


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
"MAYRA GUTIÉRREZ"

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem. It features a central shield with a figure holding a staff, flanked by two columns. Above the shield is a coat of arms with a crown and a lion. The Latin motto "CÆTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

"GUÍA SISTEMÁTICA DE TÉCNICAS DE TERAPIA DEL LENGUAJE PARA
PACIENTES CON PROBLEMAS DE TARTAMUDEZ"

LESLIE ARLETTE RODAS DE LA ROSA

GUATEMALA, AGOSTO DE 2011

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
"MAYRA GUTIÉRREZ"

**"GUÍA SISTEMÁTICA DE TÉCNICAS DE TERAPIA DEL LENGUAJE PARA
PACIENTES CON PROBLEMAS DE TARTAMUDEZ"**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO
AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

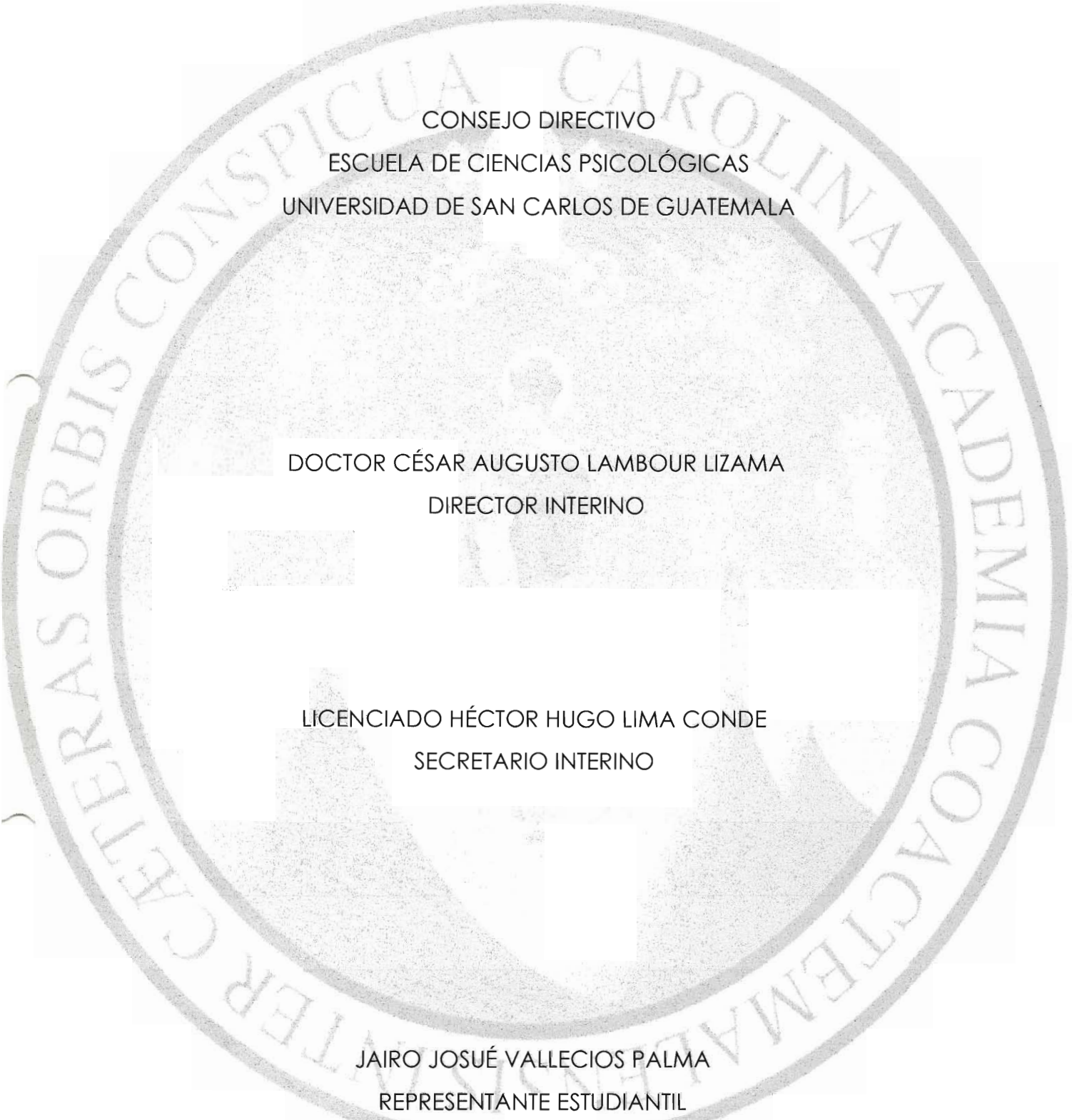
LESLIE ARLETTE RODAS DE LA ROSA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
TERAPISTA DEL LENGUAJE

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

TÉCNICA UNIVERSITARIA

GUATEMALA, AGOSTO DE 2011

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure, likely a saint or historical figure, surrounded by a Latin inscription: "CAROLINA ACADEMIA COACTEMMATA INTER CÆTERAS ORBIS CONSPICUA".

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 147-2011
DIR. 1,272-2011

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

08 de agosto de 2011

Estudiante
Leslie Arlette Rodas de la Rosa
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL DOSCIENTO CUARENTA Y SIETE GUIÓN DOS MIL ONCE (1,247-2011), que literalmente dice

"MIL DOSCIENTO CUARENTA Y SIETE": Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"GUÍA SISTEMÁTICA DE TÉCNICAS DE TERAPIA DEL LENGUAJE PARA PACIENTES CON PROBLEMAS DE TARTAMUDEZ"** De la carrera de Terapia del Lenguaje, realizado por:

Leslie Arlette Rodas de la Rosa

CARNÉ No. 2001-17182

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Claudia del Cid Alonso y revisado por la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Lembo Lizama
DIRECTOR INTERINO

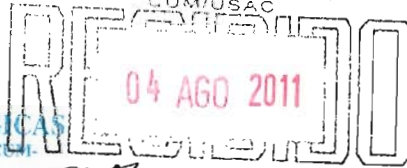
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
DIRECTOR INTERINO
USAC



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recopilación e Información
CUM/USAC



CIEPs 147-2011
REG: 1213-2004
REG: 153-2010

FIRMA: *[Signature]* HORA 13:45 Registro 1213-04

INFORME FINAL

Guatemala, 27 de Julio 2011

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

“GUÍA SISTEMÁTICA DE TÉCNICAS DE TERAPIA DEL LENGUAJE PARA PACIENTES CON PROBLEMAS DE TARTAMUDEZ.”

ESTUDIANTE:
Leslie Arlette Rodas de la Rosa

CARNÉ No:
2001-17182

CARRERA: Terapia de Lenguaje

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 12 de Julio 2011 y se recibieron documentos originales completos el día 21 de Julio 2011, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
Licenciada Mayra Friné Luna de Álvarez

COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 148-2011
REG: 1213-2004
REG 153-2010

Guatemala, 27 de Julio 2011

Licenciada Mayra Friné Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**"GUÍA SISTEMÁTICA DE TÉCNICAS DE TERAPIA DEL LENGUAJE PARA
PACIENTES CON PROBLEMAS DE TARTAMUDEZ."**

ESTUDIANTE:

Leslie Arlette Rodas de la Rosa

CARNE

2001-17182

CARRERA: Terapia del Lenguaje

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 23 de Junio 2011 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
DOCENTE REVISOR



Areliis./archivo

Guatemala, 12 de Julio de 2011

Licenciada

Mayra Luna de Álvarez

Coordinadora Centro de Investigaciones en Psicología

-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas,

CUM

Licenciada Álvarez:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante Leslie Arlette Rodas de la Rosa, carne 2001-17182 realizó 10 entrevistas a terapeutas del lenguaje como parte del trabajo de Investigación titulado: "Guía sistemática de técnicas de Terapia del Lenguaje para pacientes con problemas de tartamudez" en el periodo comprendido del mes de octubre del año dos mil diez a febrero del dos mil once.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que puedo constatar el trabajo realizado.

Sin otro particular, me suscribo,



Licenciada Claudia del Cid Alonso

Psicóloga y Terapeuta del Habla

Colegiado No. 00249

Asesora de Contenido

Guatemala, 10 de mayo de 2011

Licenciada

Mayra Luna de Álvarez

Coordinadora Centro de Investigaciones en

Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de Investigación titulado "Guía sistemática de técnicas de Terapia del Lenguaje para pacientes con problemas de tartamudez" realizado por la estudiante LESLIE ARLETTE RODAS DE LA ROSA, CARNÉ 2001-17182.

El trabajo fue realizado a partir DEL 5 de julio del 2007 HASTA EL 10 de mayo de 2011.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciada Claudia del Cis Alonso

Psicóloga y Terapista del Lenguaje

Colegiado No. 00249

Asesora de contenido

PADRINOS DE GRADUACIÓN

CLAUDIA MARTÍNEZ DE ANDRADE

INGENIERA INDUSTRIAL

COLEGIADO 9940

JULIA DARINA RÍOS RODAS

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

ABOGADA Y NOTARIA

COLEGIADO 11488

ÍNDICE

	PÁGINA
Resumen	1
Prólogo	2
 Capítulo I	
I. Introducción	4
1.1. Planteamiento del Problema y Marco Teórico ...	4
1.1.1. Planteamiento del Problema	4
1.1.2. Marco Teórico	5
1.1.2.1. Antecedentes	5
1.1.2.2. La Comunicación	6
1.1.2.3. El Lenguaje del Niño	10
1.1.2.4. Tartamudez	15
1.1.2.5. Etiología	17
1.1.2.6. Síntomas y Signos	19
1.1.2.7. Tratamiento	27
 Capítulo II	
II. Técnicas e Instrumentos	38
2.1. Técnicas	38
2.2. Instrumentos	38
 Capítulo III	
III. Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados ...	41
3.1. Características del lugar y población	41
3.1.1. Características del lugar	41

3.1.2. Características de la población	41
3.2. Gráficas	44
3.3. Guía Sistemática	55
Capítulo IV	
IV. Conclusiones y Recomendaciones	84
4.1. Conclusiones	84
4.2. Recomendaciones	86
Bibliografía	87
Anexos	94
Anexo 1	95
Anexo 2	96

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por sus inmensas bendiciones, la enseñanza constante de ser mejor hija, esposa, hermana, tía y amiga.

A MIS PADRES: **Marco Antonio Rodas y Aury De la Rosa de Rodas**, por su tiempo, paciencia, consejos y amor incondicional.

A MI ESPOSO: **Alfredo Aguilar**, por su luz, amor, ternura, y paciencia, te amo.

A MIS HERMANOS: **Zeila Nineth y Marlon Antonio**, por brindar risas, enojos, amor y vida.

A MI ABUELITA: **Conchy García de De la Rosa**, por su amor y sabios consejos.

A MIS TÍOS Y TÍAS: Por su apoyo, oraciones, palabras de ánimo y cariño.

A MIS CUÑADOS: Por su cariño y apoyo, gracias.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS, en especial **Mariela España**, por su amistad y cariño durante estos años.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, por lo aprendido en todos estos años.

A mi asesora, Claudia del Cid Alonso, por su apoyo y cariño, gracias.

A mis madrinas de graduación, Claudia Martínez de Andrade y Julia Darina Ríos, por sus consejos, cariño y apoyo.

A las licenciadas que colaboraron en el proceso de revisión, Miriam Ponce Ponce y Ninfa Jeaneth Cruz, por su tiempo y conocimientos, muy agradecida.

A las profesionales entrevistadas, por compartir sus experiencias laborales.

A mi hermano, Marlon Antonio Rodas y primo Gerson Jonathan Martínez, quienes fueron parte del trabajo técnico, muchas gracias.

RESUMEN

“GUÍA SISTEMÁTICA DE TÉCNICAS DE TERAPIA DEL LENGUAJE PARA PACIENTES CON PROBLEMAS DE TARTAMUDEZ”

Este trabajo de investigación consiste principalmente en dar a conocer técnicas de tratamiento para brindar atención a los niños, adolescentes y adultos guatemaltecos que presentan problemas de tartamudez, pues se observó la necesidad de estudiar a fondo cómo se debe prestar un servicio con las mejores herramientas de tratamiento.

Se compilaron técnicas utilizadas por otros terapeutas y profesionales del lenguaje que han abordado casos de tartamudez en Guatemala, mediante entrevistas aplicadas durante el mes de octubre del año dos mil diez y febrero del dos mil once; así también, se utilizaron herramientas de documentos bibliográficos que enriquecieron dicho proyecto, para obtener resultados satisfactorios en la terapia.

Asimismo, este trabajo es dirigido a los estudiantes y docentes de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, específicamente a Terapia del Lenguaje, del departamento de Carreras Técnicas.

PRÓLOGO

El ser humano es eminentemente social que se comunica a través del lenguaje. Es por medio de esta estructuración que el hombre se va formando como tal.

La comunicación es importante a nivel individual y social, sin ésta herramienta el ser humano no podría expresarse, por lo tanto un trastorno en la comunicación puede generar diferentes emociones en el individuo afectando su autoestima.

La tartamudez, también conocida como disfemia, es un trastorno de la fluidez del habla, que se puede diagnosticar a partir de los cuatro años de edad, debido a diversos factores: hereditarios, neurológicos o psicógenos. Se hace latente en el desarrollo del lenguaje afectando a niños, niñas, adolescentes y adultos, siendo el sexo masculino el más afectado.

El abordaje terapéutico consiste en brindar al paciente confianza en sí mismo, ya que la autoestima se ve desvalorada por los niveles de ansiedad al entablar relaciones sociales y públicas; el miedo a comunicarse o logofobia es evidente. Las técnicas de relajación muscular, de respiración, de ritmo, de percepción auditiva, son las principales y comúnmente aplicadas por terapeutas del habla para el tratamiento de la tartamudez. Sin embargo muchos especialistas en el campo dejan por un lado el tratamiento emocional en este proceso.

La presente guía tiene como propósito brindar una sistematización de técnicas más utilizadas, así como la aplicación adecuada a la población guatemalteca que posean esta dificultad lingüística.

El trabajo se logró gracias a la colaboración de terapistas del habla que permitieron ser entrevistadas durante el año 2010 y 2011 en sus lugares de trabajo y residencias de la ciudad de Guatemala y Mixco. La realización de este instrumento sirvió para poder unificar las técnicas que trabajan con los pacientes. Así también, se investigó la metodología de cada técnica terapéutica y plasmarlo a continuación.

Se pudo constatar que existen innovadores métodos de trabajo para que el estudiante de la carrera, enriquezca sus conocimientos y por ende los tratamientos. La sistematización de las técnicas deben motivar al profesional del campo laboral sobre la toma de conciencia respecto a la actualización, siendo significativo para el proceso terapéutico.

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del Problema y Marco Teórico

1.1.1. Planteamiento del Problema

La tartamudez es una distorsión en el ritmo de la palabra que consecuentemente altera la expresión de la persona, ya que en varios casos el habla es interrumpida con movimientos que limitan al paciente comunicar lo que piensa y siente. Este trastorno genera aislamiento por temor a burlas o rechazo, afectando su autoestima y las relaciones interpersonales.

El interés surgió de las necesidades de abordar un tratamiento que fuera eficaz en la intervención a personas con esta alteración en el lenguaje.

El presente trabajo se realizó con el propósito de brindar una sistematización de las mejores herramientas terapéuticas, al practicante de la carrera de Terapia del Lenguaje y al profesional graduado, para ayudar de la mejor manera a la población guatemalteca que presente esta insuficiencia lingüística.

Se contó con el apoyo y participación de profesionales del habla en Guatemala, conociendo las diversas técnicas terapéuticas que utilizan. A su vez, las metodologías fueron investigadas y analizadas para su aplicación en la práctica, encontradas en el capítulo III.

1.1.2. Marco Teórico

1.1.2.1. Antecedentes:

Jennifer Carolina Gómez Villela y Bárbara Lisset Xuyá (2005), Terapistas del Lenguaje egresadas de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizaron una investigación sobre el tratamiento para la tartamudez a niños, en la cual elaboran estadísticas acerca del conocimiento de los estudiantes de la carrera, sobre este problema del habla y su abordaje, al igual que a profesionales. Cabe mencionar que esta investigación fue realizada solamente para conocer la información que poseían las profesionales sobre el tema y no las técnicas para abordarlo. Así también, en las conclusiones dadas por las autoras, mencionan que el material hecho por ellas es única y exclusivamente para niños de siete años a la adolescencia, excluyendo a los adultos, a la misma vez, hacen ver la dificultad de la mayoría de los profesionales para abordar este tema.

En el presente trabajo se incluyeron aspectos no abarcados por la anterior investigación, como, definiciones de la tartamudez según diferentes autores, síntomas y signos.

Las definiciones son mencionadas por Pedro Rodríguez en la página oficial de la Asociación Iberoamericana de la tartamudez, citando a Dieffenbach y Amussat, quienes la definen como defectos o malformaciones de la lengua y la cura es la cirugía en el año 1841.

Rodríguez también describe las definiciones de Pichón, de Wingate en 1964 y de la Fundación del Lenguaje de América (Speech Foundation

of America en inglés), quienes refieren que la tartamudez es una alteración del ritmo de la expresión verbal, "caracterizado por excesivas disrupciones involuntarias o bloqueos en la fluidez del lenguaje, particularmente cuando dichas disrupciones consisten en repeticiones o prolongaciones de un sonido o sílaba y cuando ellas van acompañadas de conductas de evitación con esfuerzo".¹

Rodríguez reconoce el trabajo de Freud y Steckel con el psicoanálisis, éste a su vez, relaciona la tartamudez con histeria, fijación o neurosis que da inicio en la niñez; y los conceptos de Joseph Sheehan en 1970, Albert Murphy en 1977 y J. Schifferes en 1967: "la tartamudez es un defecto de la personalidad a causa de la ansiedad provocada por diversas situaciones sociales. Excepto en raros casos, la mayor parte de los tartamudos pueden hablar correctamente cuando se encuentran solos, cuando se dirigen a animales o cuando charlan con amigos, con los cuales se sienten unidos por lazos de confianza. La tartamudez ocurre sólo frente a situaciones que despiertan ansiedad o temor. La tartamudez está ocasionada por temor a la sociedad".²

1.1.2.2. La Comunicación

A través del tiempo, muchos estudios han comprobado que la evolución del hombre ha sido dada por medio del agrupamiento social y por una de las herramientas que, como seres humanos hemos

¹Rodríguez C., Pedro R. "**NOSOTROS LOS TARTAMUDOS**", Venezuela, Asociación Iberoamericana de la Tartamudez. 2006. <http://www.ttmib.org/Nuevo/tartamudez1.html>

²Rodríguez C., Pedro R. Op.Cit. S. P.

desarrollado a la perfección parecida a esta, la comunicación, que derivare en sus aspectos importantes como la expresión de sentimientos, pensamientos y la transmisión de conocimientos. Es así, como nos damos cuenta que "a través de la socialización primaria, los individuos adquieren una identidad personal cristalizada en un yo al cual remiten sus acciones, su pensar y sentir"³ Esta frontera cualitativa lingüística entre el ser humano y la vida animal hace que tanto biológica y socialmente se espere que el ser individuo desarrolle el lenguaje y pueda expresarse sin ninguna dificultad como una forma innata de la concepción de la misma.

