos.

Tabla 5. Distribución porcentual de las bases funcionales del habla en niños y adolescentes evaluados de tres instituciones.

Factores	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%
Modo respiratorio			
Nasal	7	58,3	33,3 - 83,3
Mixto	5	41,7	16,7 - 66,7
Tipo respiratorio			
Costal alto	5	41,7	16,7 – 66,7
Costo diafragmático	5	41,7	16,7 – 66,7
Abdominal	2	16,6	0 - 41,6
Emisión de la voz			
Disfonica	3	25,0	0 – 50
Normal	9	75,0	50 – 100
Tono de la voz			
Adecuado	10	83,3	58,3 - 100
Agudo	1	8,3	0 – 25

Factores	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%
Grave variable	1	8,3	0 - 25
Coordinación fono-respiratoria			
Alterada	8	66,7	41,7 - 91,7
Normal	4	33,3	8,3 - 58,3
Intensidad de la voz			
Débil	5	41,7	16,7 - 66,7
Adecuada	7	58,3	33,3 - 83,3
Resonancia de la voz			
Nasal	1	8,3	0 - 25
Faríngea	1	8,3	0 - 25
Adecuada	10	83,3	58,3 - 100
Prosodia de la voz			
Normal	8	66,7	41,7 - 91,7
Monótona	4	33,3	8,3 - 58,3

En cuanto a las bases funcionales del habla, las alteraciones más notables fueron: la coordinación fono-respiratoria en el 66,7%(8), siendo característica significativa de la tartamudez; también, cabe resaltar que el 41,7%(5) de los evaluados presentaron un modo respiratorio mixto con respiraciones anexas por vía oral en reposo, aunque, no existe directa relación entre la alteración en el modo respiratorio y la fluidez verbal; en relación a la prosodia, la voz monótona fue la más frecuente, representada en un 33,3%(4), lo que indica un compromiso sobre las inflexiones de la voz.

Tabla 6: Distribución porcentual de la fluidez verbal en niños y adolescentes evaluados de tres instituciones.

Factores	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%
Velocidad de lectura o descripción			
Aumentada	1	8,3	0 - 25,0
Disminuida	6	50	25,0 - 75,0
Normal	5	41,7	16,7 - 66,7
Velocidad del habla espontánea			

Factores	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%
Aumentada	4	33,3	8,3 - 58,3
Disminuida	4	33,3	8,3 - 58,3
Normal	4	33,3	8,3 - 58,3
Fluidez en lectura o descripción			
No fluido	7	58,3	33,3 - 83,3
Fluido	5	41,7	16,7 - 66,7
Fluidez en habla espontanea			
No fluido	7	58,3	33,3 - 83,3
Fluido	5	41,7	16,7 - 66,7
Ritmos binarios simples			
No logrado	7	58,3	33,3 - 83,3
Logrado	5	41,7	16,7 - 66,7
Ritmos ternarios simples			
No logrado	8	66,7	41,7 - 91,7
Logrado	4	33,3	8,3 - 58,3
Ritmos más complejos			
No logrado	2	16,7	0 - 41,7
Logrado	3	25,0	0 - 50
No realizado	7	58,3	33,3 - 83,3
Ritmos binarios asociados al habla			
No logrados	1	8,3	0 - 25,0
Logrado	4	33,3	8,3 - 58,3
No realizado	7	58,3	33,3 - 83,3
Ritmos ternarios asociados al habla			
Logrado	5	41,7	16,7 - 66,7
No realizado	7	58,3	33,3 - 83,3
Número de espasmos por minuto en lectura			
1 - 3 espasmos	5	41,7	16,7 - 66,7
4 - 6 espasmos	4	33,3	8,3 - 58,3
7 - 9 espasmos	3	25,0	0 - 50
Número de espasmos en habla espontanea			
1 - 3 espasmos	8	66,7	41,7 - 91,7
4 - 6 espasmos	2	16,7	0 - 41,7

Factores	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%
7 - 9 espasmos	2	16,7	0 - 41,7
Valoración del tipo de espasmos			
Tónico	8	66,7	41,7 - 91,7
Clónico	2	16,7	0 - 41,7
Tónico-Clónico	2	16,7	0 - 41,7

En relación a las variables de la fluidez verbal se evidenció que: el 66,7% (8) no logró reproducir los ritmos ternarios simples y el 58,3% (7) los binarios simples, siendo el ritmo uno de los componentes que se ve más afectado en la tartamudez según la aplicación de la PEFT; cabe resaltar que no se evaluaron ritmos más complejos y binarios-ternarios asociados al habla en edades tempranas (hasta los 12 años), sin embargo, se aplicaron al 41,7% (5); respecto al número y tipo de espasmos, el 41,7% (5) evaluados presentaron entre 1-3 durante la lectura o descripción, aunque es importante resaltar que el 25% presento entre 7-9; de igual manera, en el habla espontánea, el 66,7% (8) presentaron entre 1-3, aunque el 16,7% (2) presentaron entre 7-9. Dichos espasmos fueron en el 66,7% de tipo tónico y en distribuciones iguales del 16,7% los del tipo clónico y tónico-clónico, para finalizar los resultados de la PEFT sugiere que los pacientes son no fluidos en el 58,3% de los casos tanto en habla espontanea como en lectura y descripción.

Tabla 7: Distribución porcentual las bases funcionales según la edad en niños y adolescentes evaluados de las tres instituciones.

Fluidez del habla	Edad del paciente			
	6 - 12 años		13 - 18 años	
	n	%	n	%
Velocidad de la lectura o descripción				
Aumentada	0	0,0	1	8,3
Disminuida	4	33,3	2	16,7
Normal	3	25,0	2	16,7
Fluidez en la lectura o descripción				
No fluido	5	41,7	2	16,7
Fluido	2	16,7	3	25,0

Fluidez del habla	Edad del paciente			
	6 - 12 años		13 - 18 años	
	n	%	n	%
Velocidad en el habla espontánea				
Aumentada	3	25,0	1	8,3
Disminuida	3	25,0	1	8,3
Normal	1	8,3	3	25,0
Fluidez en el habla espontánea				
No fluido	5	41,7	2	16,7
Fluido	2	16,7	3	25,0
Ritmos binarios simples				
No logrado	4	33,3	3	25,0
Logrado	3	25,0	2	16,7
Ritmos ternarios simples				
No logrado	6	50,0	2	16,7
Logrado	1	8,3	3	25,0
Número de espasmos por minuto en la lectura o descripción				
1 - 3 espasmos	2	16,7	3	25,0
4 - 6 espasmos	3	25,0	2	16,7
7 - 9 espasmos	2	16,7	0	0,0
Número de espasmos por minuto en el habla espontánea				
1 - 3 espasmos	2	16,7	3	25,0
4 - 6 espasmos	3	25,0	2	16,7
7 - 9 espasmos	2	16,7	0	0,0
Valoración del tipo de espasmos				
Tónico	2	16,7	3	25,0
Clónico	3	25,0	2	16,7
Tónico – Clónico	2	16,7	0	0,0

En la distribución de las bases funcionales del habla según la edad, la coordinación fono-respiratoria es la característica más alterada en los evaluados, de los cuales el 41,7%(5) son niños entre (6-12 años). En relación al modo respiratorio, el 25%(3) presentaron modo mixto en edades entre (6-12 años); además, en la prosodia la voz monótona es más frecuente en los adolescentes con un 25%(3).

Tabla 8: Distribución porcentual de la fluidez verbal según la edad en niños y adolescentes evaluados de tres instituciones.

