

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



**“DIFICULTADES DE HABLA Y TARTAMUDEZ EN NIÑOS DE 5
AÑOS Y 6 MESES A 9 AÑOS Y 0 MESES ASISTENTES A
TERAPIA DE FLUENCIA EN EL CENTRO PERUANO DE
AUDICIÓN, LENGUAJE Y APRENDIZAJE (CPAL)”**

Tesis para optar el grado académico de Magister en Fonoaudiología

Mención en motricidad orofacial, habla, voz y tartamudez

Autores

Marianella Solari Saldivar

Nancy Trujillo Mori

Asesores

Mg- Mario Santiago Bulnes Bedón

Lydia Lucrecia Fernández Franco

Diciembre, 2017

“DIFICULTADES DE HABLA Y TARTAMUDEZ EN NIÑOS DE 5 AÑOS Y 6 MESES A 9 AÑOS Y 0 MESES ASISTENTES A TERAPIA DE FLUENCIA EN EL CENTRO PERUANO DE AUDICIÓN, LENGUAJE Y APRENDIZAJE (CPAL)”

ASESORES

Dr. Mario Bulnes

Mg. Lydia Fernández

RESUMEN

La presente investigación permite describir, analizar e interpretar las dificultades de habla que se presentan en niños con tartamudez asistentes a terapia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL). Este estudio responde a una investigación cuanti - cualitativa, sustantiva de tipo descriptiva.

La muestra está constituida por 13 sujetos, 9 varones y 4 mujeres, sobre la base de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, atendiendo a una población conformada por 31 sujetos, entre los meses de agosto a diciembre del 2014. Para evaluar se utilizó el Protocolo Miofuncional Orofacial MBGR (2014) y el Protocolo de Evaluación de Fluencia de Cristiane Oliveira (2013).

Los resultados señalan que los niños que presentan tartamudez pueden presentar también errores en la producción del habla siendo las distorsiones las de mayor incidencia seguida de las sustituciones y omisiones.

En cuanto a las disfluencias típicas de la tartamudez las de mayor incidencia son repetición de palabra monosilábica, seguidas de pausas y prolongaciones; las de menor incidencia los bloqueos, repetición de sílabas y repetición de sonido.

Palabras claves: tartamudez, fluidez, omisión, sustitución, distorsión, velocidad del habla, tipología de la tartamudez, repetición, bloqueo, prolongación.

ABSTRACT

This research allows us to describe, analyze and interpret the speech difficulties that occur in children attending therapy at the Peruvian Center for Hearing, Language and Learning (CPAL) stuttering. This study responds to a quantitative qualitative research of descriptive substantive.

The sample consists of 13 subjects, 9 men and 4 women, based on a non-probabilistic intentional sampling, based on a population consisting of 31 subjects, between the months of August to December 2014. In order to evaluate we used the Orofacial Myofunctional MBGR Protocol (2014) and Cristiane Oliveira Protocol Fluence (2013).

The results show that children who have stuttering may also have errors in speech production distortions being the highest incidence followed by substitutions and omissions.

As for the typical stuttering disfluencies the highest incidence are repeating monosyllabic word, followed by pauses and prolongations; the lower incidence of crashes, repeated syllables and sound repetition.

Keywords: stuttering, fluency, omission, substitution, distortion, rate of speech, stuttering typology, repetition, blocking extension.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
TÍTULO	ii
ASESOR(ES)	iii
RESUMEN Y ABSTRACT	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	viii
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPÍTULO I PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del Problema	3
1.3 Importancia y Justificación	3
1.4 Objetivos del Estudio	4
1.5 Limitaciones de la Investigación	5
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	
2.1 Antecedentes de estudio	7
2.1.1 Internacionales	8
2.1.2 Nacionales	10
2.2 Bases teóricas científicas	12
2.2.1 Funciones estomatognáticas	12
a. Estructuras anatómicas que intervienen en el habla	14
b. Mecanismos de la producción del habla	15
2.2.2 Adquisición de los sonidos del habla	19

2.2.3 Trastornos del habla	20
a. Trastornos de origen neurogénico	20
b. Trastornos de origen músculo - esquelético	21
c. Trastornos de origen fonético - fonológico	22
2.2.4 Aspectos del patrón del habla	23
a. Aspecto suprasegmental	23
b. Aspecto segmental	24
2.2.5 Tartamudez	26
a. Características	27
b. Etiología	29
c. Factores de riesgo	29
2.3 Definición de términos básicos	32

CAPÍTULO III MÉTODO

3.1 Enfoques de la investigación	34
3.2 Tipo y diseños de investigación	34
3.3 Población y selección de la muestra	35
3.4 Operacionalización de variables	35
3.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	36

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados	40
4.2 Discusión	49

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 Conclusiones	53
5.2 Sugerencias	54

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Distribución de la muestra según edad y sexo	40
Tabla 2. Evaluación de las estructuras orofaciales: labios	41
Tabla 3. Evaluación de las estructuras orofaciales: lengua	41
Tabla 4. Características de la producción fonética considerando el punto de articulación: fonos bilabiales	42
Tabla 5. Características de la producción fonética considerando el punto de articulación: fono labiodental	43
Tabla 6. Características de la producción fonética considerando el punto de articulación: fonos dentales	43
Tabla 7. Características de la producción fonética considerando el punto de articulación: fonos alveolares	44
Tabla 8. Características de la producción fonética considerando el punto de articulación: fonos palatales	45
Tabla 9. Características de la producción fonética considerando el punto de articulación: fonos velares	45
Tabla 10. Características de disfluencias típicas de la tartamudez	46
Tabla 11. Características de otras disfluencias	47
Tabla 12. Características de la tartamudez: manifestaciones clínicas/ concomitantes físicos	47
Tabla 13. Características de disfluencias típicas de la tartamudez manifestaciones clínicas/ tasa de elocución	48

Tabla 14. Características de otras disfluencias manifestaciones clínicas/
sentimientos y actitudes

49

INTRODUCCIÓN

El habla es una función adaptada que se ejecuta a través de órganos que pertenecen a otros aparatos del organismo como el respiratorio y el digestivo, juntos forman los órganos fonoarticulatorios. Esta función del sistema estomatognático ha sido estudiada por diversos autores siendo Marchesan quien nos aproxima a los parámetros que tomaremos como referentes.

La correcta ejecución del patrón articulatorio depende del adecuado posicionamiento y movimiento de la lengua, la presencia y posición de los dientes, la movilidad de los labios, mejillas y la posición de la mandíbula que ofrecen el espacio intraoral adecuado para dar lugar a la articulación. El tono adecuado de la musculatura suprahiodea y la lengua determinará que la producción del habla sea inteligible o no inteligible, interfiriendo también la presencia de saliva en la boca y comisuras, o la amplitud articulatoria reducida. (Marchesan, 2002).

En tanto, la tartamudez es un trastorno del habla que afecta el proceso comunicativo debido a que las personas que tartamudean interrumpen de manera involuntaria el flujo normal de salida del aire generando bloqueos o repeticiones que rompen el discurso.

Peters (1997 citado en Busto 2006) señala que los mecanismos del habla, responsables de ajustar con precisión la musculatura laríngea, respiratoria y articular operan con menor precisión, lo que provoca frecuentes rupturas en la fluidez verbal.

Esta investigación pretende ver las dificultades del habla que presentan los niños con tartamudez, para ello se utiliza el Protocolo Miofuncional Orofacial MBGR (Marchesan, Beretin, Genaro, Redher) que evalúa la producción del habla de los niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses, examina las estructuras intraorales referidas a labios, lengua, mejillas paladar, tonsilas palatinas y dientes y evalúa la movilidad de los labios. Se registró el habla espontánea, nominación de figuras, repetición de sílabas y palabras.

Para evaluar la tartamudez que presenta cada uno de los niños de la muestra se usó el Protocolo de Evaluación de la Fluencia de Cristiane Oliveira (2013) estructurada de la siguiente manera: tipología de las disfluencias, velocidad del habla donde se registró el habla espontánea (200 sílabas fluentes), frecuencia de rupturas y concomitantes físicos.

La presente investigación se ha estructurado de la manera siguiente:

En el Capítulo I, se da a conocer el planteamiento y la formulación del problema de investigación estableciendo los objetivos de estudio así como, la importancia y justificación del estudio, determinando las limitaciones de la investigación.

En el Capítulo II, desarrollamos el marco teórico revisando los antecedentes de estudio internacionales y nacionales, así como las bases científicas en la cual se sustenta la investigación; consideramos estructuras anatómicas que intervienen en el habla, mecanismo de producción del habla, adquisición de los sonidos del habla, trastornos del habla, aspectos del patrón del habla y los aspectos relevantes sobre tartamudez como características, etiología y factores de riesgo de la tartamudez. Se consideran también las definiciones de términos básicos.

En el Capítulo III, desarrollamos el método empleado en la investigación describiendo el enfoque, tipo y diseño de la investigación, así mismo se especifica la población con la muestra que se trabajó, la operacionalización de las variables y las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos.

En el Capítulo IV, se describe los resultados con las respectivas tablas y gráficos, y la discusión de los mismos.

En el Capítulo V plantemos las conclusiones y sugerencias de la investigación con las cuales pretende dar un aporte a la comunidad científica.

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL) presta los servicios de terapia de habla a niños, adolescentes y adultos que presentan dificultades en el habla o en la fluidez, observándose que en algunos casos, ambas dificultades se presentan paralelas en los niños. La terapia de motricidad orofacial y tartamudez tiene como objetivo que el niño logre expresarse con facilidad y claridad, haciendo uso de las diferentes técnicas, posibilitando un habla fluida en diferentes circunstancias especialmente en el habla espontánea.

Marchesan (2002) indica que hablar correctamente es hablar y lograr que el habla sea entendible dentro de las posibilidades que su propia estructura le permiten. Por otro lado, Andrade (2009) menciona que la fluidez es la producción

continua y suave del habla; el grado de fluidez varía de acuerdo a las emociones, dominio del tema de conversación y de las diferentes situaciones del habla de cada día.

Este trastorno que afecta a personas de cualquier rango etario, se inicia durante la niñez y en algunos casos durará toda la vida. Esto puede significar que las personas con esta condición presenten limitaciones en su desarrollo comunicativo, ocasionando que adopten conductas de evitación como el susurrar, hablar menos, dejar de hablar y mostrarse introvertidos en diferentes contextos.