La comunicación es la adaptación del lenguaje al medio, y que ésta es una relación eminentemente social. Dentro de este entorno, la exclusión se evidencia en este tipo de afecciones y hace a la persona más consciente de sus dificultades "una posibilidad es considerar la exclusión social como un proceso en el cual las necesidades humanas están insatisfechas con carácter estructural y que impide, por otro lado la realización de la persona como tal y en todas sus potencialidades"⁴. Es fácil comprender que el tipo de comunicación más utilizado y el que tiene más efecto dentro de una sociedad es el lenguaje oral y escrito; entenderemos por lenguaje "aquella función compleja que permite expresar y percibir estados afectivos y conceptos, por medio de signos acústicos o gráficos"⁵. Es importante enfatizar el lenguaje, como la

³Martín-Baró, Ignacio. "**ACCIÓN E IDEOLOGÍA**", El Salvador, UCA Editores, 1997. Pág. 121.

⁴Requena Santos, Félix. "**DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS REDES SOCIALES EN LOS HOMBRES Y LAS MUJERES**", España. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Málaga 1995. Pp.45. <http://www.raco.cat/index>

⁵Rondal, Jean A. y Seron, Xavier. "**TRASTORNOS DEL LENGUAJE II, TARTAMUDEZ, SORDERA, RETRASO MENTAL, AUTISMO**". Barcelona, España. Editorial Paidós Ibérica, 1988. Pág. 31.

aplicación estructurada del pensamiento del individuo que hace que pueda integrarse a un grupo, que le contribuye a alcanzar la libertad de expresión y la búsqueda de aceptación, e inclusión en un entorno del que espera ser partícipe y que le hace poder desarrollarse como persona, logrando así una atribución propia y la concepción de un ser individual e inigualable. El lenguaje es un sistema que utiliza signos, los cuales sirven para comunicarnos, es una codificación de símbolos tales como: la expresión, la comprensión, la lectura y la escritura. Podemos afirmar que el lenguaje se aprende, principalmente en los primeros años de vida, y es de vital importancia que se dé la estimulación adecuada o apropiada. "El lenguaje es considerado un sistema de señales de cualquier naturaleza física que cumple una función comunicativa y una función cognoscitiva en el proceso de la actividad humana, una forma indispensable de comunicar. Shannon, Claude Elwood (1916) ha considerado el lenguaje como un fenómeno social, el cual surge en el transcurso de la producción social y a la vez forma parte necesaria de la sociedad pues es el medio de coordinación de la actividad de las personas. Según Sapir; "los seres humanos no viven únicamente en el mundo objetivo, ni siquiera en el mundo de actividad social como se suele entender si no que se encuentra mucho mas a merced del lenguaje concreto que se ha convertido en el medio de expresión de su sociedad."⁶

Para Reich, la familia siendo una de los principales pilares de nuestra sociedad actual, debe de ser también el formador de nuestra propia identidad antes de enfrentar un mundo fuera de ella, pero la

⁶Martín-Baró, Ignacio. Op.Cit. Pág. 134.

poca educación y privación de conocimientos hace que nuestras familias no transmitan lo necesario para afrontar la presión social, mayormente en el caso de niños con problemas del lenguaje. "Si algo trasmite a sus vástagos nuestra estructura familiar es la inmadurez emocional y la consiguiente inseguridad psíquica"⁷ inseguridad que hará al tartamudo marginarse y provocar en él baja autoestima.

"La relación del niño o niña con el mundo exterior (a través de sus padres) puede comenzar mucho antes del nacimiento. El crecimiento y desarrollo del niño o niña en gestación puede verse afectado positiva o negativamente tanto por la manera en que la madre se siente emocionalmente como por su estado físico. Si ambos, padre y madre, se involucran desde el principio en atender con cariño y cuidado al niño o niña en gestación, no sólo irán asumiendo mejor el papel que les toca jugar, sino beneficiarán al futuro bebé, garantizando mejor su futuro desarrollo físico, intelectual y emocional. Por el contrario, una madre que sufre tensiones prolongadas durante el embarazo, tiene mayores posibilidades de tener complicaciones y consecuencias negativas perdurables para el niño o niña: nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, hiperactividad, irritabilidad.

Sin embargo, no son sólo estos factores los que determinan el desarrollo normal y sano de un niño o niña. También existen los factores hereditarios (afortunadamente la mayoría de niños y niñas nacen sanos) y posteriormente, los factores del ambiente natural, cultural, económico y social en que el niño o niña crece.

⁷Caparros, Antonio y Nicolás. "**PSICOLOGÍA DE LA LIBERACIÓN**", Madrid, España, Editorial Fundamentos, 1976. Pág. 212.

Estudios recientes han comprobado que el contacto inmediato con el recién nacido al amamantarlo desde las primeras horas, contribuye a iniciar una buena relación afectiva posterior y facilita el funcionamiento de sus sistemas digestivo, respiratorio y circulatorio. Ya los y las recién nacidas, son capaces de buscar una respuesta de cariño en la madre y el padre, de dar y recibir afecto, de comunicarse por medio del llanto, de sus gestos y del tacto. Buscan el contacto visual y táctil, ya que le producen una sensación de bienestar y cercanía con sus padres. Son especialmente sensibles a la voz humana y se tranquilizan cuando se les habla y muy pronto reconocen la voz de su madre.”⁸

1.1.2.3 El Lenguaje del Niño

“El habla no es –instintiva-. Es decir, el niño no la hereda. Lo que recibe de sus antepasados es la capacidad de emitir sonidos orales; pero ha de aprender a organizar estos sonidos a fin de expresarse en inglés, francés o algún otro idioma. El habla es la resultante directa de ciertas clases de estímulos que actúan sobre determinadas aptitudes físicas que la criatura posee al nacer. Es allí, en la provisión de estas clases de estímulo, donde los padres y demás familiares pueden desempeñar un papel de gran importancia en el desarrollo del habla.

Ejemplifiquemos. En lo que se refiere al niño mismo, el habla deriva de su capacidad para gritar con vehemencia primero, para aumentar la variedad de los ruidos o sonidos que emite luego, y para seleccionar y aplicar, por último, estos sonidos en conjuntos orgánicos (palabras), a los

⁸Grajeda de Paz, Marlene. “**EN LOS ZAPATOS DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS**”, Guatemala. Editorial Magna Terra, 2001. Pág. 15.

que los demás seres con quienes el pequeño está en contacto, atribuyen un significado preestablecido. Pero son los padres quienes suministran estos conjuntos a la criatura, y los interpretan para ella. La manera de realizar esta labor determina, en gran parte, el ulterior carácter satisfactorio del habla del pequeño.

Lo más conveniente es considerar por etapas el desarrollo del habla, desde el primer grito del bebé hasta el empleo de palabras y oraciones. Ha de tenerse en cuenta, que estas divisiones no constituyen secciones bien delimitadas: las superposiciones abundan. Además, las edades que se indicarán a continuación para cada una de las etapas son promedios aproximados; cada niño en particular presenta variantes de importancia. La etapa inicial en el desarrollo del habla abarca por lo común las primeras cinco o siete semanas de vida. Durante este periodo, el pequeño grita involuntariamente incitado por algún factor que lo perturba como el hambre, el dolor, los ruidos intensos, la incomodidad, etc. Hacia el final de esta etapa, es posible que la madre llegue a discernir entre algunos de estos gritos y sea capaz de determinar las razones a que obedecen algunos de ellos. El niño ha comenzado a emitir tonos vocales con diferencias más o menos significativas (para la madre, al menos). Ya desde este momento temprano, los padres pueden pensar en promover de uno u otro modo el desarrollo del habla. Además de una continua atención a las necesidades básicas que la salud física requiere, resulta muy útil alzar en brazos y mecer rítmicamente a los pequeños como acompañamiento de las cancioncillas infantiles.

Al comienzo de la octava semana, la criatura por lo general comienza a "gorjear". Esta segunda etapa difiere de la primera en que el

bebé parece advertir que está emitiendo sonidos. (Es de interés saber que los niños de todas las razas y comunidades lingüísticas se expresan del mismo modo durante este periodo). Este periodo de juego vocal va cambiando de carácter y aumenta en complejidad a medida que transcurren los meses. Alrededor del quinto mes, o incluso mucho antes, es posible que el niño comience a valerse de ruidos para atraer la atención de los demás y para manifestar sus sentimientos de un modo general: gruñidos de satisfacción, chillidos de deleite, etc. Comenzará probablemente por imitar sus propios sonidos y, más tarde, será eco de las combinaciones e inflexiones simples que oiga de otros. Sus gorgoteos y arrullos se transforman en una jerga farfullada similar a los sonidos empleados por quienes lo rodean de cerca. Dado que esta etapa de gorjeos o juego vocal contiene la arcilla con la que ha de moldearse el habla, constituye uno de los periodos vitales en el desarrollo de una buena comunicación oral.

La tercera etapa en el desarrollo del habla consiste en un proceso gradual hasta llegar a las palabras y las oraciones. Entiéndase bien que se comienza a aprender a hablar mucho antes de que se emitan verdaderas palabras y oraciones. El habla significativa no se logra sino después de alcanzar un cierto grado de madurez y, aun entonces, se desarrolla paulatinamente. Nunca se insistirá demasiado sobre el papel que desempeñan los padres durante este periodo. Las primeras palabras aparecen, por lo tanto porque el pequeño ha desarrollado su capacidad para controlar los sonidos e identificar a algunos de ellos como relacionados con ciertas experiencias de su ambiente interno o externo, y porque se halla rodeado por una atmósfera del lenguaje. Este último es el

factor sobre el cual los padres ejercen el mayor control, cuando el bebé se acerca a su primer cumpleaños.

Han de adoptarse algunas precauciones respecto de este proceso. Se tratará de que las palabras que se utilicen en la práctica sean breves, de una o dos sílabas. Debe hallarse el punto medio entre el exceso y la falta de estímulo, y este variará en cada caso particular. El mejor modo de lograrlo consiste en procurar que todo periodo de incitación al habla sea breve. Durante los primeros años, nunca debe darse al niño la impresión que no ha respondido correctamente o que no ha logrado reproducir con precisión los sonidos. Hemos de darnos por satisfechos con que la criatura se esfuerce al máximo. Un padre no debe nunca 'decidir' cuál es la edad en la que 'espera' respuestas perfectas, ya que existen diferencias enormes en el ritmo del desarrollo individual. Esto se verifica especialmente en los casos en que han mediado circunstancias inusitadas durante el primer año de vida, tales como lesiones recibidas al nacer, mala nutrición (por una razón cualquiera), enfermedades graves, etc."⁹

Proveer desde el embarazo los nutrientes necesarios, el estimular el habla en el hogar o las necesidades básicas que necesita un infante, además de un ambiente sano y adecuado, desarrolla en el niño o niña una buena autoestima y además fortalece los vínculos familiares; pero cuando no existe ninguno de estos, en cualquiera de las etapas antes descritas o como mencionan otros autores, la sobrestimulación puede conducir al niño a estancarse en su desarrollo, especialmente el lenguaje,

⁹Johson, Wendell. **"PROBLEMAS DEL HABLA INFANTIL"**. Buenos Aires, Argentina. Editorial Kapelusz, 1973. Págs. 41- 46.

lo que puede llevar estos a problemas más específicos como lo son, retraso del lenguaje, labio y paladar hendido, sordera, tartamudez, entre otros. "El ritmo y el orden del aprendizaje pueden variar dentro de una misma familia sin que se perciba una razón inmediata para ello.

Como regla empírica, cabe afirmar que si la dicción del niño es, en general, aceptablemente inteligible para los extraños, no se requiere un tratamiento correctivo especial fuera del hogar, hasta que el pequeño ingrese en la escuela. Si a los cuatro años, el habla continúa siendo una jerga, o si media un impedimento físico (como paladar hendido, parálisis de cerebro, o pérdida de la capacidad auditiva), deberán procurarse consejos y ayuda especializados a la brevedad posible.

A medida que el niño crece, suele presentarse un tercer tipo de deficiencia: una tendencia a la repetición exagerada. Existe un hecho que debería inculcarse a todos los padres: las repeticiones frecuentes de sílabas, palabras, frases y oraciones constituyen un elemento normal del desarrollo del habla. No son defectos, ni anormalidades, ni "tartamudeo". Las repeticiones son, en particular, frecuentes entre los dos y los seis años de edad. Su frecuencia y su número cambian de tiempo en tiempo.

La impaciencia y la incompreensión por parte de los padres, respecto de las repeticiones del habla infantil, pueden contribuir más a causar el "tartamudeo" que cualquier otro factor o grupo de factores conocidos."¹⁰

¹⁰Johnson, Wendell. Op Cit. Pág. 48

Cuando el tartamudeo es ya parte del problema del habla, entonces se refiere a los especialistas para su tratamiento, y al mismo tiempo orientar a los padres sobre esto.

1.1.2.4. Tartamudez

La tartamudez, algunas veces llamada balbuceo o habla no fluida, es un desorden del habla que afecta a más de 3 millones de personas en Estados Unidos, aunque ocurre más frecuentemente entre la edad de dos y seis años, puede afectar a personas de todas las edades. La frecuencia es tres veces mayor en los hombres que en las mujeres. La tartamudez es “una alteración en la fluidez normal y en el patrón de tiempo del habla, caracterizada por la presencia de difluencias que interfieren con el desempeño académico u ocupacional o con la comunicación social. American Psychiatric Association (1994)”¹¹.

La tartamudez altera la relación interpersonal, especialmente en la comunicación dificultándose tanto para el tartamudo como para el que escucha.

Dentro de las anomalías del lenguaje, y en esta investigación referente a los problemas de tartamudez, no debemos de dejar los problemas emocionales que con ella está ligada tomando en cuenta que la autoestima suele estar muy afectada, tanto por el mundo que rodea al tartamudo como la autocrítica.

¹¹Hernández González, Eduardo R. **“ASPECTOS CONDUCTUALES DE LA TARTAMUDEZ INFANTIL”**. www.psicología-online.com. 3 de Julio, 2010.

La tartamudez "es una perturbación que se expresa esencialmente por una alteración en el ritmo de la elocución. Repetición de sílabas o fonemas en general en el principio de la palabra, bloqueo, hesitaciones, prolongaciones aspiraciones, etc."¹²

Los modos de manifestarse la tartamudez "se exterioriza en una imposibilidad momentánea de iniciar el lenguaje"¹³. Si observamos con detalle a una persona que tartamude podremos observar que los órganos articuladores pareciera que se negaran a entrar en acción. Muchos terapeutas quisieron darle solución a este tipo de problemas pero, tuvieron que emplearse diversidad de técnicas que pudieran mejorar al paciente. Actualmente se sabe con certeza que la tartamudez va acompañada de espasmos leves o severos y que existen varios tipos: tónico (repetición de sílabas) clónico (espasmos) y mixtos (clónico-tónico y tónico-clónico).

Gran cantidad de pacientes que experimentaban este tipo de problema eran personas aisladas, pocas veces se comunicaban y eran excluidas de la sociedad; este problema ha tenido cambios en la sociedad, aunque aun hoy en día no es sorprendente la exclusión por parte de la sociedad y el aislamiento del propio paciente. Es por eso que surge la necesidad del paciente de buscar al profesional para obtener una cura a su problema y surge la inquietud del profesional de prestar servicio a la persona con estas necesidades. Este tipo de anomalía, como hemos descrito, afecta el proceso comunicativo de la

¹²Nieto Herrera, Margarita E. "**ANOMALÍAS DEL LENGUAJE Y SU CORRECCIÓN**". México, Editorial Francisco Méndez Oteo. 1983. Pág. 34.

¹³Pichon, Edouard y Borel-Maisonny, S. "**LA TARTAMUDEZ, NATURALEZA Y TRATAMIENTO**", Barcelona, España. Editorial Toray-Masson, 1979. Pág. 53.

persona y se caracteriza por interrupciones involuntarias en la fluidez de su habla.

Estas interrupciones en la fluidez del habla se acompañan de tensión muscular en cara y cuello, miedo y stress. Ellas son la expresión visible de la interacción de determinados factores orgánicos, psicológicos y sociales que determinan y orientan en el individuo la conformación de un ser, un hacer y un sentir con características propias.

1.1.2.5 Etiología

La tartamudez tiene múltiples orígenes, es decir su etiología es multifactorial. La mayoría de los autores, agrupan las teorías que explican la tartamudez en cuatro grupos:

1. Teorías fisiogénicas o constitucionales.
2. Teorías sociogénicas.
3. Teorías psicogénicas o neuróticas.
4. Teorías de aprendizaje.

Según los investigadores de la corriente conductista, la tartamudez es una conducta aprendida (teoría del aprendizaje). Coincidiendo con el aprendizaje y desarrollo de la lengua materna, el niño se condiciona y aprende una lengua incompleta alrededor de los 2 a 3 años. Las repeticiones y vacilaciones que presenta el niño, evocan deseos de atención o de interés por parte de los padres o hacen que el niño escape a la falta de atención del escucha. Estas respuestas del escucha,

deseadas por el niño, refuerzan la conducta y ésta tiende a ocurrir con frecuencia (teoría del condicionamiento y reforzamiento).

La tartamudez se mantiene en el tiempo, por la llamada "conducta de evitación", cuando el niño anticipa la situación estresora (hablar o leer en público), se dispara en él la respuesta de ansiedad, esto ocasiona que el niño evite esta situación a través de aplazar, ignorar o inhibirse de hablar, con esto logra bajar sus niveles de ansiedad, llegar al equilibrio y reforzar la conducta.

Una de estas teorías congénitas en la tartamudez es cuando la herencia del problema es transmitida de padres a hijos. Algunos han comprobado que la causa de este padecimiento puede deberse a defectos fisiológicos de las vías extrapiramidales del sistema nervioso y del diencéfalo; esto dado a causas somáticas. En las causas endocrinas la presencia de la tartamudez obedece a un desequilibrio entre del sistema simpático y relacionado con alteraciones en las glándulas endocrinas y el sistema vasomotor. Las causas funcionales, son los conflictos con los padres y el grupo primario, o que puedan ser consecuencias neuróticas propios del tartamudo por causas ambientales. Dentro de estas causas, suele prolongarse o iniciarse de un ambiente predispuesto, o cuando los padres toman una actitud exigente respecto al habla de sus hijos.