Fluidez del habla	Edad del paciente			
	6 - 12 años		13 - 18 años	
	n	%	n	%
Velocidad de la lectura o descripción				
Aumentada	0	0,0	1	8,3
Disminuida	4	33,3	2	16,7
Normal	3	25,0	2	16,7
Fluidez en la lectura o descripción				
No fluido	5	41,7	2	16,7
Fluido	2	16,7	3	25,0
Velocidad en el habla espontánea				
Aumentada	3	25,0	1	8,3
Disminuida	3	25,0	1	8,3
Normal	1	8,3	3	25,0
Fluidez en el habla espontánea				
No fluido	5	41,7	2	16,7
Fluido	2	16,7	3	25,0
Ritmos binarios simples				
No logrado	4	33,3	3	25,0
Logrado	3	25,0	2	16,7
Ritmos ternarios simples				
No logrado	6	50,0	2	16,7
Logrado	1	8,3	3	25,0
Número de espasmos por minuto en la lectura o descripción				
1 - 3 espasmos	2	16,7	3	25,0
4 - 6 espasmos	3	25,0	2	16,7
7 - 9 espasmos	2	16,7	0	0,0
Número de espasmos por minuto en el habla espontánea				
1 - 3 espasmos	2	16,7	3	25,0
4 - 6 espasmos	3	25,0	2	16,7
7 - 9 espasmos	2	16,7	0	0,0
Valoración del tipo de espasmos				
Tónico	2	16,7	3	25,0
Clónico	3	25,0	2	16,7

Fluidez del habla	Edad del paciente			
	6 - 12 años		13 - 18 años	
	n	%	n	%
Tónico – Clónico	2	16,7	0	0,0

Relacionando la fluidez del habla con la edad de los evaluados, las alteraciones son más frecuentes en los niños (6-12 años) con los siguientes resultados: en la velocidad del habla espontánea hay alteración en el 50%(6), dando un 25%(3) aumentada y 25%(3) disminuida. La fluidez en la lectura o descripción y el habla espontánea está disminuida en el 41,7%(5), como también, la velocidad de la lectura o descripción en el 33,3%(4). Además, el 33,3%(4) no logró realizar los ritmos binarios simples; dentro de este rango de edad, el 50%(6) no realizó los ritmos ternarios simples. Con referencia a los espasmos en la lectura o descripción y habla espontánea, el 41,7%(5) presentó entre 1-3 y 4-6 espasmos, cabe resaltar que de este porcentaje en los adolescentes (13-18 años) se presentó con mayor frecuencia de 1-3 espasmos con un 25%(3) y que en niños (6-12 años) fue de 4-6 espasmos con igual porcentaje; en el tipo de espasmos con este mismo porcentaje fueron tónicos.

Tabla 9: Distribución porcentual de la fluidez verbal según el grado escolar en niños y adolescentes evaluados.

Fluidez del habla		Grado escolar		
		Primaria	Secundaria	Total
Velocidad de la lectura o descripción				
Aumentada	n	0	1	1
	%	0,0%	8,3%	8,3%
Disminuida	n	4	2	6
	%	33,3%	16,7%	50,0%
Normal	n	2	3	5
	%	16,7%	25,0%	41,7%
Fluidez en la lectura o descripción				
No fluido	n	5	2	7
	%	41,7%	16,7%	58,3%
Fluido	n	1	4	5
	%	8,3%	33,3%	41,7%
Velocidad en el habla espontánea				
Aumentada	n	3	1	4

Fluidez del habla		Grado escolar		
		Primaria	Secundaria	Total
Disminuida	%	25,0%	8,3%	33,3%
	n	3	1	4
	%	25,0%	8,3%	33,3%
Normal	n	0	4	4
	%	0,0%	33,3%	33,3%
Fluidez en el habla espontánea				
No fluido	n	5	2	7
	%	41,7%	16,7%	58,3%
Fluido	n	1	4	5
	%	8,3%	33,3%	41,7%
Ritmos binarios simples				
No logrado	n	4	3	7
	%	33,3%	25,0%	58,3%
Logrado	n	2	3	5
	%	16,7%	25,0%	41,7%
Ritmos ternarios simples				
No logrado	n	5	3	8
	%	41,7%	25,0%	66,6%
Logrado	n	1	3	4
	%	8,3%	25,0%	33,3%
Número de espasmos por minuto en la lectura o descripción				
1 - 3 espasmos	n	3	2	5
	%	25,0%	16,7%	41,7%
4 - 6 espasmos	n	2	2	4
	%	16,7%	16,7%	33,3%
7 - 9 espasmos	n	1	2	3
	%	8,3%	16,7%	25,0%
Número de espasmos por minuto en el habla espontánea				
1 - 3 espasmos	n	3	5	8
	%	25,0%	41,7%	66,6%
4 - 6 espasmos	n	2	0	2
	%	16,7%	0,0%	16,7%
7 - 9 espasmos	n	1	1	2
	%	8,3%	8,3%	16,7%
Valoración del tipo de espasmos				
Tónico	n	3	5	8
	%	25,0%	41,7%	66,6%

Fluidez del habla		Grado escolar		
		Primaria	Secundaria	Total
Clónico	n	1	1	2
	%	8,3%	8,3%	16,7%
Tónico – Clónico	n	2	0	2
	%	16,7%	0,0%	16,7%

De acuerdo a la fluidez verbal en relación al grado escolar de los evaluados, las alteraciones son más frecuentes en primaria con los siguientes resultados: la velocidad en el habla espontánea alterada en el 50% (6), 25% (3) aumentado y 25% (3) disminuido; con respecto a la fluidez de la lectura o descripción y habla espontánea, el 41,7% (5) son no fluidos; al mismo tiempo, la velocidad de la lectura o descripción está disminuida en el 33,3% (4); ahora bien, la repetición de ritmos binarios simples no fueron logrados en el 33,3% (4), de igual forma, los ritmos ternarios simples no logrados en el 41,7% (5); con respecto al número de espasmos, los más frecuente en la lectura o descripción fueron entre 1-3 con el 25% (3), por el contrario, en el habla espontánea fueron entre 1-3 con el 41,7% (5) pero en secundaria, que es el mismo porcentaje para tipo de espasmos que fueron tónicos.

Tabla 10: Distribución porcentual de las bases funcionales según el estrato socioeconómico de niños y adolescentes evaluados de tres instituciones.

Bases funcionales del habla		Estrato socioeconómico			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Modo respiratorio					
Nasal	n	2	4	1	7
	%	16,7%	33,3%	8,3%	58,3%
Mixto	n	3	1	1	5
	%	25,0%	8,3%	8,3%	41,7%
Coordinación fono-respiratoria					
Alterada	n	4	2	2	8
	%	33,3%	16,7%	16,7%	66,6%
Normal	n	1	3	0	4
	%	8,3%	25,0%	0,0%	33,3%
Prosodia de la voz					
Monótona	n	3	1	0	4
	%	25,0%	8,3%	0,0%	33,3%
Normal	n	2	4	2	8

Bases funcionales del habla	Estrato socioeconómico				
	Bajo	Medio	Alto	Total	
	%	16,7%	33,3%	16,7%	66,6%

Relacionando el estrato socioeconómico y las bases funcionales del habla de los evaluados, los incluidos en el bajo, presentaron alteraciones más frecuentes de la siguiente forma: el 33,3% (4) presentaron coordinación fono-respiratoria alterada; en cuanto al modo respiratorio, fue mixto en el 25,0%, el mismo porcentaje fue para la voz monótona en la prosodia.

Tabla 11: Distribución porcentual de la fluidez verbal según el estrato socioeconómico de los niños y adolescentes evaluados de tres instituciones.