Según la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA, 2014): “La tartamudez suele ser un problema complejo. En un inicio puede presentarse de una manera simple, sin embargo al transcurrir el tiempo se vuelve muy complicada debido a las reacciones, al comportamiento defensivo y a las estrategias de afrontamiento de la persona que tartamudea, además de las reacciones de la persona que lo escucha tartamudear. Por otra parte, en los niños mayores y los adultos, la tartamudez origina dificultades comunicativas las que a su vez crean barreras en cuanto a la vida social, educativa y profesional que pueden complicar en gran medida el problema. En algunos casos, puede haber serios trastornos emocionales, como la depresión o stress por hablar. Estas complejidades crean problemas que son abordados por los terapeutas a través del tratamiento”.

Así mismo, los padres, profesores y todos aquellos involucrados con la educación de los niños son los primeros que pueden detectar alguna alteración en el habla y fluidez de los niños que están a su cargo, sin embargo debido al desconocimiento y mitos en torno al desarrollo del habla y la tartamudez, en la mayoría de casos la intervención no se realiza desde el inicio de las alteraciones, lo que podría afectar la recuperación.

Por lo tanto, los niños con dificultad de habla y tartamudez se encuentran en el grupo sensible que necesita atención en estos aspectos porque se observa alteración en la comunicación en los aspectos de inteligibilidad y fluidez.

1.2 Formulación del problema

Por todo lo expuesto anteriormente el problema queda planteado con la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las dificultades de habla y tartamudez que presentan los niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses que tartamudean y asisten a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL)?

1.3 Importancia y justificación

Es importante identificar las dificultades de habla y tartamudez presentes en niños asistentes a terapia de fluidez ya que se podría hallar una posible relación entre ambas dificultades, considerando aspectos como estructuras y movilidad de

los órganos fonarticulatorios que afectarían los patrones de producción de los sonidos que intervienen en el habla tales como omisiones, sustituciones y distorsiones así como, las características típicas de la tartamudez, concomitantes físicos y velocidad del habla.

Así mismo, el estudio se justifica en razón a que no existen en nuestro medio, investigaciones sobre esta temática de tal manera que los resultados, van a contribuir a conocer y comprender las dificultades de habla y tartamudez en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses asistentes a terapia de fluencia.

La presente investigación puede constituir un punto de partida para realizar futuras investigaciones basándose en los hallazgos.

1.4 Objetivos del estudio

- Objetivo general

Describir las dificultades de habla y tartamudez en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses que asisten a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL).

- Objetivos específicos

1. Identificar las distorsiones en la producción del habla en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses que asisten a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL).

2. Identificar las sustituciones en la producción del habla en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses que asisten a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL).
3. Identificar las omisiones en la producción del habla en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses que asisten a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL).
4. Identificar las tipologías de las disfluencias en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses que asisten a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL).
5. Identificar los concomitantes físicos en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses que asisten a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL).
6. Identificar la velocidad de habla en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses que asisten a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL).
7. Identificar los sentimientos y actitudes de habla en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses que asisten a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL).

1.5 Limitaciones de la Investigación

En la investigación se encontraron dificultades con los padres para que sus hijos formen parte de la muestra debido a que no querían firmar el consentimiento

informado para la aplicación del instrumento en las instalaciones del Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL).

En referencia al número de participantes de la población seleccionada eran niños difluentes, es decir no presentaban dificultades en el habla.

En cuanto al acceso de recursos bibliográficos las limitaciones fueron de idioma, en su mayoría eran escasos y las bibliotecas de nuestro medio cuentan con libros desactualizados. A través de revistas especializadas vía internet se accedió a cierto número de artículos y revistas, debido a que no todos los artículos son de acceso libre.

Los resultados de esta investigación no son generalizables debido al tamaño de la muestra que no permite transferencia a una población mayor.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

Actualmente, la motricidad orofacial es un área de la fonoaudiología que está dividida por sub - áreas para un mejor estudio; la terapia en motricidad orofacial tiene por objetivo habilitar y/o rehabilitar las funciones estomatognáticas independientemente de las causas de las alteraciones encontradas. Este es un trabajo interdisciplinario que involucra otras especialidades como la odontología, medicina, psicología y fisioterapia entre otras; asociadas a hábitos nocivos, respiración oral, alteración de las funciones estomatognáticas de masticación, deglución, succión, que causan alteraciones funcionales y/o estructurales que podrían llevar a alteraciones en la producción del habla.

En cuanto al estudio de la tartamudez se basa en el Protocolo de Evaluación de Fluencia de Cristiane Oliveira (2013), teniendo en cuenta la tipología de las disfluencias (otras disfluencias y disfluencias típicas de la tartamudez), velocidad del habla (flujo de palabras y sílabas por minuto) frecuencia de las rupturas del habla y concomitantes físicos. El número de investigaciones relacionadas a la producción del habla y la tartamudez son escasas.

La revisión de estudios sobre el tema hace ver que es la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA) y la Stuttering Foundation quienes están inmersos en constantes investigaciones.

2.1.1. Internacionales

Spencer y Weber (2014), realizaron un estudio titulado “La articulación del habla preescolar y la falta de habilidades para la repetición de palabras pueden ayudar a predecir la eventual recuperación o la persistencia de la tartamudez”. Este estudio contó con una muestra de 65 niños de edad escolar. Los investigadores encontraron que los niños que presentan una tartamudez persistente eran menos competentes que los niños que no tartamudean y que los niños que presentan una tartamudez recuperada en las medidas de la producción de consonantes y la repetición de nuevas secuencias fonológicas. En contraste, el lenguaje receptivo, lenguaje expresivo y capacidades de memoria de trabajo verbal no distinguían entre los niños que presentan una tartamudez recuperada de los que presentan una tartamudez persistente. El análisis de regresión logística

binaria indica que las puntuaciones en las medidas de la producción de consonantes en edad preescolar y de la competencia global de la repetición de nuevas secuencias fonológicas predijeron significativamente un futuro estado de recuperación.

Clark, Conture, Walden y Lambert (2013), realizaron un estudio titulado “Habilidades de articulación del habla de niños de edad preescolar que tartamudean”. En una muestra de 277 niños, de los cuales 128 tartamudean y 129 no tartamudean; realizaron correlaciones para explorar las habilidades de articulación y tartamudez. Los resultados demostraron que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones de articulación de niños que tartamudean y niños que no tartamudean en edad preescolar. Sin embargo en cuanto al género las niñas demostraron mejores habilidades de articulación de sonidos que los niños. Los resultados adicionales indicaron que no había relación entre la articulación de sonidos y la tartamudez.

Dmitric, Veselinovic y Mitrovic (2015), realizaron un estudio titulado “Trastornos de la articulación en idioma serbio en niños con patología del habla”. Este estudio tiene una muestra de 24 niños en un rango de edad de 5 y 15 años de edad de ambos sexos. Los investigadores encontraron que los trastornos de articulación se observaron en niños diagnosticados con dislalia, así como también en aquellos diagnosticados con disfasia y tartamudez. Los niños con trastornos de la articulación lograron producir mejor las vocales, seguidas de las nasales y

oclusivas. En cuanto a las fricativas y laterales se encontró mayor alteración incluyendo los tres trastornos, es decir la sustitución, omisión y distorsión.

2.1.2. Nacionales

A nivel nacional, la investigación referida a la producción del habla es escasa y está centrada en aspectos como fluidez, trastornos fonéticos, entre otros. Respecto a las investigaciones sobre la tartamudez son de corte descriptivo simple o exploratorio, relacionándose con aspectos como mitos de padres y maestros sobre la tartamudez, factores de riesgo, entre otras expuestas líneas abajo.

Fajardo y Harm (2014), desarrollaron la tesis “Características en la producción del habla en niños de 6 a 7 años con frenillo lingual alterado de la I E Liceo Naval Almirante Guise”. La investigación es un estudio descriptivo simple, contó con una muestra de 109 niños de la I E Liceo Naval Almirante Guise, del distrito de San Borja. “Para el recojo de los datos se usó el Protocolo de Evaluación del Frenillo de la Lengua de Irene Marchesan y la técnica de observación sistemática, con la finalidad de clasificar el tipo de frenillo lingual y las características en la producción del habla”.

Los resultados demostraron que un 88% de la población no presentaron alteración alguna en el frenillo lingual mientras que un 12% (13 niños) presentó frenillo lingual alterado. “Así mismo, los niños que presentaron frenillo lingual alterado, en 77% muestra alteraciones en la producción de habla, siendo las más

frecuentes las distorsiones (76.92%), seguida por las sustituciones (46.15%) y las omisiones (38.46%)”.

Castro y Manrique (2013), desarrollaron la tesis “Perfil de la fluidez del habla en niños de 5 y 6 años en instituciones educativas estatales de tres distritos de lima”, con el objetivo de obtener un perfil de la fluidez del habla de niños de 5 y 6 años hablantes fluentes del español”. La muestra estuvo compuesta por 40 niños en el rango de edad de 5:0-5:11, 6:0- 6:11, con 20 integrantes por cada grupo (10 niños y 10 niñas). El instrumento utilizado fue el protocolo de evaluación de fluidez (Andrade, 2006), con respecto a la tipología de las disfluencias (comunes y tartamudeadas), velocidad del habla (palabras y sílabas por minuto) y frecuencia de las rupturas del habla (porcentaje de discontinuidad del habla y porcentaje de disfluencias tartamudeadas) a través del análisis del habla espontánea.

Entre los resultados, los niños de 5 y 6 años no presentan una gran diferencia entre sexo y grupo de edad.

Bazán, Jiménez y Yaringaño (2009), desarrollaron la investigación “Trastornos del habla de tipo fonético en niños de seis a siete años, institucionalizados y niños que asisten a una institución educativa estatal”.

La investigación cualitativa de tipo no experimental de diseño trasversal contó con una muestra de 60 niños que asisten a institución educativa estatal y 30

niños institucionalizados. Las investigadoras evaluaron el habla espontánea de los niños y emplearon el examen de articulación de sonidos de Melgar.

Los resultados permitieron comprobar que existe una diferencia significativa en los trastornos del habla de tipo fonético con omisión y sustitución, presentes en los niños de seis a siete años institucionalizados y niños que asisten a una institución educativa estatal.

2.2. Bases teóricas científicas

2.2.1. Funciones estomatognáticas

El sistema estomatognático es importante porque contribuye al funcionamiento adecuado del cuerpo humano; cabe resaltar que la función estomatognática está ligada a otros sistemas como el sistema nervioso y circulatorio; se puede decir también que ejerce influencia en los sistemas respiratorio, digestivo y otros.

Por otro lado las funciones se realizan fundamentalmente en la región orofacial y debe existir un adecuado funcionamiento de cada una de sus estructuras porque esto permite un armonioso desarrollo craneofacial.