Así como cada persona es diferente, podemos decir que la tartamudez también difiere de sintomatología entre una y otra persona; diremos entonces que la tartamudez de un niño no será igual a la de un joven o un adulto; para el niño la tartamudez puede presentarse durante repeticiones cortas de palabras, mientras que para el adulto puede

presentarse dentro de conversaciones mas estructuradas, este factor es importante en la sintomatología observándose primeramente en la edad que se está presentando la tartamudez. Un segundo factor que estableceremos es la gravedad del tartamudeo, que viene determinado por el porcentaje de palabras tartamudeadas y un tercer factor es la persona como tal y sus reacciones ante la tartamudez. Por lo común, muchos autores marcan una diferencia significativa en los síntomas de tartamudez observados dentro de los tres y cuatro años de edad que es una tartamudez pasajera de la verdadera tartamudez. Andrews y Harris describen tres tipos evolutivos en el desarrollo de la tartamudez "una forma de tartamudez de desarrollo es observada entre los dos y cuatro años y que en general desaparece después de unos meses; la tartamudez benigna que aparece entre los tres y once años de edad y la forma persistente que aparece entre los dos y ocho años pero que persiste y es la forma habitualmente observada en los servicios de tratamiento y rehabilitación."¹⁴

1.1.2.6. Síntomas y Signos

"Más de la mitad de los tartamudos han empezado a tartamudear a una edad muy temprana. En una estadística llevada a cabo entre 100 tartamudos, Morley (1957) concluye que el 50 por ciento empezó a tartamudear antes de los 5 años y el 90 por ciento antes de los 8 años; otras estadísticas arrojan cifras semejantes. Recientemente, Andrews y

¹⁴Vidal, Guillermo y Alarcón, Renato D. **"ENCICLOPEDIA DE PSIQUIATRÍA"**, Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana, 1986. Págs. 349-350.

Harris dan un porcentaje de 52 de niños cuyo tartamudeo empezó antes de los 6 años.

1. El comienzo del tartamudeo se sitúa corrientemente hacia los 3 años, periodo en el cual el niño empieza a multiplicar las frases y a utilizar su lenguaje para establecer intercambios con los demás, en particular con otras personas que no son sus padres.

Es importante precisar a este propósito que, si bien muchos tartamudos han entrado en el tartamudeo en este estadio precoz, el porcentaje de tartamudeos precoces que evolucionan más tarde hacia un tartamudeo duradero, no excede de 1 caso entre 4 ó 5. Muchos niños atraviesan un estadio de tartamudeo intermitente cuya duración no es superior a uno o dos años. Metraux (1950) propuso, para estos casos, el nombre de tartamudeo de desarrollo (*development stuttering*), que se refiere a la tendencia habitual de los niños de 3 años por la repetición de sílabas o de palabras de una sílaba. Otros emplean la expresión de tartamudeo primario. Weiss habla de tartamudeo fisiológico. De esta forma se ha producido una confusión entre la tendencia repetitiva y el tartamudeo en su periodo inicial. Johnson, al estudiar el lenguaje de los niños de 2 a 5 años, encuentra una media de 49 entre 100 palabras que son repeticiones; el 90 por ciento son repeticiones de palabras o de frases y solo el 10 por ciento de repeticiones de sonidos o de sílabas. Pero en estos casos no se trata de tartamudeo. De hecho, un niño tartamudea o no tartamudea; la repetición no es el tartamudeo; no hay tartamudeo sin una tensión espasmódica o tónica que aparece en la emisión verbal. Y el hecho de observar en las cuatro quintas partes de los casos la desaparición del tartamudeo en la primera infancia no debe hacer

rechazar, en estos casos, el nombre de tartamudeo. Al lado de las repeticiones, que tienen un aspecto lúdico y que se observan en el niño normal, como un estadio de transición en la evolución del lenguaje, hay que considerar que existe en el niño pequeño, con cierta frecuencia, un tartamudeo casi siempre intermitente, que desaparece en las cuatro quintas partes de los casos y se instaura sólo en la quinta parte se convierte entonces en auténtico tartamudeo. Andrews y Harris, al estudiar la evolución de 43 niños pequeños tartamudos, observaron que únicamente 9 (más o menos la quinta parte) evolucionan hacia un tartamudeo duradero y siguen siendo tartamudos en la adolescencia.

2. En una proporción importante de casos (alrededor de un 30 por ciento), el comienzo del tartamudeo se sitúa entre los 5 o 6 años, en el momento de entrar en la 'enseñanza básica', cuando el niño abandona el medio reconfortante de la guardería o parvulario, para entrar en un ambiente más organizado, más disciplinado y menos protector. En este auténtico comienzo de aprendizaje social, el niño se encuentra a veces en un terreno competitivo con sus camaradas, expuesto a burlas. En clase sólo puede hablar si es interrogado y, en este momento, contestar a lo que se le ha preguntado. Es lógico que puedan originarse tensiones emocionales, a los que un niño inhibido, o con un impedimento de lenguaje, pueda ser sensible. Esta relación cronológica no puede, ciertamente, constituir una etiología del tartamudeo; pero evidencia la importancia de los traumatismos emocionales en el desencadenamiento del tartamudeo.

3. Finalmente, el comienzo del tartamudeo puede ser más tardío, provocado por una emoción brusca, o después de un gran susto.

Bárbara cree que el tartamudeo está relacionado a una experiencia traumática en niños con predisposiciones emocionales. En algunos casos, la tensión emocional ejerce un papel evidente: algunos adolescentes, por ejemplo, empezaron a tartamudear después de un incendio o de un bombardeo. Finalmente, hay casos cuyo comienzo es impreciso, como el caso de adolescentes en el que no se encuentran episodios de tartamudeo durante su infancia y que afirman no haber vivido ninguna experiencia traumatizante antes de empezar a tartamudear. Se trata, sin duda, también aquí, de un principio progresivo durante un periodo de tensión emocional particularmente intenso, llevado a cabo sobre un terreno favorable."¹⁵

La tartamudez clasificada como clono simple es una perturbación que se presenta aproximadamente a los 3 o 4 años un hecho frecuente a esta edad, que suele desaparecer en el mejor de los casos por un buen ambiente familiar y una buena estimulación no forzada del lenguaje orientada a restablecer la normalidad del lenguaje no siendo esta tipo neurológica.

El clono retardado es un intento forzado por no repetir la palabra, dando por consecuencia el alargamiento de una vocal por un tiempo prolongado en una forma de ganar tiempo y no querer repetir, equivoca alguna palabra. Al clono retardado se asocian contracciones en diferentes partes del aparato fonatorio, se establece y aumenta la logofobia. El habla empeora cuando el paciente se enfrenta a personas o situaciones nuevas que hacen sentirlo ansioso. El tono clono se presenta

¹⁵Launay, Clément y Borel-Maissonny, Suzanne. **“TRASTORNOS DEL LENGUAJE LA PALABRA Y LA VOZ EN EL NIÑO”**, España. Editorial Toray-Masson, 1975. Páginas 353 y 354.

con espasmos distintos antes del inicio de una palabra seguida de una repetición de sílabas o fonemas. En el tono puro ya no hay repetición silábica. La contractura que antecede a la pronunciación de una u otra sílaba.

“El tartamudeo tetánico al que en la actualidad se da más bien el nombre de tónico, consiste en un estado de inmovilización muscular que impide totalmente el habla; cuando por fin este espasmo cede, el habla sale precipitadamente, como una especie de disparo muy característico.”¹⁶ La variedad de sintomatología nos da las pautas de las que podemos partir para poder diferenciar nuestro diagnóstico dentro de los cuales ahondaremos en el tratamiento según sean las necesidades del caso y por consecuencia el énfasis de las áreas a trabajar se verán establecidas de los síntomas que el paciente puede hacer de referencia.

Las características de tartamudez específicamente conductuales son los movimientos asociados, los cambios de fluidez y otras variaciones físicas en el habla, algunos de los errores más frecuentes en el lenguaje de orden conductual son: repetición de sonidos, sílabas, palabras o frases, prolongación de sonidos, bloqueos; paradas en la fonación con tensión evidente y esfuerzo por proseguir. La tensión muscular, es la afección de los músculos reproductores del habla es decir, lengua, labios y mandíbula así como las cuerdas vocales. Dicha tensión puede ser manifestada por tics, muecas o temblores. Además pueden aparecer movimientos en cualquier otra parte del cuerpo aunque no estén ligados al habla (movimientos de piernas, brazos, cabeza, etc.).

¹⁶Pichon, Edouard y Borel-Maissony, S. Op.Cit. 1979. Pág. 24.

El tartamudo experimenta diferentes sentimientos acerca de la afección que padece y con la que debe lidiar, según las circunstancias en las que se encuentre, "van desde una sensación de frustración en las primeras etapas a sentimientos de vergüenza intensa cuando se toma conciencia total del problema".¹⁷

La evitación de querer entablar una conversación entre adultos y el sentimiento de culpa crea frustraciones y muchas de las veces aislamiento social que hacen que la persona tenga una baja autoestima y por consiguiente un lento progreso en el tratamiento de su afección. Es claro objetar que el estrechamiento entre los problemas de tartamudez y problemas de autoestima son muy comunes y evidentes en la mayoría de los pacientes. Estos problemas emocionales asociados a la tartamudez nos muestran la importancia de, primeramente lograr cambios positivos en la concepción que el paciente tiene de sí mismo. Los tartamudos tienden a evitar el contacto visual con sus interlocutores, es probable que lo hagan porque no desean ver la reacción del interlocutor a su tartamudez.

La teoría periférica dice el autor "pretende explicar la tartamudez como la presencia de elementos extraños de los órganos respiratorios fonoarticulatorios. Las alteraciones en el aparato respiratorio, tales como la obstrucción de la nariz, vegetaciones, adenoideas, hipertrofia de las amígdalas, etc. Se insinúa que el niño no sabe respirar o ha perdido la

¹⁷Rodríguez Morejón, Alberto. "LA TARTAMUDEZ, NATURALEZA Y TRATAMIENTO". Barcelona, España. Editorial Herder, 2003. Pág. 47.

capacidad para hacerlo.”¹⁸ Los tartamudos suelen tener patrones de respiración irregulares, tratando de hablar con poco aire en los pulmones, o sin éste. Algunos tartamudos, incluso, intentan hablar mientras inhalan. En la fonación se observa aumentos de tensión muscular fonatorios, también en la articulación observaremos tensión muscular evidente en la alteración entre coordinación de movimientos e iniciación de la fonación. En este nivel analizaremos tres funciones del habla; la respiración, la fonación y articulación.

“Llaman poderosamente la atención una serie de movimientos concomitantes de la tartamudez: se denominan paracinesias (V. Arnold, 1970b; Heese, 1967). Se trata de movimientos insólitos de la musculatura de la cara y del cuello, de las extremidades o de todo el cuerpo y se realizan simultáneamente, con el lenguaje hablado. Desde un punto de vista fenomenológico, recuerdan, en parte, a los tics. Tales movimientos concomitantes aparecen con toda una gama de intensidades. Concebidos, en principio, por el tartamudo como un recurso con el que superar, rápidamente, los bloqueos del lenguaje, más tarde parecen independizarse: se convierten entonces en síntomas concomitantes ineficaces y afectan a los medios de expresión no verbales, tales como la mímica y la gesticulación. La mímica resulta afectada, especialmente, por los síntomas tónicos. Al lado de las inhibiciones del lenguaje hablado, irrumpen con frecuencia ciertos movimientos espasmódicos de los labios, la lengua o la musculatura ocular. El tartamudo suele evitar el contacto directo de la mirada. Ha sido Calavrezo (1965) el que ha señalado la ausencia de gestos y ademanes concomitantes del lenguaje hablado. En

¹⁸Corredera Sánchez, Tobías. **“DEFECTOS EN LA DICCIÓN INFANTIL”** Argentina. Editorial Kapelusz, 1973. Pág. 45.

su lugar, aparecen acciones auxiliares tales como los de chasquear los dedos, darse palmadas en el muslo, etc. Es cosa frecuente que la actitud corporal llegue a dar la impresión de rigidez, como cuando el paciente se aferra, espasmódicamente, a los brazos del sillón. La utilización más frecuente entre los tartamudos, que entre los sujetos normales de 'latiguillos' o 'muletillas' (embolofonías o embolofrasias, según Heese, 1967) o la interpolación de ciertos sonidos van destinadas a posibilitar una mayor fluidez verbal. Por otra parte, el temor ante determinadas letras o palabras que, debido a la propia experiencia de aprendizaje, resultan especialmente 'perturbadoras', da lugar a una curiosa modificación, a la hora de elegir vocablos o de construir frases. El observador quedará asombrado ante la riqueza del léxico al que el tartamudo puede apelar."¹⁹

Aunque los estudios sobre la tartamudez van avanzando paulatinamente, todavía no se conocen las causas concretas del tartamudeo, si bien todo indica que hay que pensar, en un origen multicausal. Dentro de los aspectos psicológicos que influyen en la tartamudez, la ansiedad juega un papel predominante que si bien sabemos que, como personas normales del habla solemos trabarnos en momentos de ansiedad, debemos saber que el tartamudo lo hace de igual forma, el problema surge cuando el tartamudo se vuelve fuente de ansiedad porque tiene la sensación de haber perdido el control de sus propios actos de comunicación, entonces se entra en un círculo en el que se tartamudea porque se está nervioso y, se está nervioso porque se tartamudea. "La fluidez es el premio social, el reconocimiento público, la

¹⁹Fiedler, Peter A. y Standop, Renate. **"LA TARTAMUDEZ, TEORÍA Y TRATAMIENTO"**. Barcelona, España. Editorial Herder, 1984. Pág. 18 y 19.

normalización social, la sociedad exige hablar bien, estigmatizando a quien no satisfaga este requerimiento."²⁰

El sufrimiento llega a ser tan grande que el tartamudo puede llegar a centrar su vida en la lucha en contra de su problemática, evitando las circunstancias que le son penosas y la frustración aparece porque deja de realizar muchas actividades que le gustan, por ejemplo llegando a elegir un trabajo en el que se tenga menor contacto con personas aunque sea subempleado, elegir una profesión distinta a la que desearía, o puede perder la oportunidad de encontrar pareja. Una vez que se ha perdido el miedo de bloquearse es cuando se puede esperar con tranquilidad que la sensación de fluidez aparezca; lo que surge con mayor facilidad cuando se ha abandonado la lucha por lograrlo. Por esto, el terapeuta debe de transmitir serenidad al paciente a la hora de la terapia, animarlo a arriesgarse, a dejar de evitar, a no hacer esfuerzos especiales por hablar, y asumir el riesgo de bloquearse. Es una fase crucial para el terapeuta pero es la mejor vía de intervención que ayudará al paciente a aceptar poco a poco su dificultad y a celebrar sus avances.

1.1.2.7 Tratamiento

Muchas de las equivocaciones a la hora de abordar un tratamiento con el paciente tartamudo es pensar que se busca la fluidez del hablante y que tenga que ser éste el objeto de la terapia, porque todos los tartamudos son capaces de hablar y de pronunciar

²⁰Documento elaborado por miembro de la **GATA** (Grupo de Autoayuda de Tartamudos). España. www.gatastur.com. 5 de Julio, 2010.

correctamente los fonemas en determinadas circunstancias. Van Riper, por su parte, plantea que el tartamudo necesita desaprender las conductas que está utilizando para hablar, si bien no es una terapia que enseñe a la persona a hablar debe de ser una terapia reeducativa, que enseñe la forma correcta de emplear el lenguaje especialmente en situaciones que nos ha referido el paciente como más propensas a que se tenga un tipo de bloqueo.

“La tartamudez produce muchos sentimientos indeseables como la humillación, la culpabilidad, la inutilidad, sentimientos que trastornan y a veces paralizan la vida cotidiana, pero de la misma forma que no recomendamos vivir al margen de la fluidez tampoco es aconsejable una actitud heroica, de lucha permanente, contra los sentimientos que tanto nos hacen daño.”²¹ El terapeuta debe dar confianza al paciente y, acompañar el proceso lento y camino largo que debe de atravesarse y poder conquistar el espacio social que se ha perdido.

Integrar al paciente a un grupo de autoayuda puede hacerle ver que no únicamente es él, el que presenta este tipo de problema y podrá darse cuenta que son personas valiosas que piensan de una forma inteligente, además se sentirá comprendido y aceptado por un grupo social que le ayudará conjuntamente a incorporarse poco a poco a la sociedad y lo más importante darle valor a su autoestima. Si se ha diagnosticado algún grado de difluencia, y si se trata de un menor en edad preescolar (dos a cinco años) es indispensable que los padres no digan nada al menor ni llamen su atención sobre un problema del cual

²¹Grupo de Autoayuda de Tartamudos. Op. Cit. S. P.

quizás aún no se ha dado cuenta. Al llamar la atención del niño sobre su difluencia sentirá que hay algo malo o incorrecto en su forma de hablar, lo que agregará una tensión innecesaria y hará que esté pendiente de cómo va a decir cada palabra. Es importante tener claro que los padres y los hermanos son el modelo más importante de comunicación verbal que tiene un niño. Por ello, los expertos recomiendan que al jugar con el pequeño los adultos controlen su tono de voz, hablarle con mucho cariño y en forma muy pausada, modulando e hilando con claridad las palabras. El niño tenderá a imitar la forma en que hablan sus padres, reduciendo los episodios de difluencias. Es comprobado que los niños se angustian si es que los padres les hacen demasiadas preguntas sobre sus actividades diarias. Para lograr que el niño converse en forma natural, los papás deben situarse a su altura, sentarse en el suelo, por ejemplo, contarle al niño las cosas que ellos hicieron en el día y preguntarle en tono muy cariñoso qué hizo él. Luego, proponer actividades y dejar que el niño vaya decidiendo los juegos, poniendo las reglas y guiando su desarrollo. Cuando el niño ya está en etapa escolar, es necesario reforzar y felicitar aquellos momentos en que habla con fluidez. El menor siente que está haciendo algo bien y desea seguir haciéndolo, por lo que quizás encuentre sus propias técnicas para hacerlo. Ayúdelo a descubrir en qué momento comienza a perder fluidez para saber qué factores alteran su habla.

El desarrollo de la tartamudez es, a menudo, tratado educando a los padres sobre la reestructuración del ambiente donde se desarrolla el habla del niño para reducir los episodios de tartamudez. Se alienta a los padres a:

- Ofrecer un ambiente doméstico relajado que proporciona un amplio número de oportunidades para el lenguaje del niño. Establecer un tiempo del día específico que los padres y los hijos pueden hablar libre de distracciones.

- Abstenerse de criticar o reaccionar de forma negativa a los problemas de lenguaje del niño. Los padres deben evitar castigar a los niños por la falta de fluidez en el habla o pedirles que repitan las palabras tartamudeadas hasta que se hablen con naturalidad.

- Abstenerse de empujar al niño a que muestre sus habilidades verbales a otras personas.

- Escuchar atentamente al niño cuando esté hablando.

- Hablar lentamente y de una manera relajada. Si los padres hablan de esta manera, el niño también podría seguir el ejemplo y hablar de una manera lenta, relajada.