Fluidez del habla		Estrato socioeconómico			
		Bajo	Medio	Alto	Total
Velocidad de la lectura o descripción					
Aumentada	n	1	0	0	1
	%	8,3%	0,0%	0,0%	8,3%
Disminuida	n	2	3	1	6
	%	16,7%	25,0%	8,3%	50,0%
Normal	n	2	2	1	5
	%	16,7%	16,7%	8,3%	41,7%
Fluidez en la lectura o descripción					
No fluido	n	4	2	1	7
	%	33,3%	16,7%	8,3%	58,3%
Fluido	n	1	3	1	5
	%	8,3%	25,0%	8,3%	41,7%
Velocidad en el habla espontánea					
Aumentada	n	3	1	0	4
	%	25,0%	8,3%	0,0%	33,3%
Disminuida	n	1	2	1	4
	%	8,3%	16,7%	8,3%	33,3%
Normal	n	1	2	1	4
	%	8,3%	16,7%	8,3%	33,3%
Fluidez en el habla espontánea					
No fluido	n	4	2	1	7
	%	33,3%	16,7%	8,3%	58,3%
Fluido	n	1	3	1	5
	%	8,3%	25,0%	8,3%	41,7%

Fluidez del habla		Estrato socioeconómico			
		Bajo	Medio	Alto	Total
Ritmos binarios simples					
No logrado	n	4	2	1	7
	%	33,3%	16,7%	8,3%	58,3%
Logrado	n	1	3	1	5
	%	8,3%	25,0%	8,3%	41,7%
Ritmos ternarios simples					
No logrado	n	4	3	1	8
	%	33,3%	25,0%	8,3%	66,6%
Logrado	n	1	2	1	4
	%	8,3%	16,7%	8,3%	33,3%
Número de espasmos por minuto en la lectura o descripción					
1 - 3 espasmos	n	2	3	0	5
	%	16,7%	25,0%	0,0%	41,7%
4 - 6 espasmos	n	0	2	2	4
	%	0,0%	16,7%	16,7%	33,3%
7 - 9 espasmos	n	3	0	0	3
	%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%
Número de espasmos por minuto en el habla espontánea					
1 - 3 espasmos	n	3	3	2	8
	%	25,0%	25,0%	16,7%	66,6%
4 - 6 espasmos	n	0	2	0	2
	%	0,0%	16,7%	0,0%	16,7%
7 - 9 espasmos	n	2	0	0	2
	%	16,7%	0,0%	0,0%	16,7%
Valoración del tipo de espasmos					
Tónico	n	4	2	2	8
	%	33,3%	16,7%	16,7%	66,6%
Clónico	n	1	1	0	2
	%	8,3%	8,3%	0,0%	16,7%
Tónico – Clónico	n	0	2	0	2
	%	0,0%	16,7%	0,0%	16,7%

Por último, en la relación estrato socioeconómico con la fluidez del habla, se apreció que las alteraciones son frecuentes en el estrato bajo en igualdad de porcentaje 33,3% (4) para: la fluidez en la lectura o descripción y habla espontánea que fueron no fluidos; también, velocidad en el habla espontánea 25,0% (3) y 8,3% (1); además, repetición de ejercicios binarios-ternarios simples

no logrados; distinto de, la velocidad en la lectura alterada en el 25,0% (3); con igual porcentaje, número de espasmos en la lectura o descripción de 7-9 por minuto; de otro lado, el 41,7% (5) presentaron entre 1-3 25% (3) y 7-9 16,7% (2) espasmos por minuto en el habla espontánea; para finalizar, en la valoración del tipo de espasmos el 33,3% (4) son de tipo tónico.

Tabla 12.

Características psicosociales manifestadas por la población de estudio.

Preguntas formuladas.	Respuestas en los 12 sujetos evaluados.	Frecuencia Absoluta
Stuaciones o personas frente a las que se aumenta la tartamudez	“Frente a extraños y personas con autoridad”	12
Situaciones en las cuales no se presenta la tartamudez	“Frente a la familia”	12
Percepción como un problema de la dificultad para hablar	“Siempre”	12
Por su forma de hablar, ¿alguien se ha burlado ?	“Siempre”	12

Desde el componente psicosocial contenido en la PEFT, al realizar la entrevista a padres y niños o adolescentes, los 12 sujetos evaluados coincidieron que las alteraciones en la fluidez verbal fueron más persistentes cuando se encontraban frente a extraños o personas con autoridad, y que estos inconvenientes disminuyeron frente a su familia; por otra parte, las dificultades para hablar siempre fueron consideradas un problema, así mismo todos los evaluados, coincidieron en que siempre recibieron algún tipo de burla a causa de su forma de hablar.

7. DISCUSIÓN.

Considerando que el modelo de evaluación responde a la teoría Bio-Psico-Social, inicialmente se analizaron las variables socio-demográficas (sexo, edad, antecedentes familiares, composición familiar). Se tuvo en cuenta el análisis bivariado en el cual se relacionó aspectos biológicos de acuerdo a la distribución porcentual de las bases funcionales, al igual que la fluidez verbal según la edad en niños y adolescentes evaluados. Finalmente se consideraron algunas respuestas sobre las conductas y comportamientos contenidas en el módulo I y II de la PEFT, las cuales hacen referencia a los aspectos psico-sociales.

Teniendo en cuenta los aspectos sociales, es necesario discutir sobre el sexo; Juana Barrera cita algunos autores que refieren que la tartamudez estaría relacionada con el sexo masculino, pese a que no hay una argumentación científica clara que ellos mencionen; sin embargo, autores como Dinville²⁸ explican que el desarrollo y maduración cerebral en las primeras etapas es más rápido en las niñas; pues los centros del habla y el lenguaje en el cerebro de las mujeres se distribuyen en ambos hemisferios, lo que les podría proporcionar más flexibilidad en el desarrollo del lenguaje, por el contrario, en los hombres se localiza solo en el hemisferio izquierdo. En el presente estudio se encontró que el 100%(12) de los sujetos con tartamudez fueron varones, aspecto que coincide con lo mencionado anteriormente y la investigación de Cyntia Impagliazzo²⁹, quien refiere que la tartamudez tiende a afectar más a los niños, en una relación de 3 por cada niña, más aún, en la adolescencia, es de 4 hombres por cada mujer, infiriendo que esta alteración en la fluidez del habla, estaría relacionada a este sexo o bien que las mujeres la superarían con más facilidad; pese a esto, también podrían presentarse casos de tartamudez en este sexo.

Dentro de los aspectos sociales considerados por Juana Barrera, la edad es importante en la presencia de la tartamudez; en esta investigación, el 58,3%(7) se encontraron en el rango de edad de 6 a 12 años, por lo cual son catalogados como niños, coincidiendo con Dennis Drayna refiere que alrededor del 5% de todos los niños tartamudearán durante alguna etapa de su vida, además, menciona que el tartamudeo podría afectar a cualquier

²⁸ DINVILLE. Trastorno de la fluidez. Disfemia o tartamudez. Barcelona. 1982.

²⁹ CASANOVA, Peña. Manual de logopedia. 2001. Citado por IMPAGLIAZZO, Cyntia. Personas con tartamudez: Propuesta de intervención. Mendoza, 2010, p. 30.

persona, pero que se presenta más en edades tempranas, porque en esta etapa se desarrollan las habilidades del lenguaje; así mismo Rodríguez plantea que “la tartamudez aparece especialmente en edades tempranas³⁰”; por su parte, Javier Sangorrin manifiesta que “la tartamudez se inicia en la infancia, generalmente con la aparición del lenguaje conectado, es decir, cuando el niño intenta combinar varias palabras para formar frases³¹”, siendo similar con los resultados de esta investigación. Lo anterior, se podría explicar porque en esta etapa es necesario el manejo sincronizado de mecanismos cognitivos, motores y sensoriales, que son perfeccionados con el tiempo.

Ahora bien, desde el punto de vista biológico abordado en este modelo integral, uno de los aspectos esenciales en la evaluación de la voz son las “bases funcionales”, que para esta investigación se analizaron de acuerdo a la edad, encontrando que la coordinación fono-respiratoria es la característica más alterada en el 41,7%(5) de los niños (6 a 12 años). Lo anterior podría deberse a que en el momento de la evaluación se presentaron fallas entre la respiración, articulación y fonación, que se evidenció con la presencia de pausas inadecuadas, desencadenando bloqueos o espasmos durante el habla, coincidiendo con lo planteado por Van Riper “en la tartamudez existe un desorden en la fluidez verbal producido por la descoordinación de los mecanismos del habla respiración, fonación, articulación, que suele estar acompañado de alta tensión muscular³²”; al respecto, Juana Barrera³³ refiere que las personas que tartamudean presentan una falta de coordinación en el funcionamiento de estos tres sistemas, sin embargo, llama la atención que esta alteración también se manifestó en los adolescentes.