Marchesan (2002), menciona que “este sistema nos muestra con claridad la razón del trabajo conjunto entre odontología y fonoaudiología, pues son parte de

él dos grupos distintos de estructuras bucales: las estáticas o pasivas y las dinámicas o activas, que equilibradas y controladas por el sistema nervioso central, serán responsables por el funcionamiento armonioso del rostro.”

- **Succión**

Es un reflejo que envuelve y estimula el desarrollo de varios grupos musculares y la parte ósea de la región oral favoreciendo de esta manera el equilibrio entre estas estructuras. (Marchesan 2002)

- **Respiración**

La respiración es usualmente definida como el proceso de intercambio de gases entre un organismo y su medio ambiente y es considerada una función vital. (Zemlin 2000)

- **Deglución**

Es una secuencia refleja de contracciones musculares coordinadas que lleva el bolo alimenticio o los líquidos de la cavidad bucal hasta el estómago. (Marchesan 2002)

- **Masticación**

Es la acción de morder y triturar el alimento en la cavidad oral, considerada la función más importante del sistema estomatognático. (Marchesan 2002)

- **Habla**

El órgano más importante del habla es la lengua, su posición y configuración son lo que hacen que una vocal sea diferente de otra y el contacto de la lengua con los dientes o el paladar permite que se produzcan las consonantes. El habla es una habilidad que posee el ser humano y

presenta dos características: son adquiridas paulatinamente ya que el bebé desde que nace comienza a prepararse para el habla y es necesario practicar; esto quiere decir que para hablar bien es necesario producir los movimientos muchas veces.

Ling (2002) menciona que “para producir mensajes hablados se usa seis pasos importantes como: seleccionamos palabras (memoria), arreglamos el orden en que debemos ser entendidos, activamos músculos que ponen el mecanismo del habla en movimiento, creamos sonidos variados del habla, nos escuchamos nosotros mismos y planteamos las oraciones futuras mientras hablamos”.

a. Estructuras anatómicas que intervienen en el habla

La boca tiene una función importante en la articulación de los sonidos, dependiendo de la posición y la movilidad de la lengua, la presencia y posición de los dientes, la movilidad de los labios y mejillas, la posición de la mandíbula ofrecerá el espacio intraoral adecuado para dar lugar a la articulación fonética y la resonancia.

De acuerdo con Fernández (2005), los órganos que conforman las cavidades supraglóticas se encargan de modular la corriente de aire que ha llegado desde la glotis en su camino hacia el exterior para producir distintos sonidos con valor lingüístico. Como resultado de las variadas posiciones que pueden adoptar los articuladores que el hablante controla voluntariamente.

De acuerdo a Le Fuche (1993) los órganos fonoarticulatorios y resonadores que intervienen en el habla son: faringe, laringe, fosas nasales, las fauces y la boca (labios, dientes, paladar blando, paladar duro, lengua, frenillo lingual y úvula).

La faringe se une a la laringe y limita anteriormente con la raíz de la lengua y posteriormente con la pared faríngea. Cuando el aire sale de la faringe hacia el exterior, puede hacerlo por la boca si el velo del paladar está pegado hacia la pared faríngea o por la nariz si no lo está.

La cavidad bucal limita por la parte superior con el paladar, por la parte inferior con la lengua y por su parte anterior con los labios y además contiene los dientes y los alvéolos. El paladar es duro en su región anterior y blando en la posterior, hasta que acaba en la úvula que permanece colgando cuando el velo está levantado. Las fosas nasales limitan por debajo con el paladar duro y por arriba con la base del cráneo.

b. Mecanismos de la producción del habla

Para desarrollar los mecanismos de la producción del habla se debe hacer referencia a sistemas que combinan mecanismos que intervienen en la producción del habla, porque el sistema fonoarticulatorio no tiene estructuras propias.

- Sistema Respiratorio

Mendoza y Chavarría (1998), menciona que la respiración es una función vital para el ser humano. Consta de dos movimientos la inspiración y la espiración, es decir la entrada y salida de aire a través de los órganos del sistema respiratorio.

Según la Dra. Julia Reiriz Palacios (1997), menciona que: El sistema respiratorio está compuesto por un conjunto de estructuras anatómicas que realizan el intercambio de gases entre la atmósfera y la sangre; el oxígeno (O₂) es introducido dentro del cuerpo para su posterior distribución a los tejidos y el dióxido de carbono (CO₂) producido por el metabolismo celular es eliminado al exterior.

En el sistema respiratorio se distinguen dos porciones: de conducción y de respiración; en conducción se encuentran órganos que llevarán el aire desde el exterior del organismo hasta los pulmones, dichas vías de conducción serán la nariz, fosas nasales, faringe, laringe, tráquea y bronquios. La porción respiratoria es el lugar donde se produce el intercambio gaseoso y está conformado por la tráquea, bronquios principales y ramificación bronquial. El aire espirado al pasar a través de los pliegues vocales produce vibraciones que a su vez generan sonidos que forman parte de la fonación.

- Sistema Fonatorio

Este sistema no tiene estructuras así que los principales órganos involucrados en este sistema son los que intervienen en la respiración y la masticación. Sin embargo, a los órganos involucrados en el proceso de formación de sonidos se les denomina aparato fonador o sistema fonoarticulatorio.

Este sistema está compuesto de partes duras conformado por la maxila, mandíbula y dientes, partes blandas como la lengua, paladar blando y úvula; así como por espacios vacíos como los senos, cavidad nasal y cavidad oral.

Busto (2003), señala que la fonación se efectúa por la acción de los músculos (crico-aritenoideo, crico-aritenoideo lateral y crico-aritenoideo posterior) que se encuentran dentro de la laringe los cuales tienen como función variar el grado de tensión de las pliegues vocales y participar en los movimientos vibratorios de abertura y cierre para producir el sonido vocal.

- Sistema de Resonancia

Según Huasco, Ramírez, Virto (2015), menciona que: El sistema de resonancia tiene como órganos principales a la faringe, cavidad nasal y cavidad oral; dichos órganos tienen la finalidad de modificar el sonido que es producido por los pliegues vocales, modulándolo o amplificándolo, lo

que da lugar al timbre de voz y calidad vocal, características individuales de los seres humanos, que permite identificarlos.

- Sistema Articulatorio

Faúndez (2000), los parámetros principales del sistema articulatorio son los pliegues vocales, el paladar, la lengua, los dientes, los labios y la mandíbula. Los distintos sonidos se producen al pasar el aire emitido por los pulmones a través de todo el sistema de producción en una determinada posición de cada parámetro articulatorio, dependiendo del modo como sea articulado y lugar donde sea producido, se obtendrán los fonemas que conformaran las palabras.

Los órganos articuladores (lengua, dientes, paladar blando, paladar duro y mejillas) son los encargados de otorgarle las cualidades a los sonidos del habla transformándolos en sonidos específicos. Así se describe que en las vocales la salida del aire no atraviesa ningún obstáculo, no obstante en el caso de las consonantes el paso del aire puede ser bloqueado parcialmente.

Según Hualde (2010), los sonidos consonánticos se clasifican según los siguientes parámetros, de acuerdo al punto de articulación se dividen en bilabiales, dentales, labiodentales y velares, por el modo de articulación en oclusivas, fricativas, nasales y vibrantes, según a la actividad de los pliegues vocales: sonidos sordos y sonoros. Las vocales se clasifican de acuerdo a la altura de la lengua en la cavidad oral pueden ser vocales altas, medias y

bajas, según el desplazamiento de la lengua hacia adelante o hacia el velo se denominan vocales anteriores, centrales y posteriores; tomando en cuenta la posición de los labios en vocales redondeadas y no redondeadas.

- Prosodia

Según Vergara (2012) la prosodia es un área de la lingüística que va estudiar y representar adecuadamente aquellos elementos de la expresión oral, como: el acento, el tono y la entonación. Su expresión específica en la producción de la palabra se relaciona de este modo a las variaciones de la frecuencia fundamental, de la duración y de la intensidad que constituyen los parámetros prosódicos físicos.

2.2.2. Adquisición de los sonidos del habla

Jakobson (1971 citado en Gómez, 2015) postula que la adquisición del habla se da en forma gradual y de acuerdo con la teoría Universalista está dividido en dos períodos.

- Período de balbuceo

Es el primero en aparecer y es de carácter prelingüístico, en dicho período se presentan diversos sonidos como los guturales, gorgojeos, entre otros.

- Período lingüístico

En este período el niño deja de emitir sonidos que vocalizaba en el periodo anterior para dar lugar a sus primeras palabras, se inicia la selección de sonidos y la construcción del sistema fonemático en forma progresiva.

Según Jakobson (1971 citado en Gómez, 2015) menciona que la adquisición de los sonidos vocálicos y consonánticos se rige por la ley de contraste máximo y va de lo más simple y homogéneo a lo más estratificado y diferenciado.

2.2.3. Trastornos del habla

El habla puede verse afectada por alteraciones de origen neurogénico, músculo-esquelético y fonético-fonológico. En dichos trastornos la pronunciación de los sonidos del habla se verá afectada, caracterizándose por la presencia de alteraciones como distorsiones, sustituciones y omisiones.

Así también, según Zorzi (2002) los trastornos del habla se divide en tres grupos: trastorno neurogénico, alteraciones de origen músculo esquelético y desvíos fonológicos.

a. Trastornos de origen neurogénico.

Está relacionado con las consecuencias de los problemas neurológicos que afectan directamente la ejecución neuromuscular y en ellos abarcan la disartria y la dispraxia.

- La dispraxia está relacionada con la dificultad para realizar movimientos voluntarios, los movimientos orales suelen ser más difíciles e imprecisos se encuentra alteración en la succión, masticación y deglución, la velocidad del habla se encuentra aumentada y es más frecuente la presencia de adiciones, repeticiones, distorsiones y sustitución de fonemas.
- La disartria hace referencia a la debilidad muscular de los órganos fonoarticulatorios, generando que los movimientos motores sean más lentos, el tono de musculatura se encuentra alterado, presenta dificultades para la coordinación de los movimientos de la musculatura oral. Son frecuentes los problemas de succión, masticación y deglución, la velocidad del habla se percibe disminuida y son frecuentes las distorsiones y omisiones de fonemas.

b. Trastornos de origen músculo-esquelético

Estas alteraciones son originadas por problemas en las estructuras óseas y musculares relacionadas con la producción del habla (Marchesan, 2002). Algunas de las alteraciones estructurales que generan la dificultad en el habla son la presencia del labio con eversión, respiración oral, frenillo lingual alterado, mal

oclusiones, fisura palatina, hipertrofia de adenoides, hipertrofia de las tonsilas palatinas, entre otras.

c. Trastornos de origen fonético-fonológico

En la alteración fonético fonológico existe una dificultad para organizar los sonidos en el cerebro de manera adecuada, generando alteraciones en la producción del habla como omisiones, sustituciones y distorsiones.