- Evitar decirle al niño que hable más lento o que piense en lo que va a decir antes de hablar.

- Esperar a que el niño diga la palabra que está pensando. No tratar de completar los pensamientos del niño.

- Conversar abiertamente con su hijo sobre el tartamudeo si es que le presenta el tema. Actualmente muchos programas populares de terapia para la tartamudez persistente ponen énfasis en volver a aprender el habla y en olvidar la forma en la que se aprendió a hablar.

Los efectos psicológicos colaterales del tartamudeo ocurren con frecuencia, como por ejemplo, el temor de hablar a desconocidos o en público, también se abordan en la mayoría de estos programas.

Estas son recomendaciones que se les puede brindar a los padres de tartamudos para su mejoría y reforzamiento en casa.

Actualmente existen otros tipos de tratamientos para la tartamudez, los dispositivos electrónicos, los cuales, están disponibles en Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda, Australia, Korea del Sur, Alemania y Suiza. Éstos son “prótesis electrónicas que permiten mejorar la fluidez de las personas que tartamudean”.²² Existen varios tipos de dispositivos, ellos a su vez, son elaborados por la Casa Futura Technologies, la cual “fabrica estos dispositivos electrónicos para terapias de la tartamudez. Los tipos de dispositivos son:

1. Realimentación Auditiva Enmascarada (MAF)
2. Realimentación Auditiva Retardada (DAF)
3. Realimentación Auditiva de Frecuencia Desplazada (FAF)
4. Fluency Master
5. Metrónomos y el Pacemaster
6. Dispositivos del tipo Biofeedback: El CAFET y Dr. Fluency

²² Fundación Española de la tartamudez-TTM, España, 2007. <http://www.ttm-Espana.com/archivo/comparencia-congreso.pdf>

7. Electromiografía (EMG)

8. Teléfonos Anti-Tartamudeo

9. Dispositivos de laboratorio para la Tartamudez

1. Realimentación Auditiva Enmascarada (MAF):

Enmascaramiento por ruido blanco reduce el tartamudeo un 35% a 85 dB y en 55% a 90 dB. La fluidez parece mejorarse cuando el volumen se incrementa. El enmascaramiento por ondas senoidales parece ser más efectivo que el enmascaramiento por ruido blanco, en volúmenes bajos. Esta tecnología fue usada en el dispositivo enmascarado Edimburgo utilizado a principios de los 80's. El dispositivo reduce el tartamudeo sin entrenamiento, esfuerzo mental o un sonido anormal del habla.

2. Realimentación Auditiva Retardada (DAF):

Retarda su voz hacia sus audífonos una fracción de segundo. Los estudios demuestran que se logra reducir el tartamudeo en un promedio de 60 a 80 %, en ritmos del habla normales y rápidos. El efecto del estrés en el DAF es interesante; parece ser ligeramente más efectivo cuando las personas son instruidas a hablar rápido, lo cual es una situación más estresante. Pero el DAF parece ser menos efectivo en llamadas telefónicas a extraños que en la lectura en voz alta. Esto sugiere que el DAF es más o menos efectivo dependiendo del tipo de estrés.

3. Realimentación Auditiva de Frecuencia Desplazada (FAF):

Desplaza el tono de su voz en sus audífonos, usualmente la mitad de una octava hacia arriba o abajo. Como el DAF, este dispositivo también reduce inmediatamente el tartamudeo entre un 60-80%, en ritmos de habla normales y rápidos, sin entrenamiento o esfuerzo mental. El FAF es usualmente combinado con el DAF para incrementar la efectividad, especialmente en tartamudos severos. Por ejemplo, si un tartamudo sólo obtiene el 60% de reducción en el tartamudeo con el DAF, él/ella posiblemente obtendrán un 80% de reducción cuando se usan el DAF y FAF juntos.

Una ventaja del FAF sobre el MAF y DAF, es que el FAF interfiere menos con la audición. Un dispositivo anti-tartamudeo que se pueda ser portado debería prenderse cuando se habla y apagarse cuando se termina de hablar. FAF tiene la ventaja que a pesar que el micrófono toma sonido de fondo, usted oye en tiempo real, por lo tanto hay menos interferencia con su audición.

4. El Fluency Master:

Es un dispositivo del tamaño de un audífono. El dispositivo toma las vibraciones de las cuerdas vocales a través de un micrófono que hace contacto con la piel. Amplifica el tono vocal y provee el sonido hacia su oído. Ronald Webster, el desarrollador, cree que el dispositivo reduce el tartamudeo modificando como usted escucha su voz (transmitted voice). En un solo estudio publicado del dispositivo, 21 tartamudos adultos se encontró que el tartamudeo en conversaciones se redujo en un promedio de 14%. (Webster, 1991).

5. Metrónomos y el Pacemaker:

Stager (1997) encontró que hablar con el metrónomo eliminó en 100% la tartamudez en 10 sujetos, a un ritmo de habla de 92 sílabas por minuto (tres veces más lento que el habla normal). El Pacemaker es un metrónomo del tamaño de un audífono. Franklin Silverman reportó que la efectividad "desapareció" después de usar el dispositivo por varios años. Otros tartamudos han reportado el uso del Pacemaker efectivamente por muchos años. El dispositivo siempre está prendido (no se apaga cuando usted termina de hablar).

6. Dispositivos del tipo Biofeedback, el CAFET y Dr. Fluency:

El sistema de Establecimiento de Fluidez con Ayuda de la Computadora (CAFET) y el Dr. Fluency son sistemas por computadora del tipo Biofeedback para uso clínico. Usted ve su respiración y el volumen vocal en la pantalla de la computadora, además de instrucciones y mensajes de error. Estos sistemas enseñan habilidades motrices del habla similares:

- Una respiración relajada, diafragmática.
- Respiración continua.
- Exhalación gradual.
- Exhalación previa al habla.
- Comienzo suave, o incremento gradual del volumen vocal.
- Fonación continua.
- Soporte de respiración adecuada.
- Fraseo.

Cada uno de los siete puntos anteriores es enseñado primero con sílabas, después con palabras monosílabas, después con frases de tamaño específico. Los tartamudos, a menudo se detienen para respirar en palabras temidas o cuando se les acaba el aire, en vez de hacer pausas y respirar en puntos lingüísticamente correctos.

7. Electromiografía (EMG):

Mide la actividad muscular a través de electrodos colocados en la piel. El dispositivo muestra la actividad de los músculos que intervienen en el habla. Varios estudios han encontrado que el EMG ha sido efectivo en el tratamiento de la tartamudez.

8. Teléfonos Anti-Tartamudeo:

El sistema de Fluidéz de Escritorio se conecta al teléfono. Teléfonos Anti-Tartamudeo pueden ser altamente útiles: algunos tartamudos solo tienen problemas en llamadas telefónicas. Si el tartamudo únicamente quiere mejorar su habla en llamadas telefónicas, o si el empleador le preocupa su habla en llamadas, este tipo de dispositivos sería una buena opción. Muchos tartamudos encuentran difícil el apartar tiempo para practicar las técnicas de terapia. Un teléfono Anti-Tartamudeo puede ayudar al tartamudo usar las técnicas de terapia en cada llamada (como un habla lenta o cuerdas vocales relajadas). La práctica de la terapia en llamadas telefónicas es aleatoria, en tiempo y en duración de la práctica.

Si el tartamudo realiza la práctica de la terapia solo, desarrollará la habilidad de hablar fluido consigo mismo - una habilidad difícilmente útil.

La práctica de la terapia debería hacerse en conversaciones reales, como en llamadas telefónicas.

9. Utilizando un dispositivo en Terapia:

Charles Van Riper escribió que para ser curado de la tartamudez, usted tiene que hacer tres cosas: Debe "desensibilizarse" de los miedos y ansiedades relacionadas al tartamudeo. Debe aprender habilidades motrices del habla fluida. Debe tomar un mes para utilizar correctamente estas habilidades motrices del habla fluida, con su habla monitoreada constante y exactamente.

Otro punto que agregaría es ¡hablar mucho! En mi experiencia, tiene que hablar por lo menos 6 horas por día para que estas habilidades motrices del habla fluida lleguen a ser automáticas."²³

Existe otra marca de dispositivos eléctricos de origen estadounidense, el cual tiene por nombre "Speech Easy" o "Habla Fácil", manufacturado por la compañía Janus Development Group Inc., de Carolina del Norte, juntos proveen a los pacientes tartamudos una herramienta para mejorar la fluidez del habla, y son Terapistas del Habla certificados en Estados Unidos los proveedores de este dispositivo.

Mediante contacto por correo electrónico se pudo contactar con servicio al cliente de Speech Easy y se obtuvieron los precios aproximados de los dispositivos. Los precios están entre \$4,100 a \$5,100 dólares. También se pudo investigar, que existen diferentes formas de pago para

²³Casa Futura Technologies. Colorado, Estados Unidos. <http://www.tartamudez.cl/c60-01-cfutura.htm>, <http://www.casafuturetech.com/Foreign/Spanish/catalog.html>

facilitar la compra de éstos, por “pagos a crédito desde uno a seis años y seis meses; pagos por mes con un límite máximo; y tienen la cooperación de una agencia del gobierno para dar una asistencia de financiamiento.”²⁴

²⁴ Janus Development Group, Inc. Carolina del Norte, Estados Unidos, 2009. www.speecheasy.com/paymentoptions.php.

CAPÍTULO II

II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1. Técnicas

El trabajo de campo se realizó con diez terapistas del habla, cinco graduadas en la Universidad de San Carlos de Guatemala y cinco en la Universidad Rafael Landívar, quienes poseen suficiente experiencia en este campo, lo cual fue requerimiento para realizar la entrevista.

De las profesionales entrevistadas, 6 de ellas laboran en sector privado; una terapeuta labora solamente en sector público y 3 en los dos sectores (público y privado).

El trabajo de investigación que se realizó fue de tipo cuali-cuantitativo, obteniendo información directa de las profesionales del habla en cuanto a la tartamudez con la técnica de muestreo no aleatorio, muestra de expertos, en ésta se recolectaron los tratamientos que utilizan las profesionales del habla que laboran en la ciudad de Guatemala para tratar la tartamudez en niños, niñas, adolescentes y adultos.

2.2. Instrumentos

La recolección de información fue realizada mediante la entrevista sobre la tartamudez dirigida a profesionales (anexo No. 1), instrumento utilizado en este trabajo de investigación; en la misma se incluyeron datos

generales de la profesional como el nombre, lugar de trabajo, años de experiencia laboral como terapeuta del habla. Así también cinco preguntas:

1. En el período de laborar como Terapeuta del Lenguaje, ¿ha atendido usted pacientes con tartamudez?
2. ¿Qué tratamientos le han sido más útiles o le han traído éxito?
3. Describir las técnicas que le han sido de beneficio a sus pacientes con tartamudez.
4. Dentro de este tratamiento, ¿qué herramientas o materiales utiliza?
5. ¿Cuáles son sus recomendaciones en cuanto a las técnicas terapéuticas que utilizó con éxito?

La pregunta no. 1 de la entrevista, tuvo como objetivo, la selección de las profesionales en cuanto a su aproximación con casos como es la tartamudez, además conocer el número aproximado de pacientes que se acercan a las clínicas respectivas. La pregunta número 2 es la más importante y punto de enfoque del trabajo de investigación, ya que de esta pregunta se recolectaron las técnicas que utilizan las Terapeutas del Lenguaje, para realizar la guía sistemática.

La pregunta número 3 investigó si las técnicas utilizadas por las profesionales son de éxito y cuál es la más adecuada para la tartamudez. La pregunta número 4, tal como se describe, nombró los materiales que

utilizan las terapistas en cada técnica para abordar la tartamudez. Y finalmente la pregunta número 5, recolectó recomendaciones por parte de las entrevistadas para las técnicas de tratamiento a la tartamudez, además la mayoría brindaron recomendaciones y consejos para los estudiantes de la carrera de Terapia del Lenguaje.

El procedimiento de la recolección de los datos fue de la siguiente manera: se buscó en la guía telefónica la sección de Terapistas del Lenguaje, y fueron referidas colegas de las primeras entrevistadas. Posteriormente se llamó a cada terapeuta para realizar la cita correspondiente. Cada profesional brindó una cita en sus lugares de trabajo, dándosele la dirección de cada sector público o privado.

El día de cita con cada Licenciada, se inició con la identificación respectiva de la estudiante, siguiendo con la entrevista.

Al terminar la entrevista, se agradeció respetuosamente su tiempo y las respuestas brindadas.

Se utilizó la investigación documental, como parte esencial de este estudio, habiendo indagado sobre las técnicas de tratamientos que utilizan las terapeutas, buscando la fundamentación teórica de algunas de ellas, que se utilizan actualmente en el campo laboral. Así también, la sistematización, pasos metodológicos los cuales incluyeron: planificación, recuperación, análisis (el cual se hará en el siguiente capítulo, luego de cada gráfica representada) e interpretación de la investigación. Finalmente se interpretará y presentarán datos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III

III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

Las entrevistas se realizaron en la ciudad de Guatemala y parte de Mixco, en el lugar de trabajo de cada una de las profesionales y residencias. A continuación se mencionan los lugares visitados:

Escuela Rómulo Callejos (clínica de terapia del lenguaje) 43 Avenida 10-19 zona 5 Colonia ferrocarrilera; Clínica Psicopedagógica Boulevard Sur 6ª calle 5-84 zona 8 de Mixco San Cristóbal Panorama; Centro de Terapia del Lenguaje 11 Avenida "A" 11-13 zona 2 Ciudad Nueva; Escuela República de Colombia 13ª calle 11-00 zona 11; Clínica del Lenguaje 17 Avenida 21-29 zona 11 Colonia Granai III; Residencia en zona 17 (no se expone la dirección exacta por precaución); Hospital Infantil Juan Pablo II, Clínica de Terapia del Habla 12 calle 1-96 zona 3 Mixco Colonia el Rosario; Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, departamento de Carreras Técnicas.

3.1.2 Características de la población

Se evaluó a diez terapeutas del lenguaje, las cuales poseían más de tres años de experiencia en el abordaje de la tartamudez. A continuación se adjuntan gráficas para representar cada pregunta realizada en las entrevistas; posteriormente el análisis respectivo.

Tabla No. 1 Sistematización de técnicas utilizadas por profesionales

1. En el periodo de laborar como terapeuta del Lenguaje. ¿ha atendido usted pacientes con tartamudez?	2. ¿Qué tratamientos le han sido más útiles o le han traído éxito?	3. Describir las técnicas que le han sido de beneficio a sus pacientes con tartamudez.	4. Dentro de este tratamiento, ¿qué herramientas o materiales utiliza?	5. ¿Cuáles son sus recomendaciones en cuanto a las técnicas terapéuticas que utilizó con éxito?
<p>El promedio de pacientes por terapeuta es de 9.1 pacientes por terapeuta del Habla.</p> <p>Niños: 6 a 11 años de edad.</p> <p>Adolescentes: 12 a 16 años de edad.</p> <p>Adultos: 17 a 31 años de edad.</p> <p>Sexo masculino: 82</p> <p>Sexo femenino: 9</p>	<p>a) Respiración = para 10 terapeutas.</p> <p>b) Relajación= para 8 terapeutas.</p> <p>c) Seguridad en sí mismos, autoestima= 7</p> <p>d) Ritmo = 3 para terapeutas</p> <p>e) Conciencia del problema= para 2 terapeutas</p> <p>f) Terapia de Juego = para 3 terapeutas.</p> <p>g) Neuronet= para 3 terapeutas</p> <p>h) Técnica Monfort= 1 terapeuta.</p> <p>i) Musicoterapia = para 1 terapeuta</p>	<p>a) Respiración = para 4 terapeutas.</p> <p>b) Ritmo = para 2</p> <p>c) Relajación = para 4 terapeutas</p> <p>d) Conciencia del problema = para 2 terapeutas</p> <p>e) Apoyo emocional = 3</p> <p>f) Vocalizaciones por tiempo = 1</p> <p>g) Rapport = para 1 terapeuta</p> <p>h) Trabajo en la socialización = para 1 terapeuta</p> <p>i) Terapia de juego = para 1 terapeuta</p>	<p>Pajillas</p> <p>Vasos</p> <p>Juegos de mesa</p> <p>Juegos de destreza del pensamiento</p> <p>Candelas o velas</p> <p>Alfombra o calchoneta</p> <p>Música</p> <p>Frazada</p> <p>Bolas de papel</p> <p>Cuaderno de trabajo</p> <p>Lápices</p>	<p>a) Trabajar juntamente con padres de familia, involucrarlos.</p> <p>b) Constancia en las citas, como paciente. Y constantes en las técnicas como terapeuta.</p> <p>c) Bajar al nivel del niño, realizar un buen rapport.</p> <p>d) Contar con el equipo multidisciplinario.</p> <p>e) Llevar un cuaderno de trabajo.</p> <p>f) Investigar si hay causas neurológicas.</p> <p>g) Realizar una profunda Historia Clínica.</p> <p>h) Como terapeuta, tener paciencia al trabajar con tartamudos.</p> <p>i) Ser éticos.</p> <p>j) Ser responsables.</p> <p>k) Tener control de ansiedad al trabajar</p>

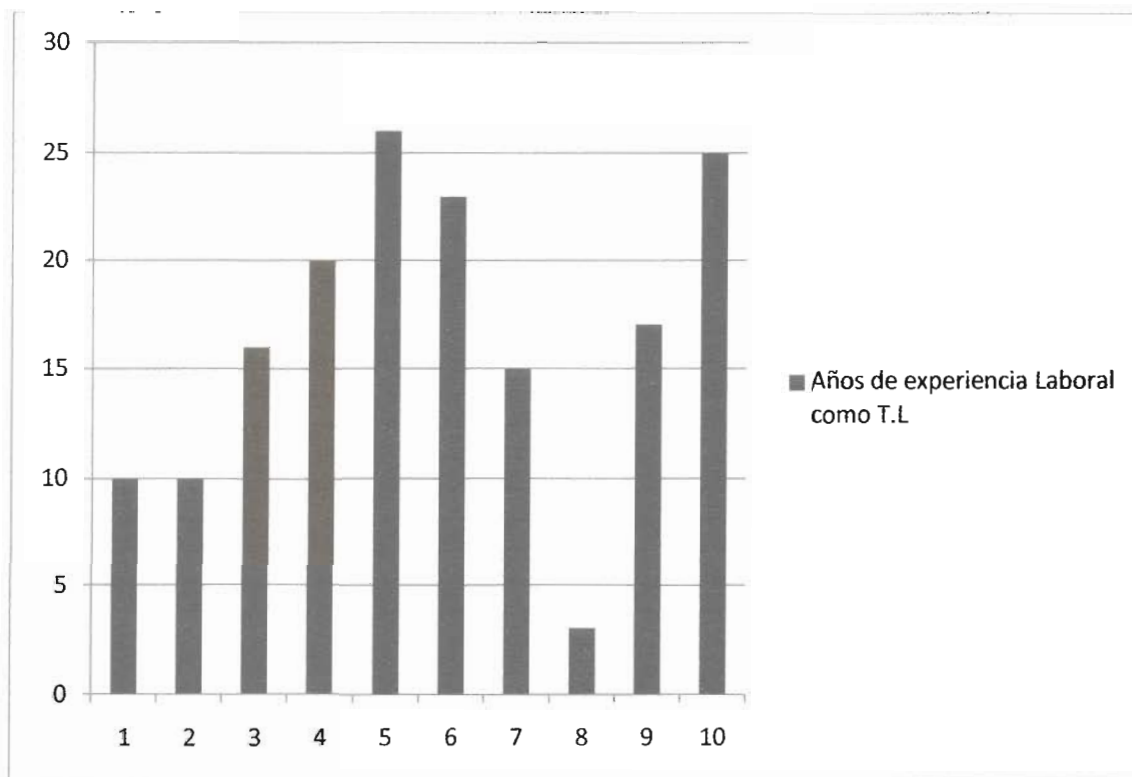
Tabla No. 1 Sistematización de técnicas utilizadas por profesionales