Cabe mencionar que el modo respiratorio también se encontró alterado en un 41,7%(5) de los niños y adolescentes evaluados, presentando una forma combinada de respiración nasal y bucal, la cual es considerada anormal durante el reposo; al respecto conviene decir que según Dinville, “la alteración del patrón respiratorio es una de las variables fisiológicas alteradas en el tartamudeo”.

³⁰ RODRIGUEZ, Antonio. Intervención temprana en tartamudez: criterios para tomar decisiones. 2000, p. 23.

³¹ SANGORRIN, Javier. Disfemia o tartamudez. Neurol, 2005, p. 1.

³² VAN RIPER, Charles. The Treatment of Stutterin. New Jersey: Prentice Hall. 1973. P.

³³ BARRERA, Juana. Diseño y aplicación de una pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez-

Por otra parte, la prosodia estuvo alterada en el 25%(3) de los adolescentes, presentando voz monótona, al respecto José Santacreu plantea que “tartamudear es hablar con un patrón específico, caracterizado por una serie de errores de dicción que se acompañan de una entonación distinta al patrón prosódico normal³⁴”.

Otro aspecto dentro de los procesos biológicos es la fluidez del habla la cual se comparó con la edad de los evaluados, encontrando las alteraciones más frecuentes en los niños (6-12 años) con los siguientes resultados: en la velocidad del habla espontánea hubo una alteración en el 50%(6), además, la velocidad de lectura o descripción se encontró disminuida en el 33,3%. (4), lo anterior, concuerda con Borel-Maisonny quien afirma “muchos tartamudos no son concientes acerca de la velocidad en la que hablan, ya que esta cambia constantemente³⁵”; al respecto, Van Riper menciona “la tartamudez presenta una interrupción en la puesta en marcha voluntaria de la musculatura de la fonación, esto explica que se podría afectar la velocidad del habla, la cual se regulariza cuando logra ser disminuida con el habla sincronizada en el tiempo³⁶”.

Por otra parte, las variables fluidez verbal del habla espontánea y lectura o descripción, estuvieron disminuidas en un 41,7%(5), para cada una, coincidiendo con Juana Barrera quien manifiesta “la tartamudez es uno de los defectos más conocidos del habla caracterizada por un trastorno de la fluidez de la expresión verbal”; además, afirma que aparece cuando el niño carece de la capacidad de hablar con la fluidez cuando las demandas ambientales lo exigen, de esta forma, se verá afectada; así mismo, Pedro Rodríguez refiere “es un trastorno que afecta el proceso comunicativo de la persona y que se caracteriza por alteraciones en la fluidez³⁷”; de igual forma, Moreno afirma “no se sabe a ciencia cierta la causa de la tartamudez, aunque la etiología puede tener un carácter multi-causal, que puede ejercer un papel desestabilizador, desencadenando problemas en la fluidez verbal³⁸”.

³⁴ SANTACREU, José y FROJÁN, María Xesus. La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil. Madrid: Pirámide. 1933. P. 2.

³⁵ LENNON. La Begaiement, 1962. Citado por: VAN RIPER. Charles. The treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall, 1973, p. 6.

³⁶ : VAN RIPER. Charles. The treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall, 1973, p. 12.

³⁷ RODRIGUEZ, Pedro. La tartamudez desde la perspectiva de los tartamudos. Caracas, 2002. P. 138.

³⁸ MORENO, Juan. Características de la personalidad y alteraciones del lenguaje en educación infantil y primaria. España, 2004, p.6.

Al respecto conviene decir, que los evaluados entre 6 a 12 años no lograron reproducir los ritmos binarios simples en el 33,3%(4); tampoco realizaron los ternarios simples en el 50%(6) del total de casos, ajustandose a lo planteado por Juana Barrera (2004) “en los sujetos con tartamudez existe una alteración en las fases evolutivas del desarrollo del ritmo, en diferentes grados, siendo este uno de los signos característicos de este cuadro”; de igual manera, Buchen y Summer afirman que “la tartamudez sería consecuencia de alteraciones en el feed-back auditivo debido a un daño en el procesamiento auditivo, el cuál provocaría alteraciones en el ritmo del habla³⁹”.

Con referencia a los espasmos durante el habla espontánea y la lectura o descripción, en relación a la edad, el 41,7% presentó entre 1-3 y 4-6 espasmos, aunque, cabe resaltar que de este porcentaje, en los adolescentes (13-18 años) se presentó con mayor frecuencia de 1-3 espasmos con un 25% y que en niños (6-12 años) fue de 4-6 espasmos con igual porcentaje; con este mismo valor, el tipo de espasmos predominante fue clónico, lo que coincide con Castañeda, quien afirma “la tartamudez clónica es la que mas frecuentemente se conoce⁴⁰”, además, estos resultados, concuerdan con Juana Barrera (2004) quien refiere “los patrones de coordinación secuencial de la musculatura del habla se interrumpen repentinamente y da como resultado bloqueos, prolongaciones y repeticiones”, también afirma Perelló “es un defecto de elocución caracterizado por repeticiones de palabras o por paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal⁴¹”.

Finalmente, otro aspecto importante dentro de PEFT, es el componente psicosocial, el cual fue abordado desde la entrevista que se realizó a padres y sujetos evaluados, encontrándose que las manifestaciones de la tartamudez se incrementan frente a personas con autoridad o extraños y que disminuyen en el contexto familiar. Al respecto Juana Barrera (2004), refiere que la mayoría de las veces, la tartamudez es consecuencia de un factor afectivo o emocional y que es muy frecuente observar que aparece sólo en relación a determinadas personas, ambientes o situaciones y no en otros, como también, cuando los padres adoptan una actitud demasiado rígida y exigente con sus hijos, ya que al corregirles demasiado el habla, se les expone a la formación de un sentimiento de duda e inseguridad en su habilidad lingüística

³⁹ BUCHEL, Christian y SOMMER, Martín. What causes stuttering? 2004.

⁴⁰ CASTAÑEDA, Pablo. Niños con trastornos del habla ¿Cómo ayudarlos? 2004.

⁴¹ PERELLÓ, Jorge. Citado por: CASTAÑEDA, Pablo. Niños con trastornos del habla ¿Cómo ayudarlos? 2004

y podrían comenzar a tartamudear; al respecto Pedro Rodríguez⁴² refiere que las alteraciones en la fluidez verbal son la expresión visible de la interacción de determinados factores orgánicos, psicológicos, sociales y características biológicas, que se evidencian en una forma particular de expresión verbal; además, Perdoncini e Yvon plantean que “determinados factores psicológicos y sociales desfavorables pueden ser la única causa responsable del tartamudeo (perturbaciones afectivas, falta de estructuración psicológica, etc)⁴³”.

8. CONCLUSIONES

Con la investigación realizada, se pudo determinar que los aspectos tenidos en cuenta por Juana Barrera (2004) en la población Chilena, también se presentaron en el caso Colombiano; al respecto conviene decir, que esta autora refiere la posible aproximación entre la tartamudez y el sexo masculino, coincidiendo con el presente estudio, pues la totalidad de la población evaluada perteneció a este género, a pesar de que en las instituciones educativas participantes habían personas de sexo femenino.

Todos los niños que presentaron tartamudez se encontraron en edades tempranas, los cuales presentaron mayor alteración en la coordinación respiratoria y en la fluidez tanto de lectura como de habla espontánea, en bases funcionales y fluidez del habla respectivamente.