- Omisiones: carencia de fonemas que deberían formar parte de la palabra, esta puede ocurrir al inicio, medio o final de una palabra. Las posibles causas de una omisión puede darse por la edad, alteración fonológica o pérdida auditiva.
- Distorsiones: viene a ser la producción aproximada de un fono, permitiendo la identificación con el fono patrón, compromete la inteligibilidad del habla sin afectar los contrastes fonológicos del lenguaje y por lo tanto no interfiere en el significado de las palabras. Las posibles causas de una distorsión puede darse por alteración anatómica, mal posición de los órganos fonoarticulatorios, pérdida auditiva o alteraciones neurológicas.
- Sustituciones: es la alteración que consiste en remplazar un fono por otro, debido a que ambos fonos pueden tener parecido punto de articulación, este error puede ocurrir al inicio, medio o final de la palabra hablada. Las posibles causas de una sustitución pueden darse por rango etéreo,

alteración anátomo-fisiológica, problema auditivo, alteraciones fonológicas o modelo inadecuado.

2.2.4. Aspectos del patrón del habla.

a. Aspecto suprasegmental.

Según Fernández (2005), cuando hablamos no solo producimos sonidos, segmentos, sino que también incorporamos otro tipo de información que trasmite una riqueza de matices semánticos, esta información es la que conlleva a la prosodia y es información suprasegmental, es decir que no se encuentra sobre un determinado segmento porque afecta a varias secuencias de ellos a la vez, normalmente a la sílaba. Los rasgos suprasegmentales son tres: acento, tono y duración.

- El acento.

Es un elemento suprasegmental que recae sobre una sílaba y la destaca de las demás de la palabra. La acentuación resulta de una mayor fuerza espiratoria, una mayor tensión de las cuerdas vocales y una mayor prolongación en la articulación de los sonidos.

- La entonación

La entonación que hace referencia al tono de voz de un hablante puede variar de agudo a grave, también marca la característica de la oración si es interrogativa, exclamativa o enunciativa.

b. Aspecto segmental

En lo que se refiere al aspecto segmental, es el producto de un proceso de segmentación en unidades mínimas, existen 24 fonemas segmentales en español y se toman en cuenta la producción de las vocales y consonantes.

- Vocales

Las vocales son sonidos que no presentan interrupción a la salida del aire pulmonar, carecen de ruido audible, suenan solas, son sonoras ya que los pliegues vocales están vibrando, siempre salen por la boca bien abierta y también todas son orales.

Hualde (1979) señala que las vocales se clasifican utilizando tres parámetros. Dos de ellos tienen que ver con la posición de la lengua: su altura y su desplazamiento hacia la parte anterior o posterior de la boca. El tercero se relaciona con la posición de los labios.

- Teniendo en cuenta la altura del dorso de la lengua podemos tener vocales altas, como /i/, /u/, vocales medias, como /e/, /o/; y vocales bajas, como la /a/.
- Según el desplazamiento hacia delante o hacia el velo, tenemos vocales anteriores /i/, /e/, una vocal central /a/, y vocales posteriores, como /o/, /u/.
- Según la posición de los labios, tenemos dos vocales redondeadas /o/, /u/ y tres no redondeadas /i/, /e/, /a/.

- Consonantes

Las consonantes presentan interrupciones en la salida del aire pulmonar, se acompaña de un ruido audible, requiere apoyo de una vocal y son sordas o sonoras. La producción de los sonidos consonánticos según Fernández (2005) se caracteriza por tener dos parámetros: el punto de articulación y el modo de articulación.

Punto de articulación: se refiere al lugar en el que los órganos articuladores se tocan o aproximan en función del punto de articulación un sonido consonántico en dirección antero-posterior, puede ser:

- Bilabiales: Intervienen los labios: /p/, /b/, /m/.
- Labiodentales: Interviene el labio inferior con incisivos superiores:
/f/
- Dentales: interviene el ápice de la lengua y diente: /d/, /t/
- Alveolares: interviene el ápice de la lengua y el alvéolo: /s/, /n/, /l/,
/r/, /ř/
- Palatales: interviene el dorso de la lengua y el paladar: /ll/, /ch/, /ñ/.
- Velares: interviene el dorso de la lengua con el velo del paladar: /g/,
/j/, /k/

Modo de articulación: hace referencia al modo según el cual el contacto o la aproximación tiene lugar efectivamente. El modo de articulación lo distinguimos a partir de la acción de los pliegues vocales, del velo palatino y del resto de articuladores supraglóticos. Según estos tenemos:

- Oclusivas: presentan cierre completo a la salida del aire: /b/, /d/, /g/, /p/, /t/, /k/.
- Fricativas: presentan cierre incompleto a la salida del aire: /f/, /s/, /ch/, /j/, /x/.
- Africadas: presentan sonidos mixtos, en las que hay oclusión más fricción: /z/.
- Nasales: el aire se desplaza por la boca y por las fosas nasales simultáneamente: /m/, /n/, /ñ/.
- Laterales: el aire se desplaza por los lados de la lengua: /l/ /ll/.
- Vibrante simple: la salida del aire produce una vibración /r/.
- Vibrante múltiple: la salida del aire produce doble vibración /r̄/.

2.2.5. Tartamudez

De acuerdo a la literatura revisada, la tartamudez es un trastorno del habla que afecta el proceso comunicativo debido a que las personas que tartamudean pueden repetir o alargar sonidos, sílabas o palabras, interrumpiendo de manera involuntaria el flujo normal del discurso a esto se suma que existen factores secundarios a la tartamudez propiamente dicha, tales como la ansiedad, el pensamiento y los sentimientos negativos hacia la comunicación. Para la Stuttering Foundation of America, (2015) la tartamudez es: “Un desorden de la comunicación, y se caracteriza por excesivas interrupciones involuntarias o bloqueos en la fluidez del habla, particularmente cuando dichas interrupciones

consisten en repeticiones o prolongaciones de un sonido o sílaba y cuando ellas van acompañadas de conductas de evitación con esfuerzo”.

De acuerdo a la severidad de tartamudez se presentan los concomitantes físicos, en los que se percibe que se realiza un esfuerzo al demostrar tensión sobre la musculatura cuando la persona tartamudea. De acuerdo con Wingate, (1964) “[...] las disrupciones se acompañan de actividades involuntarias del aparato del habla, relacionadas o no con estructuras corporales o pronunciaciones del lenguaje estereotipadas [...]”, actividades que denotan un esfuerzo durante el habla.

Según los diversos autores revisados se infiere que la tartamudez no sólo afecta la fluidez del habla, si no, también involucra aspectos emocionales tanto como los físicos y en muchos casos comienza durante la niñez y puede durar toda la vida.

A pesar de la variedad de la literatura y autores existentes que intentan dar una definición exacta de la tartamudez, hasta la fecha no hay un consenso para dar una definición universal, sin embargo quien revolucionó el estudio y tratamiento de la tartamudez fue Van Riper, (1973) quien menciona que: “la tartamudez es un desorden muscular, cuyo centro o núcleo consiste de pequeños retardos e interrupciones en la regulación de los complicados movimientos requeridos para el lenguaje”.

a. Características.

La tartamudez como trastorno universal de acuerdo a la ASHA afecta al 1% de la población. Generalmente comienza entre los dos y cinco años de edad, este inicio puede ser de forma gradual o de manera abrupta. Este trastorno afecta más a la población masculina que a la femenina y es más probable que se presente en familias en las que alguno de sus miembros la haya desarrollado (ASHA, 2014)

Según la ASHA, tras presentarse los primeros síntomas de la tartamudez, la intervención fonoaudiológica lo más cerca al inicio de la misma permite que se recupere el paciente casi en su totalidad, sin embargo si se trata luego de dos años, la remisión es en un 60% a 70%.

La persona que tartamudea ve afectada su comunicación fluente ya que su habla se ve perjudicada por la pérdida involuntaria del control sobre su fluidez, esta se ve caracterizada por la presentación de bloqueos, repeticiones o prolongamientos, esto se presenta al inicio de las sílabas y es más probable que tartamudee si hay complejidad gramatical en las palabras, de allí se desprende que la tartamudez también podría tener relación con la producción fonológica, lo que es mencionado por Spencer & Weber (2014), en su investigación: “La articulación del habla preescolar y la falta de habilidad para repetir palabras pueden ayudar a predecir la eventual recuperación o la persistencia de la tartamudez” concluyó que las habilidades fonológicas y de articulación del habla en los años preescolares deben ser considerados con otros factores predictivos como parte de una evaluación completa de los riesgos para el desarrollo de la tartamudez crónica.

La tartamudez varía de sujeto en sujeto, así mismo, genera en la persona que tartamudea estrés, ansiedad, miedo e incluso vergüenza para comunicarse por no poder hablar con facilidad y por el contrario realizar un esfuerzo al hablar.

b. Etiología

De acuerdo a la Stuttering Foundation existe una fuerte evidencia que la combinación de factores genéticos y ambientales podrían ser los responsables de la tartamudez. Drayna (2010) un punto muy importante que se refuerza con nuestros hallazgos es que el tartamudeo, en su base, es un trastorno biológico. También se sospecha de daño cerebral congénito al ser un factor predisponente en algunos casos. Sin embargo, en un gran número de niños que tartamudean no se encuentran antecedentes familiares, ni una clara evidencia de daño cerebral.

Estudios de imagen cerebral realizados en muchos laboratorios que reportan sus hallazgos a la Stuttering Foundation, indican que los adultos que tartamudean muestran distintas anomalías en algunas funciones del cerebro en contraste con las personas que no tartamudean, en tal sentido se encontró que en las personas que tartamudean existe una desactivación de centros sensoriomotores del hemisferio izquierdo y el exceso de activación homóloga en estructuras del hemisferio derecho durante un discurso disfluyente y uno fluente.

c. Factores de riesgo

Para poder medir el grado de riesgo para la tartamudez, el Protocolo de Riesgo para la Tartamudez de Desarrollo (Andrade, 2006) considera ciertos factores que colocan a los niños en situación de riesgo para la tartamudez.