<p>j) Método Doman = 1 terapeuta</p> <p>k) Masoterapia = para 1 terapeuta</p> <p>l) Caja de Arena = para 1 terapeuta</p> <p>m) Terapia de la sombra = 1 terapeuta lo utiliza.</p> <p>n) Vocalizaciones</p> <p>ñ) Reforzadores del Habla.</p>		<p>Caja de arena</p> <p>Instrumentos de viento (flauta, etc)</p> <p>Libros de cuentos o historias.</p> <p>Libros de poemas.</p> <p>Burbujas de jabón.</p>	<p>con personas con tartamudez.</p> <p>l) Dejar tareas en el hogar.</p> <p>m) Realizar un diagnóstico certero</p> <p>n) Incorporar varias técnicas de tratamiento, según el caso.</p> <p>ñ) Ser creativos.</p> <p>o) Ser optimistas.</p> <p>p) Realizar un plan de trabajo o tratamiento.</p> <p>q) Elevar y trabajar en la autoestima en los pacientes con tartamudez.</p> <p>r) Marcar límites.</p> <p>s) Contar con una biblioteca para soporte teórico.</p> <p>t) Trabajar juntamente con maestros.</p> <p>u) No frustrar al paciente, ni exigirle.</p>
--	--	---	---

Fuente: entrevistas aplicadas a profesionales en Terapia del Lenguaje

3.2. Gráficas

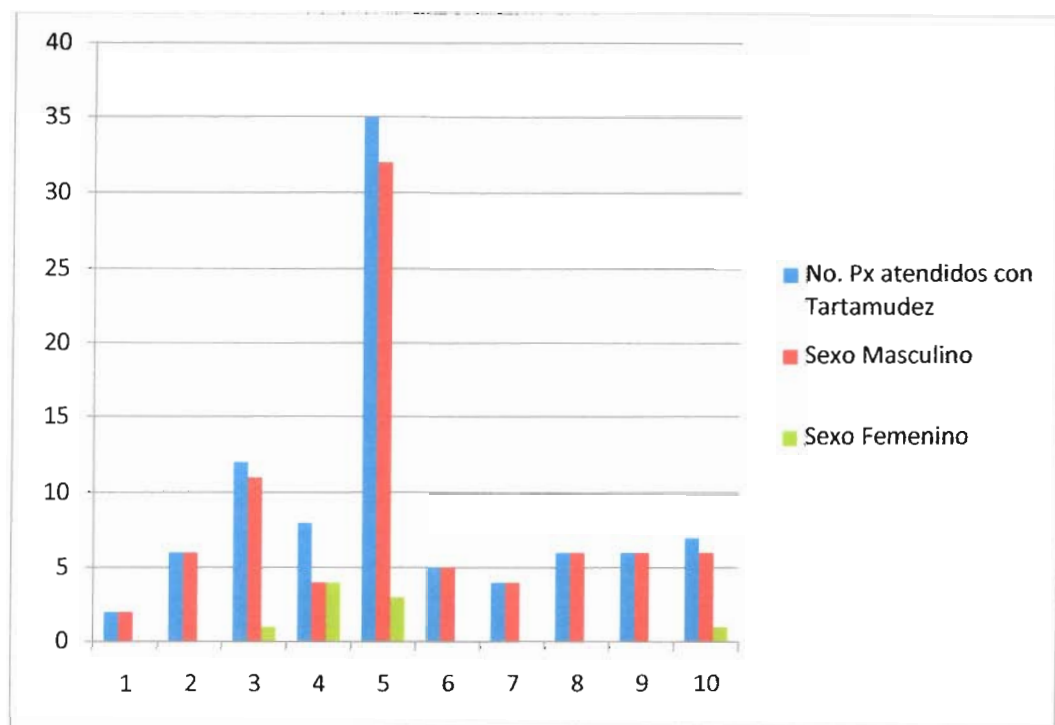
GRÁFICA No. 1



Fuente: Entrevista a profesionales (Anexo No. 1)

En esta gráfica se presenta las diez profesionales entrevistadas y el total de años que tiene de laborar cada una como terapistas del habla. Oscilando entre tres a veinte y seis años de experiencia profesional.

GRÁFICA No. 2



Fuente: Pregunta No. 1 entrevista a profesionales (Anexo 1)

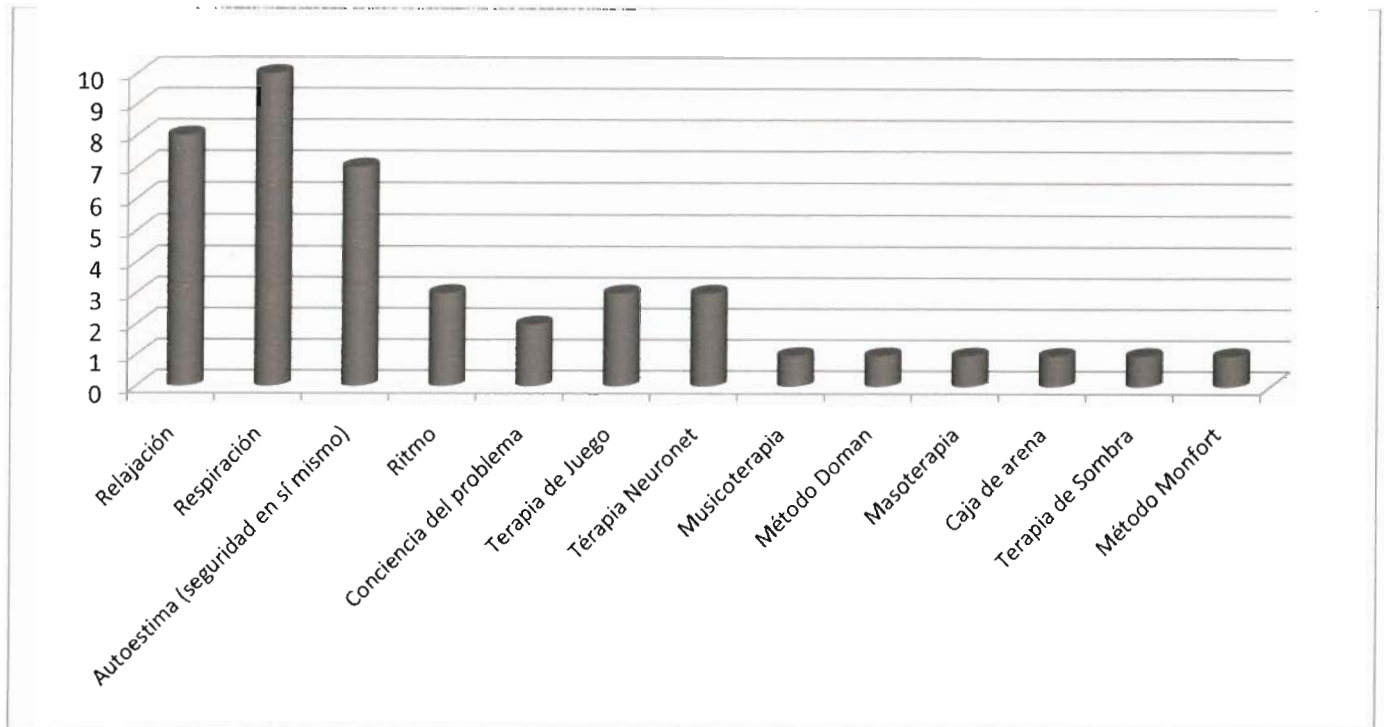
La gráfica No. 2 representa el número de pacientes con tartamudez que han atendido las profesionales del habla en su experiencia laboral. Las edades de los niños atendidos oscilan entre, niños: de 6 a 11 años de edad. Adolescentes: de 12 a 16 años de edad y adultos: de 17 a 31 años de edad, no fueron dadas las edades exactas de cada paciente.

Según las 10 entrevistas realizadas, los pacientes atendidos fueron hombres en su mayoría, mencionando que el machismo de nuestra sociedad es la causa de este notable dato. Se describió en el capítulo I que cuando al niño se le habla controlando el tono de voz, hablándole

con cariño, proveerle de necesidades básicas, crea un desarrollo adecuado en el pequeño.

En la mayoría de tartamudos en Guatemala esto no es posible, lamentablemente crean personas temerosas, reprimidas, tristes y por diversas razones con traumas. A esto, la necesidad de comunicar y ser escuchado por un profesional.

GRÁFICA No. 3



Fuente: Pregunta No. 2 entrevista a profesionales (Anexo No. 1)

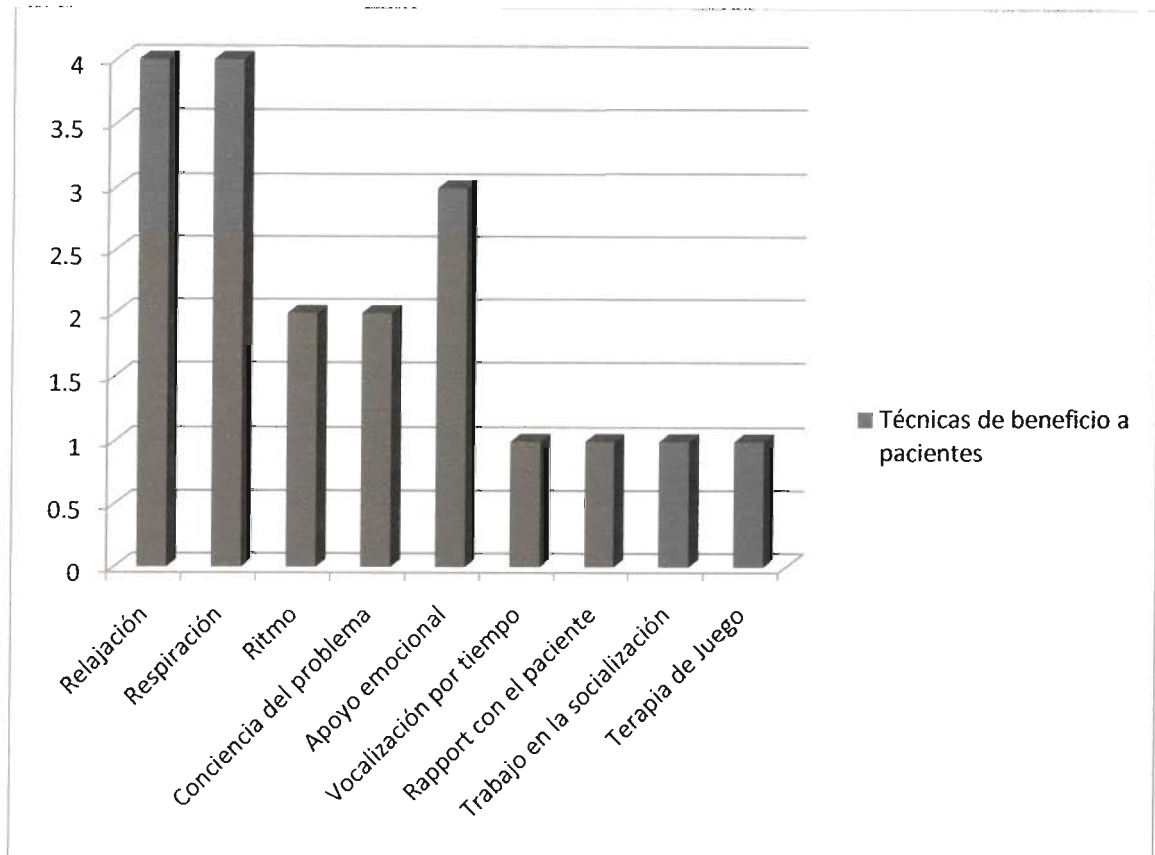
La gráfica no. 3 representa la pregunta 2 de la entrevista (ver Anexo No. 1), la cual es: ¿Qué tratamientos le han sido más útiles o le han traído éxito? Observamos que los más útiles aplicados por las profesionales del habla son: la respiración, la relajación y el trabajo con la autoestima. Referente al marco teórico, se mencionó que la tensión emocional ejerce un papel evidente en los tartamudos, por lo cual, la relajación y el trabajo con la autoestima que aplican las diez profesionales entrevistadas es oportuna.

Asimismo, se mencionó en el capítulo I, que la frustración que manejan los pacientes con tartamudez es alta: "...van desde una sensación de frustración en las primeras etapas a sentimientos de vergüenza intensa

cuando se toma conciencia total del problema..." por lo que la aplicación de técnicas como: el trabajo con la autoestima y seguridad en sí mismo y hacer conciencia del problema disminuyen la frustración o vergüenza en los tartamudos. Referir al paciente con el Psicólogo y trabajar conjuntamente con terapia del lenguaje, el área emocional del paciente puede ayudar al proceso de recuperación.

Las terapistas dieron a conocer nuevos métodos de abordamiento que utilizan con sus pacientes tartamudos, siendo éstos: Neuronet, Caja de arena, Método Doman y Método Monfort.

GRÁFICA No. 4



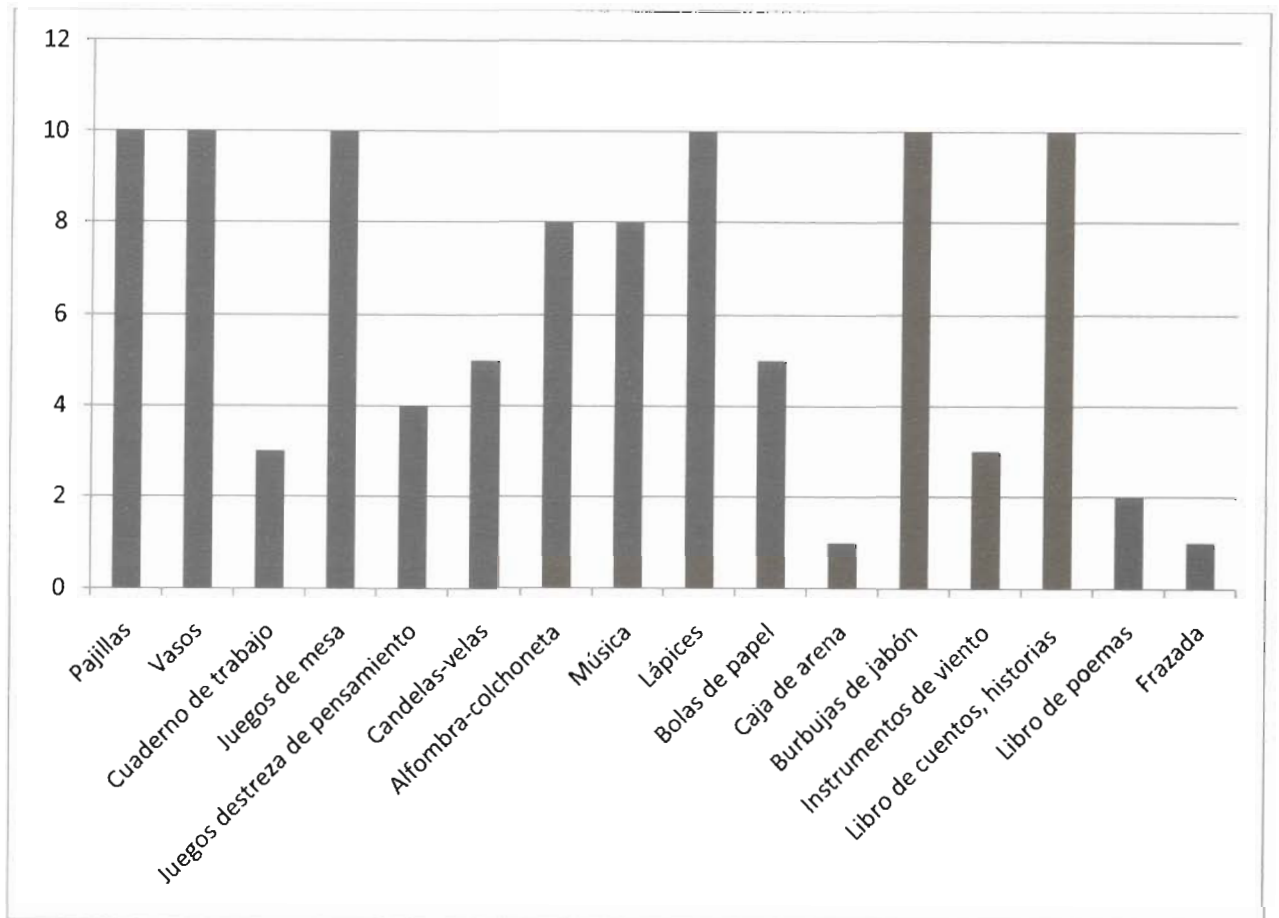
Fuente: Pregunta No. 3 de la entrevista (ver Anexo 1)

En la gráfica anterior, encontramos las técnicas que han sido de beneficio a los pacientes con tartamudez, las cuales, fueron descritas por las diez profesiones que se entrevistó. Observamos que las tres principales que son de beneficio para los pacientes son, la técnica de relajación, respiración y el apoyo emocional, en dicho orden.

En el marco teórico se mencionó que la tartamudez altera la relación interpersonal, especialmente en la comunicación, dificultándose tanto para el tartamudo como para el que escucha. Las técnicas

descritas en la pregunta número tres y representadas en la gráfica anterior, hacen ver que con éstas, se trabaja y mejora esencialmente la dificultad de comunicarse y relacionarse.