Sobre los aspectos psicosociales abordados desde la PEFT, se encontraron algunas variables que podrían actuar como factores desencadenantes y que incrementarían las manifestaciones de la tartamudez, relacionadas con el contexto social y/o familiar en el cual la persona con tartamudez se encuentre.

La aplicación de la PEFT que maneja un modelo teórico Bio-Psico-Social, abarca las bases fundamentales que permiten realizar una evaluación integral de los aspectos influyentes en el desencadenamiento del problema, favoreciendo un diagnóstico y tratamiento oportuno para la superación de las dificultades presentadas.

⁴² RODRIGUEZ, Pedro. La tartamudez desde la perspectiva de los tartamudos. Caracas, 2002. P. 140.

⁴³ PERDONCINI, Guy e YVON, Y. Manual de psicología y reeducación infantil. 1968. Citado Por: MORENO, Juan. Características de la personalidad y alteraciones del lenguaje en educación infantil y primaria. España, 2004, p.7.

La pauta utilizada en este estudio investigativo se ajusta al tipo de población, pues los ítems evaluados se adecuan a los términos manejados en Colombia, puesto que trata un modelo integrador, permitiendo ampliar la mirada biomédica al incorporar una perspectiva Bio-Psico-Social a la tartamudez.

9. RECOMENDACIONES.

Después de la aplicación de la PEFT se recomienda que sea utilizada para orientar los diagnósticos, pues está basada en un modelo integrador que abarca tres grandes aspectos (biológico, psicológico y social), que posiblemente influyen en el origen y desarrollo de la tartamudez.

La evaluación realizada con la PEFT, aborda un enfoque integral desde el modelo Bio-Psico-Social; además, se encuentra validada en un país de habla hispana, a partir de esto se podría realizar su estandarización para la población Colombiana y utilizarla en futuras etapas investigativas.

BIBLIOGRAFÍA.

BARRERA, Juana. Diseño y aplicación de una pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez. Tesis de pregrado. Santiago de Chile. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Fonoaudiología. 2004. p.103.

BEGOÑA LÓPEZ, Maite. Espasmodia Diagnóstico y Tratamiento. En: Revista médica. [En línea], vol. 20, No. 4. Enero de 2009. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/4%20julio/486_ESPASMOFEMIA-13.pdf

CASTRO, Yovana y MANRIQUE Yenny. 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 Magíster en Fonoaudiología. Lima, Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2013. 85 p.

CAUCA. SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL. Popayán, Cauca, Colombia. 2011-2015.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Sala situacional de personas con discapacidad. [En línea]. Agosto de 2015. Personas con limitaciones permanentes según el Censo del año 2005 realizado por el DANE [citado el 11 de Mayo de 2016]. Disponible en internet: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Sala-situacional-discapacidad-Nacional-agosto-2015.pdf>>

FERNANDEZ, L, et al. Normalización de una batería de test para evaluar las habilidades de comprensión del lenguaje, fluidez verbal y denominación en niños brasileños de 7 a 10 años: resultados preliminares. En: revista Rev Neurol [En línea], Vol. 44, No. 5. 2007. Disponible en: <<http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?id=2006089>>

FILLIPETTI Vannesa. Fluidez verbal según tipo de tarea, intervalo de tiempo y estrato socioeconómico, en niños escolarizados. En: Revista Anales de psicología [En línea], Vol. 27, No. 3. Octubre, 2011. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720048029>>

FREIRE CÓRDOBA, Alex Darío. La ansiedad y su efecto en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del Cantón Pelileo Ecuador. Psicólogo Clínico. Ambato, Ecuador. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. 2014. 141 p.

GARCÍA Eduardo, et al. Test de Fluidez Verbal: datos normativos y desarrollo evolutivo en el alumnado de primaria. En: revista European Journal of Education and Psychology [En línea], Vol. 5, No. 1. 2012. Disponible en: <<http://formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/view/80>>

GARCÍA, Mateo. Análisis de la demanda asistencial en trastornos del lenguaje, habla y comunicación. Un estudio epidemiológico realizado desde la unidad asistencial de logopedia de la U.P. S.A. Tesis del Departamento de Psicología

Evolutiva y de la Educación T. Ciencias Sociales. Universidad de Salamanca. 2010. 328 p.

GONZÁLEZ GARCÍA, Cynthia Magally, Recuperación de la Fluidez en un Caso Clínico de Disfemia, Máster en patologías del lenguaje y el habla. Instituto Superior de Estudios Psicológicos ISEP. 2015.

HERNANDEZ JIMÉNEZ, Inmaculada. Trastornos de fluidez: La tartamudez evaluación y tratamiento. En: Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas. [En línea], No. 42. Mayo de 2011. Disponible en: <http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_42/INMA_HERNANDEZ_2.pdf>

HERMÁNDEZ JIMÉNEZ, Janeth y VELÁSQUEZ GÓMEZ, Katherine. Comparación de los patrones de tartamudez en dos lenguas: un reporte de caso. En: Revista Ciencias de la Salud [En línea], Vol. 13, No. 3. 2015. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/pdf/562/56242524010.pdf>>

IMPAGLIAZZO, Cyntia. Personas con Tartamudez: Propuesta de Intervención. Tesis de grado. Mendoza. Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. 2010. 156 p.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SORDERA Y OTROS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN, NIH. Etapas del desarrollo del habla y el lenguaje. [En línea]. EE.UU. Septiembre de 2010. No. 00-4781 S. [citado el 15 de Septiembre de 2016]. Disponible en internet: https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/spanish/NIDCD-Speech-Lang-Development-Spanish_0.pdf

MORENO, Juan y GARCÍA E. Tratamiento de un caso de tartamudez a través del método de Azrin y Nunn, En: revista virtual ScienceDirect [En línea], Vol. 22, No. 4. 2002. Disponible en: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021446030276244X>>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada CIF [En línea]. 2001 [citado el 05 de Abril de 2016] Disponible en internet: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf

RODRÍGUEZ, Pedro. Hablan los tartamudos. En: Revista Psicología. [En línea], vol. 28, No. 1. 2004. Disponible en: http://190.169.94.12/ojs/index.php/rev_ps/article/view/6213

ROSELLI, Mónica. et al. Frecuencia y caracterización de los problemas específicos de aprendizaje en una población escolar en Santa Fe de Bogotá, Colombia. En: revista Suma Psicológica [En línea], Vol. 4, No. 2. Septiembre, 1997. Disponible en: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/268/0>

SANGORRÍN, Javier. Disfemia o tartamudez. En: Revista de Neurología. [En línea], Vol. 41, No. 1. 2005. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/disfemia_tartamudez.pdf

SANTOS RUIZ, José Luis, et al. DSM 5 Novedades y criterios diagnósticos. [En línea]. Centro documentación de estudios y oposiciones. Madrid, 2013. [Citado el 1 de agosto de 2016]. Disponible en internet: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>

UNICEF, código de la infancia y la adolescencia, versión comentada. [En línea]. Santa Fe de Bogotá, D.C., Colombia. 2007. [citado el 1 de julio de 2009]. Disponible en internet: http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=2888

BÜCHEL, Christian y SOMMER, Martín. What causes stuttering? En: PLoS Biology. (en línea). Febrero, 2004. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.0020046#s2>

DANVILLE, Claire. La tartamudez: Sintomatología y Tratamiento. Barcelona, Masson. 1982, 101 p.

DANVILLE, Claire. Trastorno de la fluidez. Disfemia o tartamudez. 1982. 13 p.

MORENO MANSO, Juan Manuel. Características de la personalidad y alteraciones del lenguaje en educación infantil y primaria. En: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura. [En línea], 2004. Disponible en: <http://www.jmunozy.org/files/9/Logopedia/estimulacion-oral/documento/798Moreno-lenguajeinfantil.pdf>

RODRIGUEZ, Pedro. La tartamudez desde la perspectiva de los tartamudos. Tesis doctoral. Caracas. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades y educación. Comisión de estudio de postgrado. Área Psicología. 2002. 174. P.