Conocer estos factores permite evaluar si el niño debe seguir un tratamiento acorde con el tipo de disfluencia que presenta. Cuando el niño presenta uno o más factores de riesgo, se debe considerar la posibilidad de que desarrolle esta condición. Líneas más abajo describimos los factores de riesgo para la tartamudez de acuerdo a la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA, 2015).

- Historia familiar

Las investigaciones actuales demuestran que casi la mitad de todos los niños disfluentes tienen un familiar que tartamudea. El riesgo de que la tartamudez sea persistente es mayor si ese miembro de la familia sigue tartamudeando, sin embargo, el riesgo es menor si ese miembro de la familia superó la tartamudez en la infancia (Andrade 2009).

- Edad de inicio

Si la edad de inicio de la tartamudez ocurre antes de los tres años y medio entonces hay mayor posibilidad para que el niño se recupere, así mismo existe una mayor posibilidad de recuperación en seis meses, si el niño comienza a tartamudear antes de los tres años de edad. Yairi y Ambrosse (1992) afirma que: *“la edad de comienzo de la tartamudez en el 65% de los casos ocurre antes de los tres años de edad, porcentaje que sube hasta el 85% a los tres años y medio”*.

- Tiempo transcurrido desde el inicio

Entre el 75% y el 80% de todos los niños que empiezan a tartamudear muestran una mejoría entre doce y veinticuatro meses sin terapia del habla e incluso en condiciones adversas (modelos inadecuados, correcciones sobre el habla). Sin embargo cuando el niño ha tartamudeado por más de seis meses, una recuperación por sí mismo es menos probable sin un tratamiento. (Stuttering Foundation 2004)

- Sexo

Las estadísticas señalan que de acuerdo al sexo, las niñas tienen más probabilidades de superar la tartamudez que los niños. De hecho, uno de cada cuatro niños se recupera durante la primera infancia. Hay diferencias innatas entre el habla de niños y niñas y las habilidades del lenguaje. En segundo lugar, durante este mismo período los padres, miembros de la familia y otras personas a menudo reaccionan frente a los niños de manera diferente que frente a las niñas. Por lo tanto, es posible que más niños tartamudeen que las niñas debido a las diferencias básicas en las capacidades y las diferencias en sus interacciones con los demás (Yairi y Ambrose 1992)

- Otros factores de habla y lenguaje.

Nuevas investigaciones señalan que los niños que han presentado un retraso en el desarrollo del habla y del lenguaje podrían incrementar la posibilidad de desarrollar tartamudez a diferencia de los niños cuyas habilidades se han desarrollado normalmente. En tal sentido, si un niño

presenta dificultades del habla como sustituciones, omisiones y distorsiones y además tiene problemas para seguir instrucciones, la recuperación de un habla fluente podría verse limitada. (Stuttering Foundation 2007)

2.3. Definición de términos básicos

- Bloqueo.- se manifiesta cuando la boca está en posición para emitir un sonido, algunas veces durante varios segundos, llegando a emitir sólo un sonido parcial o sin emitir sonido alguno. Después de un esfuerzo, es posible que la persona complete la palabra.
- Distorsión.- viene a ser la producción aproximada de un fono lo cual permite su identificación con el fono patrón, compromete la inteligibilidad del habla.
- Habla.- es la representación motora del lenguaje. Para un habla normal se necesita de la integridad y de la integración de la cognición con el sistema neuromuscular y músculo - esquelético.
- Omisión.- al no poder reproducir el fono, el niño deja de producirlo, es notable en los sífonos y en grupos consonánticos (pato por plato) y (vede por verde).
- Prolongación de sonido.- Dificultad en pasar un sonido y se produce un alargamiento de sonido hasta que sea capaz de completar una palabra.
- Repetición.- duplicación de un fonema o de un elemento diptongo.
- Sustitución.- al no poder reproducir determinado fono, por lo general, el niño lo reemplaza por el fonema más cercano en cuanto al punto de

articulación (cato por gato) o el más parecido auditivamente (tomo por cómo).

- Tartamudez.- es una alteración de la comunicación, específicamente de la fluidez del habla, con muchas manifestaciones y cuyas características principales son: repetición involuntaria, prolongación o bloqueo de una palabra o parte de una palabra y también reacciones fisiológicas comportamentales.

CAPÍTULO III MÉTODO

3.1. Enfoques de la investigación

El método desarrollado en la presente investigación es el cualitativo, está orientado a describir, analizar e interpretar sistemáticamente la evaluación de la producción del habla en personas diagnosticados con tartamudez en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL).

3.2. Tipo y diseño de investigación

El tipo de estudio desarrollado en nuestra investigación es sustantivo descriptivo orientado al conocimiento de la realidad presentada en un determinado espacio y tiempo, identificando y describiendo la evaluación de la producción del habla en personas diagnosticados con tartamudez en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL).

3.3. Población y selección de la muestra

La población está conformada por todos los niños diagnosticados con tartamudez en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL) en el año lectivo 2014, cuya edad oscila entre los 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses, y sobre la base de un muestreo no probabilístico de tipo intencional o criterial. De esta población que asciende a 31 sujetos se ha obtenido una muestra de 13 participantes debido a que presentan dificultades de habla y motricidad orofacial, con perjuicio de su articulación.

La muestra se obtuvo luego de entregar un cuestionario a las terapeutas, las cuales indicaron a los niños que en la evaluación de ingreso figuraban como niños portadores de tartamudez y que a su vez portaban dificultades en la producción de habla (sonidos).

- Criterios de inclusión: niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses diagnosticados con tartamudez y que presenten alteraciones en la producción del habla.
- Criterios de exclusión: niños menores de 5 años y 6 meses, niños mayores de 9 años, niños con tartamudez y que no presenten alteraciones en el habla.

3.4. Operacionalización de variables

Las variables de estudio son las siguientes:

Características de la producción del habla

- Omisión.

- Sustitución.
- Distorsión.

Características de la tartamudez

- Tipologías de las disfluencias
- Concomitantes físicos
- Velocidad del habla
- Sentimientos y actitudes del habla

3.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

El instrumento utilizado en nuestra investigación es el Protocolo Miofuncional Orofacial MBGR, que ha sido elaborado a partir de otros protocolos utilizados en motricidad orofacial, el objetivo es evaluar, diagnosticar y establecer un pronóstico en motricidad orofacial. Así mismo, para evaluar la disfluencia en los sujetos que forman parte de la muestra se aplicó el Protocolo de Evaluación de la Fluencia de Cristiane Oliveira, dicho protocolo ha sido elaborado en base al Protocolo de Fluidéz de Andrade y Riley.

Ficha técnica: Protocolo Miofuncional Orofacial – MBGR

Autores	Marchesan IQ, Berretin-FelixG, GenaroKF, Rehder MI
Traducido por el equipo de habla de CPAL	Mónica Paredes - Lydia Fernández
Año de creación	2014
País de procedencia	Brasil
Ámbito de aplicación	Niños y adultos
Números de ítems	Comprende 5 subtest: <ul style="list-style-type: none">• Aspecto fonético - fonológico (nominación espontánea)• Aspecto fonético – fonológico (nominación de figuras)• Coordinación motora del habla• Habla espontánea• Repetición de sílabas.
Calificación	Prueba cualitativa, donde se obtienen registros perceptivos audibles de habla.
Significación	Evaluar las alteraciones fonéticas del habla por omisión, sustitución, distorsión de los fonos.
Materiales	Paquímetro, cámara filmadora, guantes quirúrgicos y bajalenguas.
Tiempo	45 minutos aproximadamente

Ficha técnica: Protocolo de Evaluación de la Fluencia de Cristiane Oliveira

Autores	Cristiane Moco Canhetti de Oliveira	
Traducido por	Lydia Fernández	
Año de creación	2013	
País de procedencia	Brasil	
Ámbito de aplicación	Niños y adultos	
Disfluencias Típicas de la Tartamudez (mínimo 3%)	Otras Disfluencias	Manifestaciones Clínicas
Repetición de palabra monosilábica	Repetición de palabra no monosilábica	Concomitantes físicos: <ul style="list-style-type: none"> • Sonidos dispersivos • Movimientos faciales • Movimientos de cabeza • Movimientos de las extremidades.
Repetición de sílaba	Repetición de frase o segmento	Velocidad del habla: aumentada o disminuida.
Repetición de sonido	Hesitación Interjección Reformulación Palabra no terminada	Sentimientos y actitudes: <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Tristeza • Inseguridad • aislamiento social
Prolongación		
Bloqueo		
Pausa		
Intrusión		

Números de ítems	Comprende 4 ítems: <ul style="list-style-type: none"> • Tipología de las disfluencias • velocidad del habla • Frecuencia de ruptura • Concomitantes físicos
Calificación	Prueba cuantitativa, donde se obtienen registros perceptivos audibles del habla. Los datos son procesados en base al conteo de 200 sílabas fluentes.
Significación	Evaluar la tipología de las disfluencias, velocidad del habla, frecuencia de ruptura y concomitantes físicos
Materiales	Cámara filmadora, laptop.
Tiempo	20 a 30 minutos aproximadamente

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

Los resultados encontrados en la presente investigación han sido obtenidos partiendo de la muestra conformada por 13 niños, de los cuales son 9 niños y 4 son niñas. Se aplicó el Protocolo de habla MBGR y el Protocolo de fluencia de Cristiane Oliveira en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL). A continuación se presentan las siguientes tablas.

Tabla 1
Distribución de la muestra según edad y sexo

Edad	Niños	%	Niñas	%
5 años y 6 meses – 7 años y 6 meses	7	53.8	2	15.4
7 años y 7 meses - 8 años y 6 meses	0	0	1	7.7
8 años y 7 meses – 9 años y 0 meses	2	15.4	1	7.7
Total	9	69.2	4	30.8

En la tabla 1 se observa que la muestra está constituida por 13 sujetos, de los cuales 9 son niños y 4 son niñas, extraídos por muestreo no probabilístico de tipo intencional, atendiendo al criterio de edad cronológica de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses diagnosticados con tartamudez y con problemas de habla en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL), del período agosto a diciembre del año 2014.

Tabla 2
Evaluación de las estructuras orofaciales

Posición habitual	Labios	
	f	%
Ocluidos	8	61.5
Entreabiertos	5	38.5
Total	13	100

En la tabla 2 se observa que de los 13 sujetos, 5 presentan labios entreabiertos. Lo que podría ocasionar que referidos al habla presenten una alteración de origen músculo esquelético.