GRÁFICA No.5



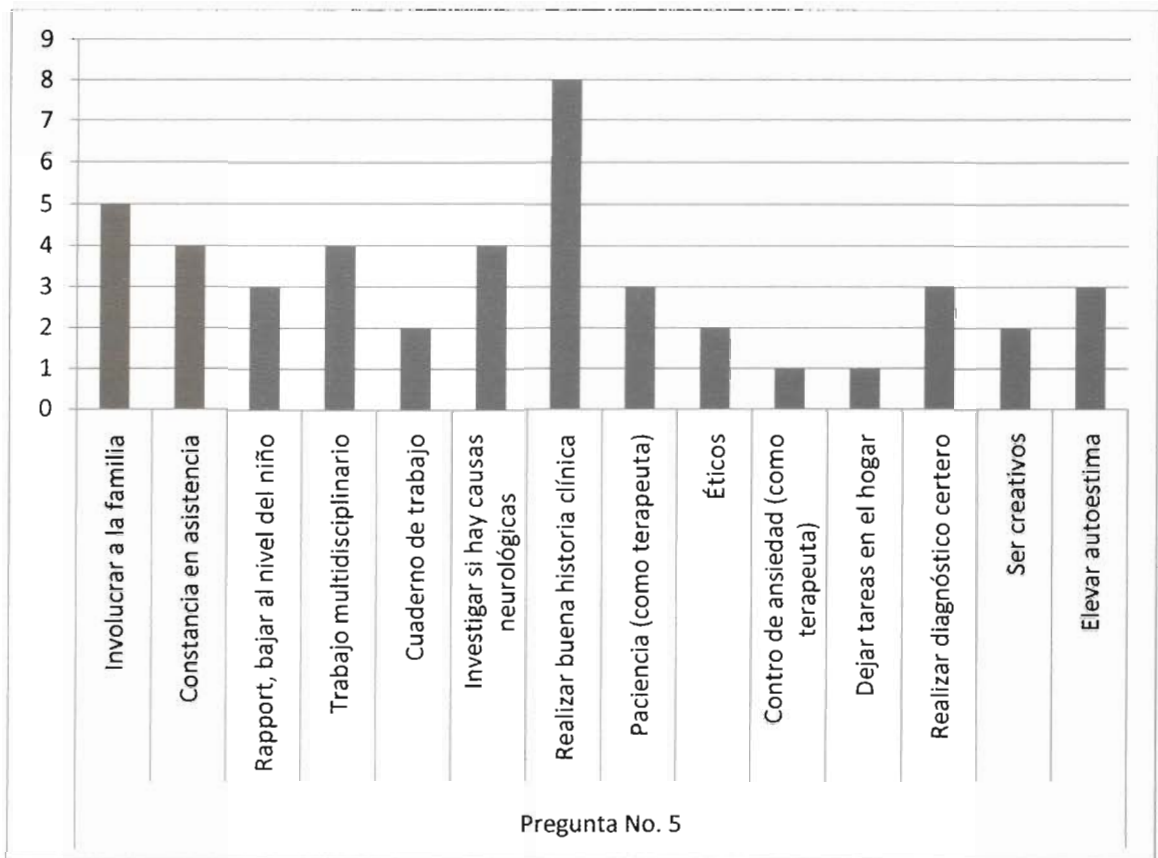
Fuente: Pregunta No. 4 entrevista a profesionales (Anexo No. 1)

La gráfica No. 5 representa la pregunta 4 de la entrevista (ver Anexo No. 1), la cual describe los materiales comunes que utilizan las profesionales del habla en el tratamiento de la tartamudez.

Se observó que los más utilizados, para los ejercicios de respiración son: pajillas, bolas de papel, vasos, candelas-velas, burbujas de jabón, instrumentos de viento. Para los ejercicios de relajación: alfombra-colchoneta, música, frazada. Para ritmo: juegos de mesa, juegos destreza

de pensamiento, música, lápices, cuaderno de trabajo, libro de cuentos, historias, libro de poemas. Conciencia del problema y vocalizaciones: cuaderno de trabajo y lápiz, libro de cuentos, historias, libro de poemas.

GRÁFICA No. 6



Fuente: Pregunta No. 5 entrevista a profesionales (Anexo No. 1)

La gráfica número 6, representa la pregunta No. 5 de la entrevista, ¿Cuáles son sus recomendaciones en cuanto a las técnicas terapéuticas que utilizó con éxito?

Las recomendaciones más comunes mencionadas por las diez terapistas del habla fueron:

1. Realizar una profunda historia clínica a los padres o familiares del niño, niña, adolescente y/o adulto.

2. Descartar causas neurológicas; ya que, según lo investigado en el capítulo I, la tartamudez puede deberse a defectos fisiológicos de las vías extrapiramidales del sistema nervioso y del diencéfalo. Por lo cual, la referencia a exámenes correspondientes con médicos especialistas pueden ser la base de nuestro diagnóstico.

3. El involucrar a la familia favorece de gran manera en el mejoramiento del paciente, especialmente a los padres de familia, ya que, si han tomado una actitud exigente con él (ella), su habla puede ser afectada, a no ser, que se les de herramientas para mejorar el ambiente familiar. El (la) Psicóloga toma un papel importante en esta área.

3.3. "GUÍA SISTEMÁTICA DE TÉCNICAS DE TERAPIA DEL LENGUAJE PARA PACIENTES CON PROBLEMAS DE TARTAMUDEZ"

SÍNTESIS GLOBAL:

La presente guía consta de técnicas terapéuticas más utilizadas en Guatemala, compiladas mediante entrevistas a diez profesionales del lenguaje, aplicadas en el período de octubre del dos mil diez a febrero del año dos mil once.

Esta pretende ser de utilidad para el estudiante, docente y terapeuta del habla, ya que se describen los tratamientos logopédicos y métodos que son de complemento para el plan de trabajo de las terapistas entrevistadas. El conocimiento y la aplicación de estas técnicas de tratamiento es beneficioso para el paciente con tartamudez, teniendo un mejor control de esta patología del habla.

A continuación se describen las técnicas de tratamiento para la tartamudez en niños, niñas, adolescentes y adultos.

TÉCNICAS LOGOPÉDICAS:

Las técnicas logopédicas son las que se utilizan para los trastornos del habla, lenguaje, voz y audición. En estos se incluyen la respiración y ejercicios específicos para el aparato fono articulador. Entre las técnicas logopédicas están:

- **Técnica de Respiración:**

Se demuestra la manera correcta para respirar, enseñando al paciente algunas normas sencillas:

"-Inspirar con la boca cerrada y espirar con la boca abierta.

-Respirar a un ritmo que no sea demasiado rápido, respirar despacio y profundo.

-Hacer actuar de forma sinérgica los abdominales y el diafragma, relajando los abdominales en la inspiración y contrayéndolos en la espiración.

De la misma forma hay que aprender a relajar los músculos inspiradores durante la espiración. La duración de la espiración tiene que ser el doble de la inspiración. Toda esta educación requiere una verdadera concienciación de los movimientos respiratorios, a la que los métodos de relajación pueden contribuir eficazmente."²⁵

- **Técnica de Relajación:**

Una de las técnicas es la recopilación por el Lic. Francisco Quiñones, Terapeuta Ocupacional y Recreativo:

1. Acuéstese en la alfombra boca arriba.

²⁵ Hamonet, Cl., Heuleu, J. N. "**MANUAL DE REHABILITACIÓN**". Editorial Toray-Masson, España, 1982. Pág. 156.

2. Las manos a los costados y las piernas ligeramente separadas y extendidas.
3. Cierre los ojos.
4. Respire, inhale y exhale profundamente.
5. Apriete con fuerza los puños, los dos a la vez.
6. Con los puños cerrados, flexione los codos plegándolos, el antebrazo sobre el brazo y contraiga con fuerza los bíceps.
7. Manteniéndolos rígidos, estire los brazos y relaje.
8. Arrugue la frente hasta sentir la tensión muscular bajo el cuero cabelludo.
9. Contraiga enérgicamente las facciones para que se ponga en tensión toda la musculatura de la cara.
10. Cierre los párpados apretándolos lo más posible.
11. Apretar los dientes y note la tensión en las mandíbulas, las mejillas y el cuello.
12. Pegue la lengua contra el paladar.
13. Haga firme presión de nuca contra la almohada o el piso donde se apoya la cabeza.
14. Oprima la barbilla contra el tórax y estire hacia adelante la cabeza.
15. Encoja los hombros hasta la altura de las orejas.
16. Respire, inhale y exhale.
17. Abra sus ojos muy suavemente.

Otra técnica de relajación es la que propone J. H. Schultz, menciona que "el procedimiento consiste en poner al paciente en una situación de relajación y proponerle que se concentre en una parte de su cuerpo o en su totalidad, favoreciendo la emergencia de asociaciones. Para ambientar, se invita al paciente a tenderse en el sofá y a acomodarse lo

mejor posible con cojines, almohadas y mantas que se ponen a su disposición. Hay que prestar atención a la posición del terapeuta, quien puede elegir situarse detrás, al lado o al frente del paciente según la forma en que los dos participantes vivan la proximidad y la angustia. Según este autor pueden darse las siguientes instrucciones:

Intente ver, sentir, lo que ocurre cuando dirige especialmente la atención hacia su respiración y puede hacerlo en silencio o comunicando lo que descubre.

Esta manera de presentar las instrucciones posee un doble objetivo: evitar cualquier sugestibilidad, inducción o juicio de valor (una cosa no sería mejor que otra) y hacer hincapié en el aspecto de indagación, de curiosidad, de libre intento de dar preferencia a un especial estado corporal que facilite reflexiones, sentimientos y asociaciones que puedan expresarse y ser compartidos con el terapeuta. La sesión modelo dura entre 30 a 40 minutos y su finalización viene señalada por la reanudación de la actividad motora propuesta por el terapeuta en forma de estiramientos de todo el cuerpo antes de que se levante. Este momento, concretado en forma de reanudación activa, permite finalizar una situación particular, y facilita al paciente que salga él mismo tanto del estado de distensión como del contexto transferencial de la sesión.

En consecuencia, el terapeuta dispone siempre de un doble ámbito referencial; por ejemplo, puede trabajar sobre el sentido corporal presente cuando el paciente utiliza la verbalización defensora, o puede volver a situar la dificultad para hablar acerca de su problema corporal en el contexto de su conflictividad intrapsíquica. La repetición, o no, de

las instrucciones, su cambio, la elección del momento de utilización del contacto o de su abstención, y la manera de aceptar y a usar el silencio son opciones que el terapeuta escoge, al igual que las intervenciones, como las interpretaciones verbales o el retorno hacia el cuerpo de la conflictividad."²⁶

Estas son dos formas de hacer la relación; existen otros métodos y técnicas y depende de la creatividad del terapeuta y metodología para inducir la relajación.

- **Ejercicios de Ritmo:**

El ritmo reúne en un todo la noción espacio-tiempo en una organización, perceptivo-motora. Se define como una sucesión armoniosa de movimientos y pausas, sonidos y silencios, repetidos periódicamente. El ritmo engloba en su concepto actividad y percepción, repetición y sincronización, acento y duración.

Dentro de los ritmos motores espontáneos más primitivos, el balanceo propio de la etapa sensorio-motriz, a la vez que produce gozo y placer al niño, lo inicia en la progresión de su coordinación dinámica general que lo capacita paulatinamente en el dominio de la marcha, la carrera, el salto y la danza. El origen de la comprensión oral del niño radica en la captación de la entonación y forma melódica de la expresión materna. Muchos años más tarde, cuando el niño ya se encuentra en la escuela primaria, la entonación y la modulación de la voz, impuestas a la lectura

²⁶ Rubio, L., Richard, J. "**TERAPIA PSICOMOTRIZ**". Editorial Masson, España, 1996. Pág. 107.

de texto, influyen poderosamente en la captación e interpretación de su contenido.

“El niño ágil en la percepción de grupos rítmicos dados en diferentes formas estructurales, generalmente es apto para el aprendizaje matemático y el cálculo mental, porque al repetir, interpretar o transcribir diferentes modelos rítmicos está usando el número en su modalidad perceptiva (auditiva o visual) y motora. El ritmo, además, puede aplicarse para tratar de lograr el equilibrio del espíritu en concordancia con el equilibrio total del cuerpo, a través del ritmo musical, la danza o ejercicios de expresividad corporal y estética.”²⁷

“Golpear y martillar con un objeto comporta la coordinación del ruido y el movimiento. El niño aprende a combinar la fuerza de sus golpes con la dinámica del sonido producido.

Casi todos los niños reaccionan a la música con movimientos del cuerpo. El ritmo de la música produce una corriente de simpatía y participación.”²⁸

Entre los ejercicios para fortalecer el ritmo se encuentran:

1. Cartulinas a lo largo con dibujos de dos o tres figuras, ya sean animales, formas, o instrumentos musicales. Haciendo que el paciente

²⁷ Nieto Herrera, Margarita E. **“POR QUÉ HAY NIÑOS QUE NO APRENDEN”**. México, Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, 1987. Pág. 136

²⁸ Dien, Liselott. **“EJERCICIOS DE PSICOMOTRICIDAD INFANTIL”**. Publicaciones ICCE. España, 1980. Pág. 53 - 55.

haga el sonido o diga el nombre del animal, figura o instrumento y luego el siguiente y así sucesivamente lento, normal y rápido. Por ejemplo: muuu, grrrr, muuuu, grrrr, o vaca, tigre, vaca, tigre.



2. Hacer de palabras monosílabas, bisílabas, trisílabas un juego rítmico con música en la voz, mamá, rápido, motocicleta, etc.
3. Resonar instrumentos musicales, especialmente tambores, timbales, marimba o lira al compás de una canción o una frase.
4. "Repetición de una fórmula rítmica simple con los instrumentos corporales (palmas, rodillas y pies).
5. Desplazamiento por el espacio (dirigido).
6. Memorización y repetición de frases rítmicas."²⁹
7. "Hablar al compás que se camina.
8. Tamborilear con los dedos.
9. Marcando un ritmo de acento determinado.
10. Escribir al tiempo que se habla.
11. Prolongación de sonidos, sobre todo vocales. Se suele utilizar dentro de otras técnicas, como las de control de velocidad de habla y las encaminadas a mejorar la fonación.

²⁹ Porres Ortún, Ángeles. "**RITMOTERAPIA**", Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, Universidad de Zaragoza. España, 2001. No. 042. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf>

12. Hablar despacio, pedir al núcleo familiar o amigos cercanos que hablen lento. Es importante que también el logopeda lo haga.

13. Contacto suave (easy onset): intentar un comienzo fácil. Para esto hay que combinarlo con evitar la evitación. Estas técnicas tratan de superar la tensión inicial y el comienzo brusco de fonación. Una forma de contacto suave es disminuir el contacto en la producción consonántica. Un sistema para conseguir el contacto suave es el método masticatorio de Froeschels, es una técnica muy antigua. Consiste en hablar como si se estuviese masticando; se basa en la idea de que el hablar y el masticar utilizan la misma musculatura.

14. Cantos, basados en el ritmo ayudan a controlar la velocidad. Como inconveniente es que la transferencia es casi nula, aunque mejora en aspectos como respiración, fonación, es una actividad relajante para el sujeto, que le distrae y esto se puede aprovechar. Es una técnica de aplicación para niños y es una técnica propia de estadios iniciales.”³⁰

Existen otros ejercicios novedosos para abordar el ritmo en pacientes con tartamudez, especialmente en niños y niñas. Estos se pueden realizar individualmente o en grupo. El desarrollo de estos ejercicios son así: se necesita un libro de cuentos infantiles, se dan las instrucciones a los niños que se leerá por secciones ya que después de unos párrafos los niños deberán de dramatizar o hacer movimientos propios del cuento o historia. “Los Músicos de Bremen (hermanos Grimm), los materiales a utilizar son:

³⁰ Fernández, Cecilia. **“DISFEMIAS: INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA”**. El rincón del vago. http://html.rincondelvago.com/disfemias_intervencion-logopedica.html.

- 2 ó más bancos.
- Masking tape.
- Cajas o material diverso para construir una pirámide.
- Pequeños barriles, botes o tapaderas.
- Pelotas.

El desarrollo de la dinámica es así, se lee un párrafo del cuento o historia: -El asno se apoyó en la pared con las patas delanteras, el perro saltó sobre el lomo del asno, el gato trepó sobre el perro y el gallo voló sobre la cabeza del gato. Todos juntos empezaron el concierto: el asno rebuznaba, el perro ladraba, el gato maullaba y el gallo cantaba. Entonces entraron en la casa. Ante aquel horrendo estrépito, los bandoleros se levantaron de un salto y huyeron asustados hacia el bosque, creyendo que se trataba de fantasmas.

Indicaciones sobre los movimientos:

1. Con varias cajas y objetos construir una pirámide todo en orden decreciente.
2. Cada niño, disponiendo de un imaginario tambor (cuerdecillas, botes, tapaderas, con las manos en el suelo, etc.) lo percute primero suavemente, después cada vez más fuerte.
3. Expresión libre para indicar el miedo.

Valor Psicomotriz:

1. Organización del espacio vertical, percepción espacial de tamaños y formas. Con material diverso disponible, cada niño puede inventar y crear libremente.

2. Desarrollo del ideograma: el niño, en realidad, debe estructurar un ritmo interiorizándolo (noción de intervalo, velocidad y duración) controlando el impulso motor de las manos, tanto por la frecuencia como por la fuerza de los compases.

3. Expresión mímica."³¹

- **Conciencia del problema:**

Según el documento "Guía a las terapistas del habla" de la Licenciada Irma Vargas, menciona que la terapeuta del habla debe poner énfasis en que cada niño posee cualidades. Puede servir como punto inicial de discusiones del grupo envolviendo otras cualidades y características que están en el grupo; estas lecciones tienen la intención de crear una imagen de sí mismo, la conciencia de sí mismo como persona.

El niño, también debe llegar a establecer que aunque su tartamudez sea una manera en que él es diferente, eso no le hace una persona anormal; todas las personas son diferentes. Los niños quieren saber por

³¹ **CURSO PRÁCTICO DE EXPRESIÓN CORPORAL. EDUCACIÓN PSICOMOTRIZ INFANTIL, Volumen 1.** Grupo Editorial Océano. España, 1. Pág. 58.

que tartamudean. Para el niño es necesario entender algunos de los factores que causan la tartamudez antes que pueda comenzar a cambiar su habla. Algunas de las terapistas del habla sienten que un entendimiento del habla ayuda a relajar a los tartamudos. La discusión debe ayudar al niño a entender que el miedo propio de la tartamudez es una causa, o al menos un factor que contribuye a la tartamudez. En el adolescente y adulto, el hacer conciencia del problema es menos difícil que en un niño; la mayoría llegan a la clínica por necesidad de ayuda.

“El conocimiento de sí mismo lleva a la confianza y seguridad en sí mismo, y a la vez conciencia de las propias faltas y debilidades. El defecto reconocido se convierte en un estímulo para la auto superación, como la frase: la próxima vez lo haré mejor.”³²

- **Método Monfort:**

Se trabaja por diez minutos para que el cerebro grabe, así se automatiza el movimiento realizado para efectuar cada fonema. Trabaja el mecanismo tipo de los fonemas, utilizando como recurso la percepción háptica, el cual integra tanto el tacto como el movimiento. Las patologías en que se puede utilizar son: dislalias, disartrias y trastornos fonológicos, se les dificulta el reconocimiento de un sonido integrado a una palabra, entre otras. Esta técnica ayuda al paciente con tartamudez a practicar los fonemas y palabras junto con el movimiento de las manos y la articulación de estos, lo cual disminuye la tensión al hablar. **(Material adjunto en anexo No. 2)**

³² Dien, Liselott. Op Cit. Pág. 67.