SANTACREU, Jose y FROJÁN, Maria Xesus. La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil. Madrid: Pirámide. 1993. 160 p.

VAN RIPER, Charles. The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall. 1973

ANEXOS

PAUTA DE EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA PARA PERSONAS QUE CONSULTAN POR TARTAMUDEZ (P.E.F.T.) (D. Ahumada, D. Alday, M. Miranda, P. Zamorano)

Consigna: “Señores padres de familia, soy estudiante de X semestre del programa de fonoaudiología de la Universidad del Cauca, en esta oportunidad voy a aplicar la primera parte de la prueba de tartamudez que corresponde en resolver unas preguntas sencillas sobre su hijo, por favor sean muy sinceros con las respuestas. En caso de que entiendan alguna, me hacen saber para repetir.

Como podrán observar en la primera parte aparece un cuadro con una simbología donde están descritos de algunos términos que aparecerán durante la prueba.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ DIRECCIÓN: _____

BARRIO: _____

SITUACIÓN DE INGRESO:

() Iniciativa Propia / familiar

() Derivado de otro profesional ¿cuál? _____

Diagnóstico del profesional _____

Simbología:

NP: Nombre del Paciente. R: Regular.

AV: A Veces.

E: Excelente.

M: Malo.

N: Nunca

B: Bueno.

CS: Casi Siempre.

ANEXO I

MÓDULO I: ENTREVISTA A LOS PADRES

I. ANTECEDENTES GENERALES DEL PACIENTE

Consigna: “A continuación realizaré unas preguntas sobre como fue el embarazo de su hijo (NP)”

MORBILIDAD (Enfermedades)

Hubo problemas o enfermedades en:

Embarazo () Sí () No ¿Cuál? _____

Parto () Sí () No ¿Cuál? _____

Consigna: “Ahora, unas preguntas sobre su hijo (NP)”

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

() Sí () No ¿Cuál? _____

Tipo de tratamiento: _____

¿(NP) toma o ha tomado algún tipo de medicamento?

() Sí () No ¿Cuál? _____

Consigna: “Las siguientes preguntas son sobre algunas actividades que realizó (NP)”

DESARROLLO PSICOMOTOR

Maduración Neurológica

Observó algún retraso o dificultad en:

() Gateo () Caminar () Control de esfínter () Otro ¿Cuál? _____

Coordinación y Motricidad Gruesa

(NP) tiene o ha tenido alguna dificultad en:

() Bailar () Jugar () Saltar () Otros ¿Cuál? _____

Motricidad Fina

(NP) tiene o ha tenido alguna dificultad en:

() Tomar el lápiz () Dibujar () Escribir () Otros ¿Cuál? _____

Lateralidad

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

() Derecha () Izquierda () Ambas

Consigna: “Ahora, unas preguntas sobre cómo fue el comienzo del lenguaje de (NP)”.

DESARROLLO DEL LENGUAJE

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

Notó alguna dificultad en el inicio del lenguaje:

() Si () No ¿Cuál? () Se le entendía poco () Le costó pronunciar () Otro

Dificultades de lenguaje

¿Ha ido a terapia de fonoaudiología?

() Sí () No Diagnóstico _____

Tiempo de asistencia _____

Condición de Egreso

Alta Deserción Promoción de Educación Básica

Inteligibilidad

¿Usted entiende lo que (NP) trata de decir?

S CS AV N

¿Los demás le entienden?

S CS AV N

Comprensión

¿(NP) entiende cuando le hablan?

S CS AV N

Consigna: “Las siguientes preguntas serán sobre la escolaridad y el desempeño de (NP)”.

II. ANTECEDENTES ESCOLARES

(NP) asiste a: Jardín Infantil Colegio Bachillerato Otro

Edad de ingreso: _____ Curso: _____ Institución: _____

Promedio general de notas: _____

Repitencia (ha repertido algún curso): Si No ¿Cuál? _____

¿Tiene problemas en alguna asignatura?:

Si No ¿Por Qué?:

Notas bajas

Poco motivación

Mala relación con el profesor

Otro _____

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

Profesores:

E B R M ¿Por qué? _____

Compañeros de colegio:

E B R M ¿Por qué? _____

Consigna: “Las siguientes preguntas serán sobre cómo es (NP) en la sociedad.”

SOCIABILIDAD

Ud. cree que (NP) es: tímido, solitario, poco sociable, inquieto, etc.

¿Va a reuniones sociales como cumpleaños, fiestas, etc.?

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

Consigna: “Las siguientes preguntas serán sobre la familia de (NP).”

III. ANTECEDENTES FAMILIARES DEL PROBLEMA

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

Nivel de escolaridad y ocupación del padre _____

Nivel de escolaridad y ocupación de la madre _____

Número de hermanos _____

Lugar que ocupa _____

Relación con padres y hermanos _____

Consigna: “Voy a realizar unas preguntas sobre las dificultades parecidas a las que tiene el niño que se hayan presentado en algún familiar cercano, les agradezco que me respondan con la mayor sinceridad”,

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

() Sí () No ¿Quién? _____

Tipo de problema:

Consigna: “Me gustaría saber que piensan los familiares cercanos acerca de la dificultad que presenta el niño, me refiero a comentarios, opiniones que hayan escuchado sobre él”.

IV. PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA FRENTE AL PROBLEMA

¿Por qué considera que (NP) presenta tartamudez?

¿Cuándo cree Ud. que comenzó el problema? _____

Consigna: “¿Ustedes creen que siempre presenta dificultad al hablar o es más notable frente a algunas personas o en algunas situaciones?”

¿Frente a qué situaciones o personas aumentan las dificultades?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Personas con autoridad | <input type="checkbox"/> Hablar por teléfono |
| <input type="checkbox"/> Familiares | <input type="checkbox"/> Situaciones académicas |
| <input type="checkbox"/> Pares | <input type="checkbox"/> Disertaciones |
| <input type="checkbox"/> Extraños | <input type="checkbox"/> Otros |

Consigna: “¿Cuándo no creen que se observa la dificultad al hablar, por ejemplo cuando está en su habitación, cantando, etc”

¿En qué situaciones no se observa dificultad?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Personas con autoridad | <input type="checkbox"/> Hablar por teléfono |
| <input type="checkbox"/> Familiares | <input type="checkbox"/> Situaciones académicas |
| <input type="checkbox"/> Pares | <input type="checkbox"/> Disertaciones |
| <input type="checkbox"/> Extraños | <input type="checkbox"/> Otros |

Consigna: “Cuándo empiezan a notarse la dificultad, ¿cuál es la reacción de ustedes, que actitudes toman?”

¿Cómo reacciona Ud/ Uds.? _____

Consigna: “¿Y los demás que han observado que hacen?”

¿Cómo reaccionan los demás? _____

Consigna: “Han notado si para disimular la dificultad el niño hace algo, ejemplo gestos, expresiones, etc”

¿(NP) adopta conductas compensatorias para enfrentar su problema?

V. PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA FRENTE A LA TERAPIA

Consigna: “Vamos a hablar de que piensan acerca de la posible terapia a la que puede acceder. Si empieza, ¿en qué esperan que mejore?”

¿Qué espera de la terapia? _____

Consigna: “Estamos interesados en saber si ustedes y los familiares cercanos están dispuestos a seguir consejos y recomendaciones que se les brindarán para ayudar a superar la dificultad”.

¿Ud. y su familia están dispuestos a seguir indicaciones o a colaborar con la terapia junto a (NP)? () Sí () No _____

Consigna: “Queremos conocer sus opiniones personales sobre como creen que pueden ayudar en la terapia de él para superar su dificultad”.