Tabla 3
Evaluación de las estructuras orofaciales

Características	Lengua					
	Tono		Frenillo		Posición habitual	
	f	%	f	%	f	%
Adecuado	7	53.8	12	92.3	7	53.8
Alterado	6	46.2	1	7.7	6	46.2
Total	13	100	13	100	13	100

En la tabla 3 se observa que al evaluar la lengua, la mayoría de sujetos presentan frenillo lingual adecuado, solo 1 participante presenta frenillo alterado. Es importante destacar que de los 13 sujetos evaluados, 7 de ellos presentan el tono adecuado; así mismo otros 7 presentan una posición habitual de la lengua adecuada, lo que podría significar que estos sujetos tienen condiciones para hablar adecuadamente; mientras el otro grupo podría presentar alguna alteración en cuanto al tono y a la posición habitual de la lengua.

Tabla 4
Características de la producción fonética considerando el punto de articulación

Características	Fonos bilabiales					
	/p/		/b/		/m/	
	f	%	f	%	f	%
Adecuado	13	100	13	100	13	100
Omisión	0	0	0	0	0	0
Sustitución	0	0	0	0	0	0
Distorsión	0	0	0	0	0	0
Total	13	100	13	100	13	100

En la tabla 4 se observa que, los 13 sujetos presenta una producción adecuada de los fonos /p/, /m/ y /b/ estas características se identifican en la producción del habla espontánea, automática y nominación de figuras. Cabe señalar que esto podría estar relacionado con el tono adecuado de las estructuras orofaciales que se encuentran adecuadas en la mayoría de los sujetos de la muestra.

Tabla 5
Características de la producción fonética considerando el punto de articulación

Características	Fono labiodental	
	/f/	
	f	%
Adecuado	12	92.3
Omisión	0	0
Sustitución	1	7.7
Distorsión	0	0
Total	13	100

En la tabla 5 se observa que, 12 sujetos de la muestra emiten en forma adecuada el fono /f/ y 1 sujeto lo sustituye asistemáticamente. Lo que señala que este sujeto podría presentar una alteración de origen fonético - fonológico.

Tabla 6
Características de la producción fonética considerando el punto de articulación

Características	Fonos dentales			
	/t/		/d/	
	f	%	f	%
Adecuado	10	76.9	10	77.9
Omisión	0	0	0	0
Sustitución	0	0	1	7.7
Distorsión	3	23.1	2	15.4
Total	13	100	13	100

En la tabla 6 se observa que, 10 sujetos de la muestra logran producir el fono /t/ y /d/ adecuadamente, en tanto que 3 sujetos distorsionan el fono /t/ y 2 sujetos el fono/d/. Respecto a la sustitución del fono /d/, 1 sujeto lo sustituye. Lo

que podría significar que estos sujetos presentan una alteración del habla de origen fonético.

Tabla 7
Características de la producción fonética considerando el punto de articulación

Características	Fonos alveolares									
	/s/		/l/		/r/ Vibrante Simple		/r/ Vibrante Múltiple		/n/	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	Adecuado	9	69.2	11	84.6	7	53.8	7	53.8	11
Omisión	0	0	0	0	1	7.7	0	0	0	0
Sustitución	0	0	0	0	3	23.1	3	23.1	0	0
Distorsión	4	30.8	2	15.4	2	15.4	3	23.1	2	15.4
Total	13	100	13	100	13	100	13	100	13	100

En la tabla 7 se observa que, 9 sujetos de la muestra logran producir adecuadamente el fono /s/ y 4 sujetos lo distorsionan. Respecto al fono /l/ y /n/ 11 sujetos de la muestra logran una producción adecuada, en tanto que 2 sujetos lo distorsionan. En cuanto al fono /r/ vibrante simple se encuentra que, 4 sujetos de la muestra lo producen adecuadamente, 1 sujeto lo omite, 5 sujetos lo sustituyen y 3 sujetos lo distorsionan. Respecto al fono /r/ vibrante múltiple, 5 sujetos lo producen adecuadamente, 5 sujetos lo sustituyen y 3 sujetos lo distorsionan. De los resultados se desprende que las dificultades que se presentan en la producción de los fonos alveolares podrían estar relacionadas con la tonicidad de los músculos de la lengua, lo que significaría una alteración de origen músculo - esquelético.

Tabla 8
Características de la producción fonética considerando el punto de articulación

Características	Fonos palatales					
	/ch/		/ll/		/ñ/	
	f	%	f	%	f	%
Adecuado	12	92.3	13	100	13	100
Omisión	0	0	0	0	0	0
Sustitución	0	0	0	0	0	0
Distorsión	1	7.7	0	0	0	0
Total	13	100	13	100	13	100

En la tabla 8 se observa que, 12 sujetos de la muestra emiten apropiadamente el fono /ch/ y 1 sujeto lo distorsiona. Respecto al fono /ll/ y /ñ/ los 13 sujetos de la muestra emiten adecuadamente ambos fonos. Dichos resultados significaría que los sujetos de la muestra presentarían condiciones adecuadas para producir estos fonos.

Tabla 9
Distribución de la producción fonética según el punto de articulación

Características	Fonos velares					
	/k/		/g/		/j/	
	f	%	f	%	f	%
Adecuado	13	100	11	84.6	12	92.3
Omisión	0	0	0	0	0	0
Sustitución	0	0	2	15.4	1	7.7
Distorsión	0	0	0	0	0	0
Total	13	100	13	100	13	100

En la tabla 9 se observa que, 13 sujetos de la muestra producen adecuadamente el fono /k/. Respecto al fono /g/ se encontró que, 11 sujetos de la muestra lo producen de manera adecuada y 2 sujetos lo sustituyen. En cuanto al fono /j/, 12 sujetos lo emiten en forma adecuada y 1 sujeto lo sustituye. Los resultados señalan que, en su mayoría, los sujetos logran realizar adecuadamente el gesto motor para cada fono velar.

Tabla 10
Características de disfluencias típicas de la tartamudez

Características	DTT													
	R.P.M.		R.Son.		R.Síl.		Prol.		B.		Pau.		Intrus.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausente	4	30.8	12	92.3	11	84.6	9	69.2	11	84.6	7	53.8	13	100
Presente	9	69.2	1	7.7	2	15.4	4	30.8	2	15.4	6	46.2	0	0
Total	13	100	13	100	13	100	13	100	13	100	13	100	13	100

En la tabla 10 se observa que, de acuerdo a las características de las disfluencias típicas de la tartamudez, 9 sujetos repiten palabras monosilábicas, 1 sujeto repite sonidos, 2 sujetos repiten sílabas, 4 sujetos presentan prolongaciones, 2 sujetos bloquean, 6 sujetos realizan pausas, y ningún sujeto presenta intrusiones. El bajo índice de estas disfluencias típicas de la tartamudez podrían indicar que la promoción de la fluencia está en proceso.

Tabla 11
Características de otras disfluencias

	OT											
	R.P.N.M.		R.F.S.		H.		Interj.		Refor.		P.N.Term.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausente	11	84.6	12	92.3	6	46.2	10	76.9	8	61.5	12	92.3
Presente	2	15.4	1	7.7	7	53.8	3	23.1	5	38.5	1	7.7
Total	13	100	13	100	13	100	13	100	13	100	13	100

En la tabla 11 se observa que, de acuerdo a las características de otras disfluencias de la tartamudez, 2 sujetos repiten palabras no monosilábicas, 1 sujeto presenta repetición de frases o segmentos, 7 sujetos presentan hesitaciones, 3 sujetos presentan interjecciones, 5 sujetos presentan reformulaciones y 1 sujeto presenta palabra no terminada. El bajo porcentaje de otras disfluencias podría descartar que fonológicamente alguno de los sujetos presente alguna alteración.

Tabla 12
Características de la tartamudez

Características	Manifestaciones Clínicas							
	Concomitantes Físicos							
	Movimientos de las extremidades		Movimientos de cabeza		Movimientos faciales		Sonidos dispersos	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ausente	13	100	13	100	8	61.5	13	100
Presente	0	0	0	0	5	38.5	0	0
Total	13	100	13	100	13	100	13	100

En la tabla 12, de acuerdo a las características de la tartamudez, respecto a los concomitantes físicos se observa que 13 sujetos de la muestra no realizan

movimientos de las extremidades, movimientos de cabeza ni sonidos dispersos. Estos resultados indicarían que al haber pocos movimientos musculares involuntarios asociados a las difluencias típicas de la tartamudez los sujetos presentarían una tartamudez recuperada o en proceso de alta del tratamiento. En cuanto a los movimientos de faciales se observa que 5 sujetos los realizan.

Tabla 13
Características de la tartamudez

Características	Manifestaciones Clínicas					
	Tasa de Elocución					
	Aumentada		Adecuada		Reducida	
	f	%	f	%	f	%
Si	3	23.1	8	61.5	2	15.4
No	10	76.9	5	38.5	11	84.6
Total	13	100	13	100	13	100

En la tabla 13 se observa que de acuerdo a las características de la tartamudez, respecto a la tasa de elocución, 8 sujetos presentan una tasa de elocución adecuada, 3 sujetos presentan un aumento y en 2 sujetos es reducida. De los resultados se evidencia la relación entre la disminución de las disfluencias típicas de la tartamudez con el habla pausada, en la que se disminuye la velocidad del habla para lograr un habla más fluente.

Tabla 14
Características de la tartamudez

Características	Manifestaciones Clínicas							
	Sentimientos y Actitudes							
	Ansiedad		Tristeza		Inseguridad		Aislamiento Social	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausente	11	84.6	13	100	10	76.9	13	100
Presente	2	15.4	0	0	3	23.1	0	0
Total	13	100	13	100	13	100	13	100

En la tabla 14 se observa que de acuerdo a las características de la tartamudez, respecto a sentimientos y actitudes, 11 sujetos no presentan ansiedad, 13 sujetos no presentan tristeza, 10 sujetos no presentan inseguridad y 13 sujetos no presentan aislamiento social. El alto número de sujetos, que no presentan alguno de estos sentimientos y actitudes afectados por la tartamudez, podría indicar que el aspecto emocional ha sido abordado por la terapeuta de manera adecuada o que los sujetos han logrado manejar estos sentimientos y actitudes a pesar de su tartamudez.

4.2. Discusión

La presente investigación pretende establecer si los niños diagnosticados con tartamudez también presentan dificultades de habla. Luego, de realizar la exploración en la población de sujetos que asisten a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje (CPAL), se aplicó el Protocolo de habla MBGR de Marchesan y el Protocolo de fluencia de Cristiane Oliveira.