- **Vocalización:**

La vocalización es un ejercicio de canto que sirve para calentar la voz antes de cantar y consiste en una melodía, nota, etc. que se canta a diversos tonos. En el tratamiento para la tartamudez, esta técnica ayuda al paciente a disminuirla con las vocalizaciones y modulaciones de la voz. Estos son los ejercicios que se pueden aplicar:

"1. Cantar una canción sin mover casi la boca y los labios, cantar moviéndolos exageradamente.

2. Hacer diferentes muecas con la cara con el objetivo de favorecer la gesticulación y la articulación, ya que se trabajará mucho con los labios. Algunos ejemplos pueden ser poner cara de enfadado, de mucha felicidad, de sorprendido o de burla; en ocasiones añadiendo sonidos para favorecer también la vocalización.

3. Cantar con un bolígrafo en la boca para pronunciar y articular mejor, volver a cantar la canción sin el.

4. Aguantar el lápiz con los labios durante 20 segundos.

5. Cantar la canción con la le li lo lu.

6. Cantar la canción con la boca cerrada.

7. Para entonar cantar al unísono la escala musical.

8. Abrir la boca (todo lo que se pueda), mantenerla así unos diez segundos y volverla a cerrar. Repetir estos bostezos cinco veces en la mañana y cinco en la noche, durante cinco días.

9. Colocar la voz antes de cantar, es decir, gritos cortos que tensan el diafragma pero no fatigan la garganta. Emitir sonidos con la boca abierta al máximo. Concentrarse en cada una de las vocales y pronunciarlas correctamente (con la "e" y la "i"). Emitir sonidos mientras provoca un bostezo grande nos ayuda a cantar notas agudas.

10. Para mejorar la ejecución de las vocales, los diptongos y triptongos:

Pronunciar primero las vocales separadas: a – e – i – o – u.

11. Luego cada vocal en forma prolongada e intermitente (cortada):
"aaaaaaaaaaaaa a – a – a – a- a – aaaaaaaaaaaaaa a – a- a – a- a – a – a – a – a"
"eeeeeeeeeeeeee e – e – e – e – e – e – e – e eeeeeeeeeee... etc".

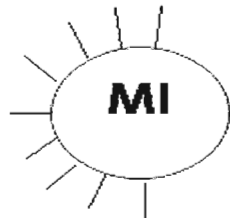
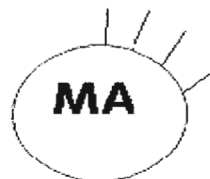
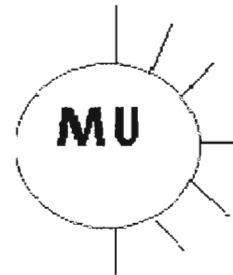
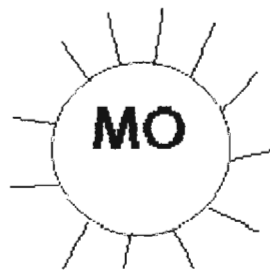
12. Luego, combinar las vocales; ligándolas: "a – i – o
aaaaaaaaaaaaaiiiiiiiiiiaaaaaaaaaaaaaa a – i – a e – u – e eeeeeeeeeeeee
uuuuuuuuuuueeeeeeeeeeeee e – u – e". Así, combinando todas las vocales.

13. Más adelante, practicar diptongos cortados y ligados. " a – e – áe áe
áe aé a – e áe áe aé aé". En unas ocasiones acentuamos la primera vocal, en otras, la segunda. "a – i ái ai... etc."

14. Continuando con ae ai ao au, ea ei eo eu, ia ie io iu, oa oe oi ou, ua ue ui uo.

15. Posteriormente, los triptongos (tres vocales unidas). Pronunciarlas separadas y ligadas; variando los acentos: a – e – i áei aéi aeí (repita varias veces)"³³.

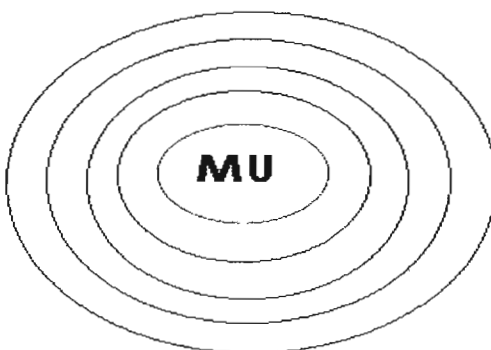
16. “El terapeuta escribe la silaba dentro del círculo. El niño hace un rayito del sol cada vez que realiza las vocalizaciones, se completa en varias sesiones si el caso lo requiere:



³³ FER, Audición y Lenguaje. **VOCALIZACIÓN**. 2009. <http://ferrrrr.wordpress.com/2009/02/25/actividades-de-respiracion-articulacion-y-vocalizacion/>

“ACTIVIDADES DE RESPIRACIÓN, ARTICULACIÓN Y VOCALIZACIÓN”. 2009. <http://ferrrrr.wordpress.com/2009/02/25/actividades-de-respiracion-articulacion-y-vocalizacion/>

17. El terapeuta escribe la sílaba, el niño realiza un círculo controlando su respiración nasal y al finalizar emite la vocalización imitando al reeducador. Así sucesivamente para cada círculo. Se pueden variar las sílabas de acuerdo a cada caso particular como la siguiente representación:"³⁴



TÉCNICAS ALTERNATIVAS O COMPLEMENTARIAS:

"La aplicación de terapias complementarias puede transformar las dimensiones físicas, emocionales y espirituales de sus vidas. Al tratar enfermedades graves, las terapias complementarias no son en absoluto sustitutivos demostradas del tratamiento convencional. Su asociación al tratamiento habitual puede ayudar a reducir la ansiedad y el dolor; así como el stress asociado al diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Globalmente contribuyen al control de síntomas y promueven el desarrollo de la capacidad de bienestar.

La medicina complementaria y alternativa agrupa a diversos sistemas, prácticas y productos médicos y de salud que en la actualidad no se consideran parte de la medicina convencional según definición del

³⁴Agustoni, Celia. H. **"GUÍA GRÁFICA DE EJERCITACIÓN PARA NIÑOS PEQUEÑOS DISFÓNICOS Y RESPIRADORES BUCALES"**, Editorial Puma. Argentina, 1993. Pág. 158-161.

Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM). Este centro incluido en los Institutos Nacionales de Salud (NIH, siglas en inglés) del gobierno de los EE.UU. fue creado para "dedicarse a la exploración de las prácticas complementarias y alternativas de salud en el contexto riguroso de la ciencia; el entrenamiento de los investigadores de las TCA y a la divulgación de información autorizada". Las terapias complementarias (TCs) son definidas pues, por el (NCCAM) como un conjunto de terapias que se usan, asociadas o no, al tratamiento médico convencional. Por tanto son terapias complementarias al tratamiento principal, es decir, son medidas de soporte para controlar síntomas, mejorar el estado general y contribuir a la salud global del paciente."³⁵

Dentro de estas técnicas alternativas para tartamudez están:

- **Neuronet:**

“Es un programa de evaluación y tratamiento para lograr atención auto dirigida y mantenida en los sistemas bilaterales sensorio motores (vestibular, auditivo y visual), a través de una serie de procedimientos que se aplican de acuerdo con la funcionalidad y necesidad de un individuo. Neuronet es un programa creado por la doctora Nancy Rowe, Audióloga estadounidense, en su trabajo profesional de atención a niños con dificultades auditivas y de aprendizaje en general, con el propósito de crear “mapas” cerebrales en la medida en que el alumno utiliza su cuerpo para integrar, diferenciar y automatizar patrones de respuesta.

³⁵ Sociedad Española de Oncología Médica. “**LAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS. VISIÓN GENERAL. DEFINICIONES**”. Madrid, 2010. <http://www.seom.org/es/infopublico/guia-actualizada/terapias-complementarias/880-las-terapias-complementarias-vision-general-definiciones>.

El objetivo de este programa es facilitar el aprendizaje en el cerebro de cómo se hacen las cosas, crear patrones que lleven a la automatización y aplicación de estos patrones a otras áreas, favoreciendo las habilidades del contexto académico, del diario vivir y la rehabilitación en general.”³⁶ Una de las bases de Neuronet es la estimulación del sistema vestibular, componente propiciador de la capacidad de integración de los sistemas bilaterales de visión, audición y balance, para dar una respuesta motriz automatizada. Otra es el registro del tiempo de ejecución de cada uno de los procedimientos, ya que todas las tareas de procesamiento temporal tienen componentes perceptivos y motores, para mejorar las habilidades, atender, pensar, comunicarse y aprender de las experiencias.

Entre estos procedimientos elementales tenemos: Equilibrio, Saltos traslacionales, tirar a atrapar, contrabalanceo frente/atrás, contrabalanceo derecha/izquierda, ocho acostado; secuencia de rimas y gestos, diferenciación de dedos, etc. Existen otros procedimientos más avanzados, tales como: brinco con pelota, headerball, handball, fingerball, etc. Conocidos los procedimientos, el estudio de la teoría nos permite ampliar la gama de ejercicios, mediante variaciones, adaptaciones y recursos de creatividad, para aplicar en necesidades específicas.

Cada procedimiento tiene un objetivo claro y sus observaciones. Las observaciones durante la realización de los procedimientos son la base

³⁶ Rowe, Nancy W. **“PROGRAMA NEURONET. ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS DEL APRENDIZAJE. BALANCE Y DIFERENCIACIÓN CORPORAL”**. Colombia, 2004. <http://www.aluna.org.co/pnoticias/muestrapublicacion.htm?163872>

para detectar las deficiencias que presentan las personas con las cuales se está trabajando y determinar el área sobre la cual se debe reforzar el trabajo. Es tan importante conocer los fundamentos Neuronet como saber observar en la ejecución de los procedimientos.

- **Método Doman:**

El Dr. Glenn Doman, fisioterapeuta estadounidense, comenzó a dedicarse al tratamiento de los niños con lesiones cerebrales con el neurólogo Temple Fay. Utilizaba sus métodos, basadas en movimientos progresivos, muy eficaces tanto en áreas motrices como en áreas más intelectuales; se centraban en el trabajo con los reflejos, fundamentalmente con niños con parálisis cerebral.

"Al observar los progresos que se conseguían en estos niños, Doman decide trasladar sus conocimientos al resto de los niños, de manera que se potenciara su capacidad de aprendizaje. Elabora su teoría acerca del desarrollo cerebral, un Perfil del Desarrollo Neurológico y sistematiza una labor educativa, estructurada mediante programas secuenciados, con métodos precisos y eficaces. "El método Doman se subdivide en: programa de lectura, programa de inteligencia (o conocimientos enciclopédicos), programa musical, programa de matemáticas, programa de escritura, programa de excelencia física y programa de segundo idioma como lengua extranjera (para las lenguas extranjeras que se enseñan como lengua materna se usa el método de lectura)."³⁷ Funda en 1955 Los Institutos para el Logro del Potencial Humano en

³⁷ Stephen School S. A. Costa Rica, 2011. www.stephenschool.com

Filadelfia (EEUU), iniciando lo que Doman y sus discípulos han llamado, una “Revolución Pacífica”³⁸. El método Doman se basa en una adecuada estimulación visual con palabras grandes y en contextos muy familiares, ya que esto es suficiente para que los niños tan pequeños aprendan a discriminar palabras a partir de la edad en que aprenden a hablar y a utilizar conceptos significativos. Se necesita tomar los cursos para poder aplicarlos correctamente a niños de hasta un año de edad.

- **Musicoterapia:**

“El término musicoterapia implica reconocer la posible función de la música en las técnicas de asistencia, dado que se trata de paciente y que existe un sufrimiento que hay que aliviar. El reconocimiento del valor terapéutico de los componentes de la música se basa en argumentos neurológicos, psicofisiológicos y psicológicos. Las personas psicósomáticas utilizan el lenguaje sin palabras de sus órganos para traducir sus dificultades. La música será en ocasiones lo único que puede llegarles, que puede derribar las barreras de su incomunicabilidad permitiéndoles evolucionar. No es casual que A. Schmolz, en Viena, director del Instituto de Musicoterapia, fuera a la vez jefe del servicio de enfermedades psicósomáticas.”³⁹

³⁸ Gómez-Jordana Moya, Beatriz. Fundación Iberoamericana Down 21. España, 2010. www.down21.org

³⁹ Verdeau-Pailles, J. **“TERAPIA PSICOMOTRIZ”**. Editorial Masson, España, 1996. Pág. 131.

- **Masoterapia:**

“Es una técnica que, a través de masajes, trata y previene algunas enfermedades. El masaje es la aplicación de una influencia mecánica efectuada con una mano sobre la cubierta corporal, la musculatura, tendones y ligamentos, ya en un punto concreto o zona topográfica más amplia, empleada con fines terapéuticos para alcanzar efectos determinados. Al favorecer la oxigenación de los músculos y órganos se estimula la circulación sanguínea y linfática, lo que tiene como consecuencia un relajamiento y limpieza del cuerpo. Los masajes permiten que los músculos se relajen y la tensión desaparezca, lográndose así un descanso efectivo.

Los pacientes con dolores de cuello, hombros y espalda van adquiriendo fortaleza en los músculos, quitando la tensión de los nervios afectados por movimientos bruscos, mala postura, mucho tiempo en cama o después de algún problema traumático. Un masaje adecuado puede ser un excelente tratamiento para las venas varicosas, para la tensión, el estrés, la migraña, el reumatismo, la lumbalgia y la ciática”⁴⁰.

TÉCNICAS COMO APOYO EMOCIONAL:

- **Ejercicios de Autoestima:**

En los niños puede aplicar estas frases para estimular su autoestima:

1. Estoy seguro (a) que eres capaz.

⁴⁰ Grupo Publipain, “**MASOTERAPIA**”. Febrero 2011. <http://www.publipain.com/balnearios/masoterapia.html>

2. Muy bien, sabía que podías.
3. No dudo de tu buena intención.
4. Si necesitas algo, pídelo educadamente.
5. Estoy orgulloso (a) de ti.
6. Te felicito por lo que has hecho.
7. Noto que cada día eres mejor.
8. Tú te mereces lo mejor.
9. Puedes llegar a donde quieras.

Integrando al paciente en un grupo de autoayuda de pacientes con tartamudez adultos o bien, realizando ejercicios prácticos dentro de la terapia, tales como:

1. Que describa el paciente o escriba en papel virtudes propias.
2. Que describa ó escriba cosas ó posesiones que más le gusten.
3. Describir ó escribir una buena decisión que haya realizado en su vida.
4. Dejar de tarea que elogien 3 cosas que hayan realizado en su día.
5. Dejar de tarea que elogien a 3 personas ya sea de su familia, amigos ó colegas en un día. Luego dos días a la semana, etc.
6. Describir 5 cosas que le guste hacer y porque le gustan.
7. Describa los sueños ó metas a corto ó largo plazo, que tenga en la vida.
8. Aprenda a expresar necesidades, escribirlas para luego hacerlas saber a la persona específica ó al paciente mismo.

- **Terapia de Juego:**

Se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas por medio del juego. El niño tiene la oportunidad de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión. Antes de empezar se trabaja rapport con el niño o niña, ya sea en una sesión, o dos sesiones. El terapeuta no dirige el juego, sino es el niño.

Para poder realizar la terapia de juego, se necesita en la clínica los siguientes materiales: pajas, familia de muñecos, casa de muñecas amueblada, soldados, materiales domésticos, incluyendo mesa, sillas, cama de muñecas, estufa, vajillas, sartenes, cucharas, vestidos de muñecos, pinzas para ropa, canasta para ropa, muñecos grandes de trapo, títeres, escenario para títeres, tizas de colores, arcilla, pinturas, pistolas, madera, muñecas de papel, autos pequeños, teléfono, escoba, periódicos viejos, trapos, trapeador, papel para pintar, fotografías de personas, casas, animales y otros objetos.

- **Caja de Arena:**

“Técnica no-verbal y no-intrusiva creada por Dora Kalff consta de un escenario y cientos de símbolos en miniatura de nuestra realidad cotidiana y de las otras dimensiones (árboles, piedras, animales, seres humanos y no humanos, casas, naves, objetos, elementos de la

naturaleza, imágenes de distintas tradiciones religiosas, figuras míticas, etc.) que permiten manifestar elementos del inconsciente personal, transpersonal y colectivo. Partes disociadas de la personalidad tienen la oportunidad de ser integradas y a menudo las personas se sorprenden por la riqueza que encuentran en su interior. Facilita la exploración del mundo interno y la percepción de los movimientos de la psique en su crecimiento hacia la totalidad" (Conciencia sin barreras).

Es una técnica muy útil cuando las personas no pueden hablar porque las palabras no están disponibles a consecuencia de un trauma; y facilita, como decimos, la integración de lo disociado (ese mecanismo adaptativo que padecen las personas traumatizadas para hacer frente a una realidad que ha puesto en riesgo la integridad física y psíquica de la persona, distanciándose o separándose de recuerdos, percepciones, sensaciones dolientes)."⁴¹

"La caja de arena o Sandplay (término en inglés) es un método psicoterapéutico utilizado para la objetivación de los contenidos de la imaginación; está basado en el trabajo creativo, no-racional, que alcanza el nivel pre-verbal de la psique. Los pacientes, tanto adultos como niños, crean escenas o diseños utilizándose una caja con arena, agua y un gran número de miniaturas. Podemos decir que la escena producida es una fotografía tridimensional de la psique, en la que la asociación de un espacio delimitado (caja) con materia (arena) y objetos, favorece el nacimiento de la representación de contenidos profundos. Para que no haya interrupción del flujo de emociones y

⁴¹Gonzalo Marrodán, José Luis. **"BUENOS TRATOS, APEGO, TRAUMA, DESARROLLO, RESILIENCIA"**. España. Mayo, 2008. <http://www.buenostratos.com/2008/05/la-tecnica-de-la-caja-de-arena.html>

sentimientos que comúnmente siguen a la creación de la escena, las interpretaciones son aplazadas hasta que se tenga disponibilidad interna.

El origen del sandplay se remonta al World Technique, método desarrollado en Inglaterra por Margaret Lowenfeld (1929), pionera en el trabajo psicoterapéutico infantil. En 1956, la suiza Dora Kalff, influenciada por Emma y C.G.Jung, fue a Londres a estudiar el método de Lowenfeld. Al volver a Zurich, amplificó la forma de usar el material pues había advertido que la técnica, además de permitir la expresión de los contenidos emocionales, activaba el proceso de individuación, conforme a lo propuesto por Jung. Así, el sandplay es el término acuñado por Kalff para designar el método de trabajo con la caja de arena con base en los postulados junguianos, que enfatizan la cualidad espontánea y dinámica de la propia experiencia creativa. La esencia del Sandplay es ser no-verbal y simbólica, de posibilitar, además de la expresión, también la experimentación de la trama interna, como un microcosmos en donde el individuo puede entrar en contacto y entrenarse para el mundo concreto.