¿Cómo cree que Ud. puede contribuir con la terapia? _____

Consigna: “¡Hola! ¿cómo estás?, mi nombre es () soy estudiante de fonoaudiología, estoy aquí porque estamos llevando acabo la aplicación de una evaluación sobre tartamudez; ¿has escuchado sobre esto? () te agradezco mucho por estar aquí, no nos vamos a demorar, te voy hacer unas preguntas muy cortas espero las contestes con mucha sinceridad; si no entiendes alguna me dices”

ANEXO 2:

MÓDULO II: ENTREVISTA AL NIÑO / ADOLESCENTE

I. MOTIVO DE CONSULTA

Consigna: “Quiero que respondas con la mayor sinceridad posible, recuerda, lo que hablemos queda entre nosotros.”

Cuéntame ¿por qué viniste?

() Porque querías () Te aconsejaron que vinieras () Te obligaron

II. ANTECEDENTES ESCOLARES

Consigna: “¿Recuerdas cuáles han sido tus notas?”

Promedio general de notas: _____

Consigna: “¿Cuál es la materia que menos te gusta y por qué?”

¿Tienes dificultades en algunas asignaturas?

() Sí () No ¿Cuál? _____

¿Por Qué?:

() Notas bajas () Poco motivación
() Mala relación con el profesor () Otro _____

Consigna: “¿Cuál es la materia que más te gusta y por qué?”

¿Qué asignatura te gusta más?

() Matemáticas () Ciencias Sociales
() Lenguaje () Otra
() Ciencias Naturales

¿Por Qué?:

() Notas altas () Bastante motivación
() Buena relación con el profesor () Otro _____

Consigna: “¿Cómo crees que son tus relaciones personales con?”

¿Cómo te llevas con?

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

Compañeros: () E () B () R () M

III. PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA

Consigna: “¿Se te hace difícil hablar?, ¿por qué?”

¿Crees tú que te cuesta hablar? () Si () No

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

Consigna: “Te voy a hacer otras preguntas, trata de ser sincero que lo que hablemos queda entre nosotros”.

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

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

¿Cómo crees que te tratan tus papás? _____

¿Cómo se llevan tus papás? _____

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

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

¿Te gusta que te manden a comprar?

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

¿Te gusta hablar por teléfono?

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

¿Llamas a otros por teléfono?

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

Consigna: “¿Cuándo llaman a tu casa, contestas o esperas que otro lo haga?”

¿Atiendes el teléfono?

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

¿Te gusta hablar cuando estas en grupo?

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

¿Te incomoda que te pregunten algo personas desconocidas?

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

¿Te molesta tener que repetir lo que ya dijiste?

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

¿Te gusta ir al colegio o jardín?

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

¿Te gusta leer en voz alta o exponer en clases?

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

¿Te pones nervioso al contestar cuando llaman a lista?

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

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

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

¿Haces muchas preguntas en clase?

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

¿Te gusta hablar con tus profesores?

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

¿Te acercarías a un compañero nuevo del colegio?

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

¿Sientes que los demás te miran raro cuando hablas?

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

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

¿Por qué?

¿Sientes que tus papás te escuchan cuando hablas?

S CS AV N

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

S CS AV N

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

S CS AV N

¿Siempre que quieres decir algo, lo dices?

S CS AV N

¿Alguien se ha burlado de ti?

S CS AV N

¿Qué has hecho tú?

S CS AV N

IV. FACTORES DESENCADENANTES

Consigna: “¿Qué crees que causó tu dificultad al hablar?”

¿Qué crees que provocó tu forma de hablar? o ¿Tú crees o asocias algún evento o problema con tu forma de hablar?

Consigna: “¿Cuándo o frente a quién sientes que se te hace más difícil hablar?”

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

<input type="checkbox"/> Personas con autoridad	<input type="checkbox"/> Hablar por teléfono
<input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> Profesores
<input type="checkbox"/> Compañeros	<input type="checkbox"/> Discursos
<input type="checkbox"/> Extraños	<input type="checkbox"/> Otros

Consigna: “¿Cuándo y con quienes sientes que no tienes dificultad al hablar?”

¿En qué situaciones no aparece esta forma de hablar tuya?

V. MANIOBRAS COMPENSATORIAS

¿Qué haces habitualmente cuando aparece esta forma de hablar?:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hablas más lento | <input type="checkbox"/> Haces algún gesto |
| <input type="checkbox"/> Te callas | <input type="checkbox"/> Haces algún movimiento corporal |
| <input type="checkbox"/> Te esfuerzas más | <input type="checkbox"/> Lloras |
| <input type="checkbox"/> Te pones colorado | <input type="checkbox"/> Golpeas el piso con el pie |
| <input type="checkbox"/> Te angustias y sudas | <input type="checkbox"/> Le pides a otros que hablen por ti |
| <input type="checkbox"/> Se te va la voz | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Desvías la mirada | |

VI. SOCIABILIDAD

Tú te describes como alguien: tímido, solitario, poco sociable, inquieto, etc.

¿Te gusta asistir a cumpleaños, fiestas, etc.?

- S CS AV N

VII. POSTURA FRENTE A LA TERAPIA

Consigna: “¿Crees que tu dificultad al hablar es un problema?”

¿Esta forma de hablar tuya sientes que es un problema?

- S CS AV N ¿Por qué?
-

¿Te gustaría mejorar?

- Sí No No sé Me da lo mismo ¿Por qué?
-

ANEXO 3:

MÓDULO III: EVALUACIÓN DE LA FLUIDEZ

I. BASES FUNCIONALES DEL HABLA

RESPIRACIÓN

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

La CFR (conciencia fono respiratoria) se evalúa mediante el habla espontánea y lectura, sin dejar de observar en ellas el tipo y el modo respiratorio.

Consigna: “Vamos a hablar un poco, cuéntame ¿qué hiciste hoy?”, “ahora, te voy a pasar una parte muy corta de un cuento, la vas a leer en voz alta”

Al final se anexa la lectura para niños y para adolescentes.

Se sugiere evaluar la CFR además mediante soplos, en los cuales no haya palabras ni habla de por medio.

Consigna: “Ahora vas a tomar aire y lo vas a botar en 1 tiempo, luego inspira y bota en 2 tiempos y así sucesivamente, mira así como lo hago yo”

- El criterio para los niños de 6 a 12 años es lograr dividir el volumen espiratorio hasta en 5 tiempos, y en 8 tiempos para los mayores (12 – 17 años).
- En pacientes no lectores, se pedirá que describan las láminas adjuntadas al final.

Consigna: “Mira esta lámina, vamos a hablar de ella, cuéntame ¿que ves aquí?”

Modo Respiratorio: () Bucal () Nasal () Mixto

Tipo Respiratorio: () Costal alto () Costal-diafragmático () Abdominal

CFR Lectura /Descripción: () Normal () Alterada

Soplo: () Normal () Alterado

TONICIDAD

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

Consigna: “Acuestate aquí, te voy a explicar unos movimientos que vas a hacer con tus brazos (extensión horizontal, al frente, arriba y flexión hacia la línea media), piernas (extensión hacia arriba, abajo y flexión hacia la línea media), y cara (palpación de distal a proximal y praxias pasivas de protrucción y retracción labial)”.

- . La zona orofacial se puede evaluar mediante la reproducción de gestos faciales (como sorpresa, enojo, pena, etc.).

Consigna: “Muy bien, ahora vas a repetir los gestos tal como los voy a hacer”.

- La pantomima de masticación según modelo dado por el terapeuta y la hiperarticulación de palabras a la repetición para observar la movilidad facial

Consigna: “Vas a hacer de cuenta que estas masticando chicle y vas a abrir muy exagerada la boca, luego vas a repetir unas palabras que te voy a decir y también vas a exagerar en la pronunciación, mírame como lo hago”.

- La tensión cervical se puede evaluar a través de la observación, palpación

Consigna: “Te voy a tocar el cuello atrás y adelante, me avisas si sientes algún tipo de dolor”.

- Mediante una evaluación biomecánica (ante-flexión, movimiento lateral, medial y giro completo de la cabeza)

Consigna: “Vas a mover la cabeza, te voy a guiar y me dices si sientes alguna molestia”.