En los resultados se observa que, los fonos velares /g/ y /j/ no se producen adecuadamente, siendo el hallazgo que ambos fonos son sustituidos. Así mismo, los fonos dentales /t/ y /d/ no se producen adecuadamente, siendo los errores de distorsión los más frecuentes. Con respecto al fono labiodental /f/, se observa que es sustituido. En la producción de los fonos alveolares fonos /r/ vibrante simple y /r/ vibrante múltiple, se observa que las sustituciones son las de mayor incidencia, seguidas de distorsiones y omisiones. Estos hallazgos se relacionan con lo dicho por Spencer y Weber (2014) quienes sugirieron que: “las habilidades de la articulación del habla en los años preescolares deben ser consideradas como parte de una evaluación de los riesgos para el desarrollo de la tartamudez”.

Por otro lado se encontró distorsión de los fonos /s/, /l/, /n/ y /ch/. De acuerdo a los datos recogidos con el protocolo MBGR respecto al tono y movilidad de la lengua, se observa que la mayoría de sujetos que presentan dificultades de habla, presentan también la posición de lengua baja y anteriorizada siendo esta condición, una de las probables causas de los errores en la producción de los fonos anteriormente descritos. Dicha alteración se puede correlacionar con la investigación de Fajardo y Harm (2014) quienes también hallan alteraciones en la producción de habla de origen músculo esquelético, siendo frecuentes las distorsiones, seguidas por las sustituciones y las omisiones.

Los resultados señalan que los niños diagnosticados con tartamudez presentan dificultades de habla y se encuentra mayor incidencia en las distorsiones, seguidas de las sustituciones y omisiones. Lo que concuerda también

con los hallazgos de Dmitric, Veselinovic y Mitrovic (2015) los que señalan a las distorsiones como las más frecuentes, seguidas de las omisiones y las sustituciones.

Las características de la tartamudez en el momento de la evaluación demostraron que, en cuanto a las manifestaciones clínicas estas no se encontraron significativamente alteradas, es decir que estos aspectos no se perciben alterados en su mayoría

Referidas a las características de disfluencias típicas de la tartamudez (DTT), las más frecuentes son las repeticiones monosilábicas, seguidas de las pausas, prolongaciones, bloqueos, repetición de sílabas, repetición de sonidos y las intrusiones que se encuentran ausentes en los sujetos evaluados. Con referencia a estos hallazgos Castro y Manrique (2013) también señalan que las repeticiones y pausas son las más frecuentes; no encontrando las intrusiones en los sujetos de estudio.

Por otro lado, las características de otras disfluencias, (OT) las más frecuentes son las hesitaciones, seguidas de las revisiones, interjecciones, repetición de palabra no monosilábica y la repetición de parte de frase junto con la presencia de palabra no terminada. Lo que concuerda con los hallazgos de Castro y Manrique (2013), las que señalan a las vacilaciones como las más frecuentes, seguidas de las revisiones y repetición de palabras.

Es probable que los hallazgos reflejen mínima presencia de disfluencias típicas de la tartamudez (DTT) y escasos concomitantes físicos, estos referidos a los movimientos faciales, ya que los otros concomitantes no están presentes. Lo que se relaciona con los resultados presentados en la investigación de Andrade, Menguetti, Sassi y Bertini (2001), quienes también hayan movimientos faciales como concomitantes físicos en mayor incidencia respecto a los otros concomitantes. Lo que reflejaría la efectividad de las intervenciones terapéuticas en la reducción de los concomitantes físicos en los niños asistentes a terapia de fluencia.

La presente investigación puede indicar la existencia de una tartamudez asociada a otros disturbios como los fonológicos. Estos resultados se relacionan con los hallazgos de Arndt e Healey (2001 citado en Andrade, 2002) quienes hallaron una menor incidencia de tartamudez asociada a otros disturbios fonológicos y de retraso del lenguaje, en comparación con una mayor incidencia de tartamudez simple.

En cuanto a la posible relación entre las dificultades de habla y tartamudez, los resultados de la presente investigación demuestran que no hay una relación entre ambas dificultades. Lo que se relaciona con los resultados obtenidos por Clark, Conture, Hualden y Lambert (2013) quienes concluyeron que no hay una relación aparente entre la articulación de sonidos y tartamudez.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

1. Conclusiones

- Los niños diagnosticados con tartamudez presentan dificultades de habla las cuales se manifiestan en una mayor incidencia de distorsiones, seguidas de sustituciones y omisiones.
- Las características de las disfluencias típicas de la tartamudez (DTT) y concomitantes físicos se presentan en menor incidencia probablemente por las adecuadas técnicas que se aplican en CPAL y por la terapia que reciben.
- La velocidad del habla y los sentimientos y actitudes en los niños que presentan tartamudez no se perciben afectados, debido al tiempo de permanencia en la terapia de fluencia.

- Los fonos afectados en los niños que presentan tartamudez no guardan relación con el momento de ocurrencias de las disfluencias típicas de la tartamudez (DTT), especialmente en los bloqueos.

2. Sugerencias

- Realizar una investigación similar que no exceda los tres meses de intervención terapéutica en fluencia.
- Realizar una investigación que relacione las probabilidades de recuperación de la tartamudez, a cargo de fonoaudiólogos especialistas en trastornos del lenguaje, en sujetos en los que se presenten dificultades a nivel fonológico.
- Realizar una investigación cuando la comunidad científica cuente con más hallazgos que relacionen las dificultades del habla con las dificultades de tartamudez.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

American Speech-Language-Hearing Association, (2014). *Tartamudez*.

Recuperado de <http://www.asha.org/public/speech/disorders/La-Tartamudez/>

Andrade, C. F. (2009). *Gagueira infantil: risco, diagnostico e programas terapéuticos*. Sao Paulo. Pro-fono.

Bazan, Jimenez & Yaringaño, (2009). Trastornos del habla de tipo fonético en niños de 6 a 7 años, institucionalizados y niños que asisten a una institución educativa estatal. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú Escuela de Posgrado, Lima.

Busto, I. (2003). *La voz. La Técnica y la expresión*. Barcelona: Editorial Paidotribo.

Castro & Manrique, (2013). Perfil de la fluidez del habla en niños de 5 y 6 años en instituciones educativas estatales de tres distritos de Lima. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú Escuela de Posgrado, Lima.

Clark, Conture, Walden y Lambert (2013). Habilidades de articulación del habla de niños de edad preescolar que tartamudean. Recuperado el 20 de abril de 2016, de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3868004/>

Dmitric, Veselinovic y Mitrovic (2015). Trastornos de la articulación en idioma serbio en niños con patología del habla. Recuperado el 27 de abril 2016, de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26234024>

Drayna, D. (2010). Identificada la base genética de la tartamudez. Recuperado el 10 de marzo de 2014, de

<http://www.cnn.com/2010/HEALTH/02/10/stuttering.genes.cell/>

Faúndez, M. (2000). *Tratamiento digital de voz e imagen y aplicación a la multimedia*. Editores Boixareu.

Fajardo y Harm (2014). Características en la producción del habla en niños de 6 a 7 años con frenillo lingual alterado de la I E Liceo Naval “Almirante Guise”. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú Escuela de Posgrado, Lima.

Fernández, A. (2005). Así se habla. *Nociones fundamentales de la fonética general y española*. 1er Edición. Barcelona. Horsori Editorial .S.L

Fundación Americana de la Tartamudez. *Disfluencia o tartamudez*. Disponible en URL: <http://www.tartamudez.org/content/disfluencia-o-tartamudez> (Última consulta 3 de marzo de 2015)

Gómez, D. (2015). La teoría universalista de Jakobson y el orden de adquisición de los fonemas en la lengua española. Centro virtual Cervantes. Universidad de Sevilla. Recuperado el 5 de marzo de 2015 de http://cvc.cervantes.es/literatura/cauce/pdf/cauce16/cauce16_02.pdf

Hualde, J. (2010). *Introducción a la lingüística hispana*. 2da. Edición. New York. Cambridge University Press.

Le Fuche, F. (1993). *Anatomía y fisiología de los órganos de la voz y el habla*. Barcelona: Masson 2da edición.

Ling, D. (2002). *El maravilloso sonido de la palabra: programa auditivo verbal para niños con pérdida auditiva*. México: Editorial Trillas.

Marchesan, I. (2002). *Fundamentos de la fonoaudiología*. Rio de Janeiro: Editorial medica Panamericana S.A.

Marchesan, I. (2002) *Distúrbios Mio funcionais Orofaciais na Infância*. Brasil: CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia.

Marchesan, I. (2005). O que são e como tratar as alterações de fala de origem fonética. In A. Britto, Livro de Fonoaudiologia (p. 460). Sao Pablo: Pulso.

Mendoza, A., & Chavarría, C. (1998). Manual de fonética. Lima: Concytec.

Nicolosi, L & otros (1996), *Vocabulário dos distúrbios da comunicação: Fala, Linguagem e Audição*. Porto Alegre – Brasil. Ed Artes Médicas.

Reiriz Palacios, Julia, Portal de salud la Enfermera Virtual. Recuperado el 12 junio de 2015.

<https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/97/Sistema%20respiratorio.pdf?1358605430>

Spencer & Weber, (2014). La articulación del habla preescolar y la falta de habilidades para la repetición de palabras pueden ayudar a predecir la eventual recuperación o la persistencia de la tartamudez. Recuperado el 15 de agosto de 2015

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Preschool+speech+articulation+and+nonword+repetition+abilities+may+help+predict+eventual+recovery+or+persistence+of+stuttering%5B>

Stuttering foundation of America. (2007). Guía para padres: niños que tartamudea.

7ta Ed. Memphis.

Yairi & Ambrosse. (1992). La Tartamudez y la Medicina. Recuperado el 2 de junio de 2015, de <http://mitartamudez.blogspot.pe/2007/07/pronstico-de-la-tartamudez.html>

Van Riper, Ch. (1973). The treatment of stuttering. New Jersey: Prentice Hall. Página oficial de la asociación iberoamericana de la Tartamudez. Recuperado el 13 de octubre de 2014, de <http://www.ttmib.org/VanRiper.html>

Wingate, M.E. (1964). A standard definition of Stuttering. Journal of Speech and Hearing Disorders. Recuperado el 13 de octubre de 2014, de <http://www.ttmib.org/ttm2.html>

Zorzi, J. (2002). Distinguiendo alteraciones del habla. CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Recuperado el 8 de julio 2015, de <http://www.cefac.br/library/artigos/38d6434cc634a8b3f448c6ebfe966320.pdf>

Zemlin, W. (2000). *Principios de anatomía e fisiología em fonoaudiologia*. 4ta Ed. Sao Paulo. Artmed Editora.