De acuerdo con Jung, el desarrollo psicológico del individuo está determinado arquetípicamente y, bajo condiciones normales, es igual para todos. El impulso para la realización y para la totalidad son indicadores de que la psique y el cuerpo tiene una teleología -curarse a sí mismo-, y este es un fenómeno emocional, no-racional, que ocurre en el nivel pre-verbal, posibilitando la renovación de la personalidad y la expansión de la conciencia.

El trabajo con la arena tiene implicaciones con las primeras experiencias del individuo que se refieren a la cuestión de la confianza

básica y a la seguridad de los cuidados parentales; la arena, como la madre-tierra proporciona un espacio en donde es posible entrar en contacto y transformar estas experiencias. Las medidas de la caja son específicas para proporcionar una visión constante sobre el campo, así como para estimular la concentración y la intensificación de las energías internas. El fondo y los laterales azules ofrecen la posibilidad de representar el agua y el cielo, mientras las miniaturas de las más diversas categorías, ofrecen una abundancia de representaciones que no requieren ninguna habilidad previa.

El papel del terapeuta es el de testigo, de actuar como partero de la creación del símbolo, por tanto es importante que él tenga una actitud de apertura y aceptación -en la que la expresión del Sí-Mismo estará segura y con una actitud de protección- para que el paciente permanezca dentro de sus propios límites naturales. Es necesario el conocimiento y la conciencia del mundo simbólico y del mundo externo del paciente. Para Kalff, el sandplay es también una expresión del terapeuta, como una personalidad creativa que se relaciona con el paciente, tanto personal como simbólicamente, en un nivel extremadamente profundo. En este sentido, el desarrollo personal del terapeuta es factor decisivo en el proceso; él mismo debe haber experimentado el poder curativo del Sí-Mismo. Dentro de la psicología analítica es preciso que el terapeuta, como un curador herido, haya sido iniciado antes de convertirse en guía para los demás.

La práctica del sandplay generalmente se da paralela a la terapia verbal, pero la revisión y la discusión analítica de las escenas pueden suceder mucho tiempo después de que el proceso se haya

terminado. Esta técnica estimula una regresión creativa que permite la cura exactamente debido a la postergación de la interpretación y a la de incentivación deliberada del pensamiento dirigido. Es importante no esconder el primer nivel expresivo del proceso simbólico que aquí tiene aun un nivel de conciencia no-integrada"⁴².

- **Terapia de Sombra:**

La sombra es un término introducido por Carl Gustav Jung para definir cualidades y tendencias personales no reconocidas o negadas por el individuo, debido a su incompatibilidad con los valores y el sistema de vida elegido. Al tratarse de aspectos de la personalidad considerados amenazados o destructivos, son apartados del universo consciente y relegados a la oscuridad de la sombra.

El concepto de sombra no debe equipararse al inconsciente freudiano, que está asociado a aspectos pulsionales reprimidos. Mientras siga en la oscuridad, la sombra no tiene otra forma de manifestarse que proyectándose sobre otras personas o situaciones. La persona ve "malo" en los demás lo que no reconoce en si misma. Como decía Jung "lo que no entendemos de nosotros, tampoco lo entendemos en la otra persona". La persona se ve víctima del exterior, cuando en verdad es víctima de su propio interior. Debemos atrevernos a contemplar "cara a cara" esa sombra. Valorar lo positivo que contiene, nos ayudará a crecer como personas.

⁴²Yoshikawa, Lury. **"EL SANDPLAY, EL HACER SIMBÓLICO DE LA PSIQUE: LA TERAPIA DE LA CAJA DE ARENA"**, Asociación para el Desarrollo de la Psicología Analítica en Colombia. Colombia. ADEPAC. S.p. www.adepac.org/P06-26.htm

Para iluminar la sombra, puede ayudarnos el respetarnos a nosotros mismos, afrontar los retos sin miedo, aceptar las críticas, ponernos en el lugar del otro, vivir cada día como nuevo.”⁴³

“Es una manera de aprender a cultivar la auto-aceptación, la auto-compasión y un nivel de amor incondicional extraordinario. Al descubrir la importancia de amarte a ti mismo para el desarrollo de todas tus potencialidades.

Parte de la premisa que las respuestas están dentro de ti. Un buen coach no te da respuestas, te guía para que tú las encuentres dentro de ti, es una disciplina para aquellas personas que quieren lograr sus metas, es romper esas creencias falsas, limitantes, es más proactivo.”⁴⁴

PLAN DE TRABAJO PARA LA TARTAMUDEZ:

A continuación se presenta un plan de trabajo para el terapeuta del lenguaje que aborde la tartamudez, se toma en consideración la edad y el tipo de tartamudez.

Objetivos:

Proporcionar un plan de trabajo para el terapeuta del habla que aborda la tartamudez, con nuevos métodos y técnicas de tratamiento.

⁴³ Del Castillo, Beatriz F. “**TERAPIAS NATURALES**”. www.terapiasnaturales.com/sombra.

⁴⁴ San, Luis Adolfo. “**INTEGRACION DE LA SOMBRA PARA UNA VIDA ARMONIOSA**”. México, 2010. www.universohumano.com

1ª sesión	2ª sesión	3ª sesión	4ª sesión	5ª sesión
Historia clínica a los padres de familia, conocer la dinámica familiar, si se tiene acceso	Realizar rapport	Evaluaciones. Puede aplicar la Escala de la actitud respecto a la tartamudez y fenómeno de la tartamudez (por Licda. Irma Vargas) entre otros.	Hacer conciencia del problema Ejercicios de respiración Vocalizaciones	Ejercicios de respiración Ejercicios de relajación, o musicoterapia
6ª sesión	7ª sesión	8ª sesión	9ª sesión	10ª sesión
Ejercicios de autoestima Terapia de juego (en niños) o caja de arena Cuaderno de trabajo	Cuaderno de trabajo Ejercicios de respiración Ejercicios de ritmo y relajación	Ejercicios de autoestima Ejercicios de vocalización Ejercicios de respiración Terapia de juego (en niños) o caja de arena	Ejercicios de ritmo Ejercicios de vocalización Monfort en niños (según se necesite)	Cuaderno de trabajo Ejercicios de respiración

Si es el caso de un niño o niña menor de cinco años de edad, se puede aplicar el método Doman, como estimulación temprana, se

aplican si el caso lo necesita, se evalúa también la edad del paciente para poder aplicar la técnica.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

1. Según las entrevistas aplicadas, se pudo constatar que en su mayoría los pacientes que padecen de tartamudez son de sexo masculino, son más propensos a dicha patología.
2. Las técnicas principales que aplican las profesionales en casos de tartamudez son terapias respiratorias, de relajación, ejercicios de autoestima y ritmo.
3. La terapia Neuronet, el Método Doman, la Caja de Arena son técnicas para complementar el abordaje de la tartamudez; los primeros dos en niños y niñas y la caja de arena puede aplicarse a niños y adultos.
4. En Guatemala no existe todavía, el dispositivo auditivo para la tartamudez, solamente en Estados Unidos y otros países de Europa y Asia, a precios excesivamente altos.
5. Según las entrevistadas, puede que la tartamudez sea neurológica, por lo que es necesario que sea descartado.
6. La técnica Neuronet solo se puede aplicar siendo titulada (o), habiendo cursado el programa en el Centro de Servicios Psicopedagógicos Colegio Kipling, único autorizado en la ciudad de Guatemala, dado por la Dra. Nancy Rowe.

7. El apoyo familiar en el tratamiento del paciente con tartamudez brinda seguridad y aumenta su autoestima.

4.2. Recomendaciones

1. Educar a padres de familia, niños y niñas sobre el machismo, violencia y repercusiones en nuestras familias. Esto, para disminuir daños emocionales o psicológicos, que luego repercuten en el habla, como es la tartamudez.
2. Seguir un plan de tratamiento de técnicas de respiración, relajación y ritmo. Aplicarlo con ejercicios acordes y variados a niños, adolescentes y adultos.
3. Promover en Terapia del Lenguaje, cursos actualizados para la intervención terapéutica a personas con tartamudez en Guatemala.
4. Realizar estudios socioeconómicos en Guatemala a pacientes con tartamudez, con el propósito de analizar la posibilidad de importar los dispositivos auditivos, como tratamiento.
5. Trabajar juntamente con equipo multidisciplinario para poder referir a los pacientes a exámenes, para descartar la tartamudez neurológica. Ya que éstos harán del diagnóstico la diferencia y así aplicar el correcto tratamiento.
6. Brindar charlas a padres de familia o familia completa de los pacientes con tartamudez para hacer conciencia de la problemática y la diferencia que haría con el apoyo de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agustoni, Celia. H. **"GUÍA GRÁFICA DE EJERCITACIÓN PARA NIÑOS PEQUEÑOS DISFÓNICOS Y RESPIRADORES BUCALES"**. Editorial Puma. Argentina, 1993. 238 Pp.
2. Axline, Virginia M. **"TERAPIA DE JUEGO"**. México. Editorial Diana, 1975. 376 Pp.
3. Caparros, Antonio y Nicolás. **"PSICOLOGÍA DE LA LIBERACIÓN"**. España. Editorial Fundamentos, 1976. 257 Pp.
4. Casa Futura Technologies. Colorado, Estados Unidos.
<http://www.tartamudez.cl/c60-01-cfutura.htm>.
<http://www.casafuturetech.com/foreign/spanish/catalog.html>
5. Corredera Sánchez, Tobías. **"DEFECTOS EN LA DICCIÓN INFANTIL"**. Argentina. Editorial Kapelusz, 1973. 186 Pp.
6. Cuesta Momblona, Fernando. **"DE LA ESCUELA A LA SOCIEDAD, TARTAMUDEZ: INEVITABLE COMPAÑERA"**. España, 2002.
<http://www.ttm-espana.com/view>.
7. **CURSO PRÁCTICO DE EXPRESIÓN CORPORAL. EDUCACIÓN PSICOMOTRIZ INFANTIL, VOLUMEN 1.** Grupo Editorial Océano. España, 180 Pp.

8. Del Castillo, Beatriz F. **"TERAPIAS NATURALES"**.
www.terapiasnaturales.com/sombra
9. Dien, Liselott. **"EJERCICIOS DE PSICOMOTRICIDAD INFANTIL"**.
Publicaciones ICCE. España, 1980. 118 Pp.
10. Documento elaborado por miembro de la **GATA** (Grupo de Autoayuda de Tartamudos). España. www.gatastur.com, 5 de julio 2010.
11. FER, Audición y Lenguaje. **"ACTIVIDADES DE RESPIRACIÓN, ARTICULACIÓN Y VOCALIZACIÓN"**, 2009.
<http://ferrrr.wordpress.com/2009/02/25/actividades-de-respiracion-articulacion-y-vocalizacion/>
12. Fernández, Cecilia. **"DISFEMIAS: INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA"**. El rincón del vago. www.rincondelvago.com/disfemias_intervencion-logopedica.html
13. Fiedler, Peter A. y Standop, Renate. **"LA TARTAMUDEZ, TEORÍA Y TRATAMIENTO"**. Barcelona, España. Editorial Herder, 1984. 308 Pp.
14. Fontan Scheitler, Luis E. **"NEUROPSICOLOGÍA DE LA ATENCIÓN"**. Uruguay. Recopilación por Hilda Herrera, cuarto año, Psicología, Universidad de San Carlos de Guatemala, USAC. 2011. 3 Pp.
15. Fundación Española de la tartamudez - TTM, España. 2007.
http://www.ttm-espana.com/archivo/comparecencia_congreso.pdf

16. Gómez-Jordana Moya, Beatriz. Fundación Iberoamericana Down 21. España, 2010. www.down21.org
17. Gómez Villela, Jenniffer C y Xuyá Carrillo, Bárbara L. **“TERAPÉUTICA DEL LENGUAJE PARA NIÑOS CON TARTAMUDEZ A PARTIR DE LOS SIETE AÑOS”**. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 2005. 115 Pp.
18. Gonzalo Marrodán, José Luis. **“BUENOS TRATOS, APEGO, TRAUMA, DESARROLLO, RESILIENCIA”**. España. Mayo, 2008. <http://www.buenostratos.com/2008/05/la-technica-de-la-caja-de-arena.html>
19. Grajeda de Paz, Marlene. **“EN LOS ZAPATOS DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS”**. Guatemala, Módulo para la formación de Educadores Sociales. PRONICE Pro Niño y Niña Centroamericanos. Editorial Magna Terra, 2001. 71 Pp.
20. Guía Metodológica de Sistematización. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria PESA en Centroamérica. Honduras. Noviembre, 2004. www.pesacentroamerica.org/biblioteca/guia-met.pdf
21. Grupo Publipain, **“MASOTERAPIA”**. Febrero 2011. <http://www.publipain.com/balnearios/masoterapia.html>
22. Hamonet, Cl., Heuleu, J. N. **“MANUAL DE REHABILITACIÓN”**. Editorial Toray-Masson, España, 1982. 234 Pp.

23. Hernández González, Eduardo R. **“ASPECTOS CONDUCTUALES DE LA TARTAMUDEZ INFANTIL”**. www.psicología-online.com, 3 de julio 2010.
24. Janus Development Group, Inc. Carolina del Norte, Estados Unidos, 2009. www.speecheasy.com/paymentoptions.php.
25. Johnson, Wendell, **“PROBLEMAS DEL HABLA INFANTIL”**, Argentina. Editorial Kapelusz, 1973. 236 Pp.
26. Launay, Clément y Borel-Maissonny, Suzanne, **“TRASTORNOS DE LENGUAJE, LA PALABRA Y LA VOZ EN EL NIÑO”**, España. Editorial Toray-Masson, 1975. Capítulo XVII. 412 Pp.
27. Martín-Baró, Ignacio. **“ACCIÓN E IDEOLOGÍA”**, El Salvador. UCA Editores, 1997. 459 Pp.
28. NIDCD Information Clearinghouse, Communication Avenue, nidcdinfo@nidcd.nih.gov. Publicación de NIH número 97-4232, mayo, 2002.
29. Nieto Herrera, Margarita E. **“ANOMALÍAS DEL LENGUAJE Y SU CORRECCIÓN”**. México, Editorial Francisco Méndez Oteo, 1983. 493 Pp.
30. Nieto Herrera, Margarita E. **“POR QUÉ HAY NIÑOS QUE NO APRENDEN”**. México, Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, 1987. 314 Pp.

31. Pichon, Edouard y Borel-Maisonny, S. **"LA TARTAMUDEZ, NATURALEZA Y TRATAMIENTO"**, Barcelona, España. Editorial Toray-Masson, 1979. 116 Pp.
32. Porres Ortún, Ángeles. **"RITMOTERAPIA"**, Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, Universidad de Zaragoza. España, 2001. No. 042. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf>
33. Requena, Santos Félix. **"DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS REDES SOCIALES EN LOS HOMBRES Y MUJERES"**, España. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Málaga, 1995. 45 Pp. www.raco.cat/index
34. Rodríguez C., Pedro R. **"NOSOTROS LOS TARTAMUDOS"**. Venezuela. Asociación Iberoamericana de la Tartamudez. 2006. <http://www.ttmib.org/Nuevo/tartamudez1.html>
35. Rodríguez Morejón, Alberto. **"LA TARTAMUDEZ, NATURALEZA Y TRATAMIENTO"**, Barcelona, España. Editorial Herder, 2003. 318 Pp.
36. Rondal, Jean A. y Seron, Xavier. **"TRASTORNOS DEL LENGUAJE II, TARTAMUDEZ, SORDERA, RETRASO MENTAL, AUTISMO"**, Barcelona, España. Editorial Paidós Ibérica, 1988. 536 Pp.

37. Rowe, Nancy W. "**PROGRAMA NEURONET. ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS DEL APRENDIZAJE, BALANCE Y DIFERENCIACIÓN CORPORAL**". Colombia, 2004.
<http://www.aluna.org.co/pnoticias/muestrapublicacion.htm?163872>
38. Rubio, L., Richard, J. "**TERAPIA PSICOMOTRIZ**". Editorial Masson, España, 1996. 231 Pp.
39. Sheehan, Joseph Green. "**STUTTERING RESEARCH AND THERAPY**". New York, Estados Unidos de América. Editorial Harper y Row, 1970. 424 Pp.
40. Stephen School. Costa Rica, 2011. www.stephenschool.com
41. San, Luis Adolfo. "**INTEGRACIÓN DE LA SOMBRA PARA UNA VIDA ARMONIOSA**". México, 2010. www.universohumano.com
42. Sociedad Española de Oncología Médica. "**LAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS. VISIÓN GENERAL. DEFINICIONES**". Madrid, 2010.
<http://www.seom.org/es/infopublico/guia-actualizada/terapias-complementarias/880-las-terapias-complementarias-vision-general-definiciones>
43. Temas de Salud, Universidad de Virginia, Estados Unidos. 2007.
www.virginia.edu/espanol.html
44. Verdeau-Pailles, J. "**TERAPIA PSICOMOTRIZ**", Editorial Masson, España, 1996. Pág. 131.

45. Vidal, Guillermo y Alarcón, Renato D. **"ENCICLOPEDIA DE PSIQUIATRÍA"**. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana, 1986. 750 Pp.
46. Yoshikawa, Lury. **"EL SANDPLAY, EL HACER SIMBÓLICO DE LA PSIQUE: LA TERAPIA DE LA CAJA DE ARENA"**. Asociación para el Desarrollo de la Psicología Analítica en Colombia. Colombia. ADEPAC. S.p. www.adepac.org/P06-26.htm
47. Zambrano, María E. **"LA TARTAMUDEZ, UN PROBLEMA QUE NOS AFECTA A TODOS"**. Barcelona, España, Publicaciones Universidad de Barcelona, Diciembre, 2000. S. p.

ANEXOS

Anexo No. 1

**ENTREVISTA SOBRE LA
"TARTAMUDEZ" DIRIGIDA A PROFESIONALES**

DATOS GENERALES:

NOMBRE:

LUGAR DE TRABAJO:

AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL COMO TERAPISTA DEL HABLA:

1. En el periodo de laborar como Terapista del Lenguaje, ¿ha atendido usted pacientes con tartamudez?
2. ¿Qué tratamientos le han sido más útiles o le han traído éxito?
3. Describir las técnicas que le han sido de beneficio a sus pacientes con tartamudez.
4. Dentro de este tratamiento, ¿Qué herramientas o materiales utiliza?
5. ¿Cuáles son sus recomendaciones en cuanto a las técnicas terapéuticas que utilizó con éxito?

Anexo No. 2

LÁMINAS DEL MÉTODO MONFORT