- La zona paralaríngea se evaluará mediante la palpación y movimientos laríngeos.

Consigna: “Vas a acumular saliva, cuando te diga traga lo vas a hacer ¿listo?”.

Tensión General: () Aumentada () Disminuida () Normal

Tensión Segmentaria:

Orofacial () Aumentada () Disminuida () Normal

Cervical () Aumentada () Disminuida () Normal

Paralaríngea () Aumentada () Disminuida () Normal

Síntesis

VOZ

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

Este ítem se evaluará durante toda la evaluación por observación y analizando las grabaciones de muestras de habla obtenidas.

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

COMPONENTES DE LA FLUIDEZ

Materiales: CD, cronómetro, textos, láminas de descripción, grabadora.

VELOCIDAD

Para el ítem de la lectura en velocidad se tendrá en cuenta en el ítem de respiración:

Consigna: “Hablemos un poco, cuéntame ¿qué hiciste hoy?”, “Ahora, te voy a pasar una parte muy corta de un cuento y/o texto, y la vas a leer en voz alta”

Al final se anexa la lectura para niños y para adolescentes.

Lectura: _____ x min. () Aumentada () Disminuida () Normal

Recontado: _____ x min. () Aumentada () Disminuida () Normal

Habla espontánea: _____ x min. () Aumentada () Disminuida () Normal

FLUENCIA

Por medio de este ítem se pretende evaluar la capacidad de mantención del flujo verbal por parte del niño. Este ítem se medirá a través de la repetición de palabras, frases y la descripción de una lámina.

Consigna: “Repite unas palabras y frases después de mí”. “Para la descripción de la lámina se tendrá en cuenta el realizado en el ítem de respiración para pacientes no lectores”.

(Listado de palabras y frases anexadas al final).

Repetición de palabras: () Fluido () No fluido

Consigna: “Repite”:

LISTA DE FRASES

- El mono come plátano.

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

Repetición de frases: () Fluido () No fluido

Habla espontánea: () Fluido () No fluido

Lectura / recontado: () Fluido () No fluido

Síntesis:

RITMO.

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

Consigna: “Escucha atentamente los sonidos y luego repite mediante golpes de manos”.

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

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

Repetición de ritmos

Ritmos binarios simples

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

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

Ritmos ternarios simples

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

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

Ritmos más complejos

Ejercicio N° 5: () logrado () no logrado

Ejercicio N° 6: () logrado () no logrado

Ejercicio N° 7: () logrado () no logrado

Ejercicio N° 8: () logrado () no logrado

Ritmos asociados a habla

Ritmos binarios

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

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

Ritmos ternarios

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

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

Síntesis:

- Valoración del número y tipo de espasmos

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

Valoración de la frecuencia

Lectura: _____ N° de espasmos x min.

Recontado: _____ N° de espasmos x min.

Habla espontánea: _____ N° de espasmos x min.

Valoración de la intensidad

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

Valoración del tipo de espasmos

Tónico ()
Clónico ()
Tónico – Clónico ()

En qué actividad se presenta: _____

En qué tipo de sonido se presenta: _____

- Modo articulatorio : _____
- Punto articulatorio : _____
- Posición de la sílaba : _____

Síntesis

—

OBSERVACIONES _____

Nombre del examinador:

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

LISTA DE PALABRAS

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

LISTA DE FRASES

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

1.- Texto para niños

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

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

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

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

2.- Texto para adolescentes

¿Cómo se alimentan los astronautas en el espacio?

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

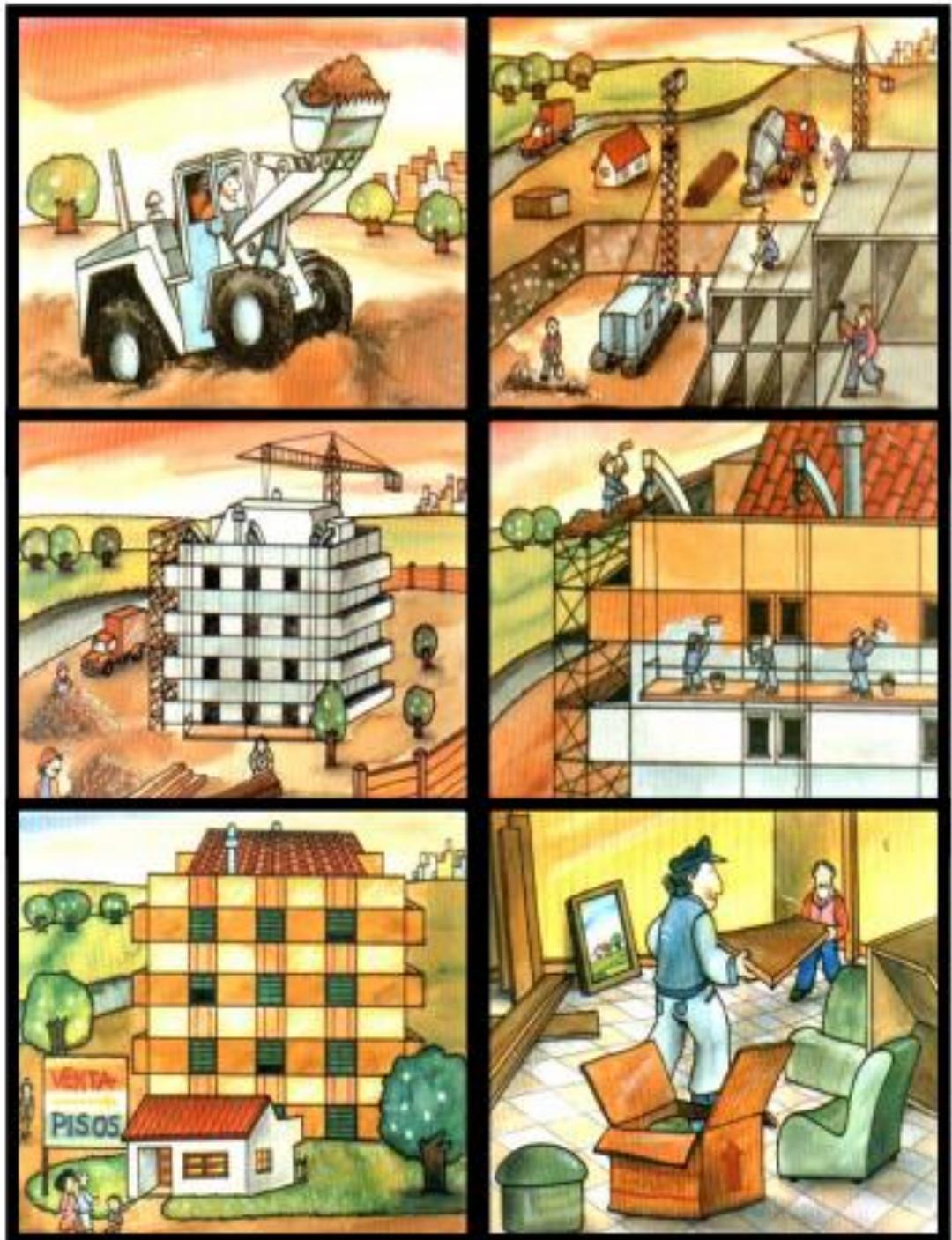
Cuando llega la hora de comer, el astronauta toma, por ejemplo, la bolsa de carne o pollo deshidratado al vacío, y le inyecta una cierta cantidad de agua caliente de un dispensador que hay en la cocina del transbordador. Acto seguido debe darle un "masaje" a la bolsa para que el agua se incorpore bien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

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

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

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

5.- Láminas para descripción



Ejercicio N° 4



Ritmos más complejos

Ejercicio N° 5



Ejercicio N° 6



Ejercicio N° 7



Ejercicio N° 8



2.- Ritmos asociados a habla

Ritmos binarios asociados a habla

Ejercicio N° 9