ANEXOS

Lima, 10 de diciembre del 2014

Señora

Mónica Albán

Coordinadora del departamento de tratamiento del CPAL

ASUNTO: Entrega de Cartas de consentimiento informado

Tengo el agrado de dirigirme a usted para hacerle llegar las copias de las autorizaciones del consentimiento informado de los niños que se han evaluado como parte de la muestra de la Tesis: Dificultades de habla y tartamudez en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses asistentes a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL) cuya asesora de contenido es Lydia Fernández y el asesor metodológico es Mario Bulnes.

Es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de nuestra especial consideración y estima personal.

Atentamente;

Marianella Solari Saldivar

Nancy Trujillo Mori

“Dificultades de habla y tartamudez en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses asistentes a terapia de fluencia en el centro peruano de audición, lenguaje y aprendizaje (CPAL)”

1. Justificación

Esta investigación permitirá comprender las dificultades de habla y tartamudez en la producción del habla considerando aspectos que afectan los patrones de producción de los sonidos que intervienen en el habla tales como omisiones y sustituciones, distorsiones.

Así mismo el estudio se justifica en razón a que no existen en nuestro medio, investigaciones sobre esta temática de tal manera que los resultados, van a contribuir a conocer y comprender la producción del habla en personas que presenten tartamudez.

2. Descripción

2.1. Método

El método utilizado en la presente investigación es el descriptivo, está orientado a describir, analizar e identificar sistemáticamente las dificultades de habla y tartamudez en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses asistentes a terapia de fluencia en el centro peruano de audición, lenguaje y aprendizaje (CPAL)”

2.2. Muestra

2.2.1. Edad: Niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses

2.2.2. Sexo: Masculino y femenino

2.2.3. Cantidad de la muestra: Entre 13 sujetos

2.2.4. Criterios Inclusión:

- Sujetos diagnosticados con tartamudez
- Sujetos mayores a 5 años y menores de 9 años y un mes.

2.2.5. Criterios de Exclusión

- Sujetos que presenten otros trastornos
- Sujetos mayores a 9 años y menores de 5 años

2.3. Variables de estudio

Las variables de estudio son las siguientes:

- Omisión
- Sustitución
- Distorsión
- Tipologías de las disfluencias
- Concomitantes físicos
- Velocidad de habla
- Sentimientos y actitudes de habla

2.4. Instrumentos

- Protocolo de motricidad Orofacial de Irene Marchesan. MBGR
- Protocolo de Fluencia de Cristiane Oliveira
- Videos de diez minutos de cada sujeto

Especialista: _____

Lima, ____ de agosto de 2014

Estimada _____:

Le hacemos llegar a través de esta carta nuestro más cordial saludo y a su vez tenga a bien brindarnos la siguiente información para la ejecución la **Tesis:** Dificultades de habla y tartamudez en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses asistentes a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL) cuya asesora de contenido es Lydia Fernández y el asesor metodológico es Mario Bulnes.

Datos Solicitados:

Número de niños tratados con tartamudez en cuyo informe se puntualice que estos niños presentan dificultades de articulación. Adjuntamos ficha para completar los datos.

Desde ya agradecemos su gentil colaboración, sin otro particular quedamos de usted esperando su pronta respuesta.

Atentamente

Marianella Solari Saldivar

Nancy Trujillo Mori

Tesis: Dificultades de habla y tartamudez en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses asistentes a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL)

Nombre del Paciente	Edad	Horario de atención	Indicaciones de habla que figuran en el informe

¡Gracias por su Colaboración!



Lima, _____ de noviembre del 2014

Señores Padres de Familia:

Tenemos el agrado de dirigirnos a ustedes para hacer de su conocimiento que las suscritas, estamos realizando la **Tesis: Dificultades de habla y tartamudez en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses asistentes a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL)**, para optar el grado de Magister en Fonoaudiología. Motivo por el cual solicitamos su consentimiento para poder evaluar el habla de su menor hijo en las instalaciones de CPAL en el día y hora que será coordinado previamente con ustedes y que no perjudicará la realización de la sesión de terapia.

Sobre el particular, debemos indicarle que los datos recopilados se manejarán en estricta reserva, garantizando que los datos serán tratados en forma anónima tal y como se estila deontológicamente en estudios de esta naturaleza, los cuales servirán para un mejor tratamiento de este tipo de problemática.

Así mismo adjuntamos la autorización para que ustedes den el consentimiento y se nos permita considerar a su menor hijo como parte de la muestra.

Es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de nuestra especial consideración y estima personal.

Atentamente

Marianella Solari Saldivar

Nancy Trujillo Mori

Lima, _____ de noviembre del 2014

Consentimiento Informado

Yo _____, identificado(a)
con DNI N° _____ autorizo se evalúe a mi menor hijo(a)
_____ identificado(a) con DNI
N° _____, como parte de la muestra de la tesis: **Dificultades de habla y tartamudez en niños de 5 años y 6 meses a 9 años y 0 meses asistentes a terapia de fluencia en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL)**, presentada por las alumnas: Solari Saldivar, Marianella y Trujillo Mori, Nancy; como parte de la investigación para optar el grado de Magister, las cuales se han comprometido a guardar la confidencia que el caso requiere.

Atentamente

Nombre y firma

Examen Miofuncional Orofacial - MBGR

Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF, Rehder MI

Traducido por el Equipo de Habla del CPAL
Mónica Paredes – Lydia Fernández

Nombre y apellidos: _____ N° _____
Fecha de examen: ___/___/___ Edad: ___ años y ___ meses Nac: ___/___/___

1. EXAMEN INTRAORAL [] Sumar las puntuaciones de labios, lengua, mejillas, paladar, tonsilas, dientes en oclusión (mejor resultado = 0 y peor = 58)

Labios [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 5)

Mucosa interna:	(0) normal	(1) con marcas dentarias	(2) con heridas
Frenillo superior:	Fijo en el reborde alveolar:	(0) adecuado	(1) baja
	espesura: (0) adecuada	(1) alterada (<i>describir</i>): _____	

Observación: _____

Lengua [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 17)

Posición habitual:	<input type="checkbox"/> no observable	(1) en el suelo	(1) punta baja y dorso alto	(1) interdental: _____	
Simetría:	(0) si	(1) no (<i>describir</i>): _____			
Ancho:	(0) adecuada	(1) disminuida	(2) aumentada		
Altura:	(0) adecuada	(1) aumentada			
Mucosa:	(0) normal	(1) geográfica	(1) fisurada	(2) con herida (<i>local</i>): _____	
	(1) marcada por dientes (<i>local</i>): _____		(1) marcada por aparato (<i>local</i>): _____		
Frenillo:	extensión:	(0) adecuada	(1) largo	(1) corto	
	Fijación en la lengua:	(0) parte media	(1) entre la parte media y el ápice	(2) en el ápice	
	fijación en el suelo:	(0) entre las carúnculas	(1) en la cresta alveolar		
	otras características:	(0) no hay	(1) submerso	(1) espeso (1) con fibrosis	

Observación: _____

Mejillas [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 8)

Mucosa:	(0) normal	(1) marcas dentarias/aparato D	(1) línea alba D	(2) herida D
		(1) marcas dentarias/aparato I	(1) línea alba I	(2) herida I

Observación: _____

Paladar [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 8)

Duro:	Profundidad:	(0) adecuada	(1) reducida (bajo)	(2) aumentada (alto)
	Ancho:	(0) adecuada	(1) aumentada (ancho)	(2) reducida (estrecha)
Velo paladar (Blando)	Simetría:	(0) presente	(1) ausente	
	Extensión:	(0) adecuada	(1) largo	(2) corto
Úvula:	(0) adecuada	(1) alterada (<i>describir</i>): _____		

Observación: _____

Tonsilas palatinas [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 4)

Presencia:	<input type="checkbox"/> presentes	<input type="checkbox"/> removidas	<input type="checkbox"/> no observables
Tamaño:	(0) adecuado	(1) hipertrofia D	(1) hipertrofia I
Coloración	(0) adecuado	(1) hiperemia D	(1) hiperemia I

Observación: _____

Dientes [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 5)

Dentadura: <input type="checkbox"/> decidua <input type="checkbox"/> mixta <input type="checkbox"/> permanente	
Nº de dientes: superior D _____ superior I _____ inferior D _____ inferior I _____	
Falta de dientes: (0) ausente (1) presente (<i>elementos</i>):	
Salud oral	Dientes: (0) buena (1) regular (2) mala
	Encías (gingiva): (0) buena (1) regular (2) mala
Uso de prótesis: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> removible <input type="checkbox"/> fija <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> total	

Observación: _____

Oclusión [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 11)

Línea media: (0) adecuada (1) desviada D (1) desviada I	
Clasificación de Angle:	Lado D (0) Clase I (1) Clase II div. 1ª (1) Clase II div. 2ª (1) Clase III
	Lado I (0) Clase I (1) Clase II div. 1ª (1) Clase II div. 2ª (1) Clase III
Relación vertical:	(0) adecuada (<i>TV entre 1 e 3mm</i>) (1) sobremordida excesiva (<i>TV >3mm</i>) (1) mordida abierta posterior D
	(1) mordida borde a borde (<i>TV = 0mm</i>) (1) mordida abierta anterior (<i>TV <0mm</i>) (1) mordida abierta posterior I

Observación: _____

2. MOVILIDAD [] Sumar las puntuaciones de labios, lengua, velo palatino y mandíbula (mejor resultado = 0 y peor = 49)

Labios [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 16) *Ejecutar con los dientes ocluidos

	Adecuada	Alterada	Ausente
Protruir cerrados *	(0)	(1)	(2)
Retraer cerrados *	(0)	(1)	(2)
Protruir abiertos *	(0)	(1)	(2)
Retraer abiertos *	(0)	(1)	(2)
Protruir cerrados a la D*	(0)	(1)	(2)
Protruir cerrados a la I*	(0)	(1)	(2)
Estallar protruidos	(0)	(1)	(2)
Estallar retraídos	(0)	(1)	(2)

Observación: _____

Lengua [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 16)

	Adecuada	Alterada	Ausente
Protruir	(0)	(1)	(2)
Tocar el ápice secuencialmente en las comisuras D/I y en los labios S/I	(0)	(1)	(2)
Tocar el ápice en la papila incisiva	(0)	(1)	(2)
Tocar el ápice en la mejilla D	(0)	(1)	(2)
Tocar el ápice en la mejilla I	(0)	(1)	(2)
Estallar el ápice	(0)	(1)	(2)
Succionar la lengua en el paladar	(0)	(1)	(2)
Vibrar	(0)	(1)	(2)

Observaciones: _____

Velo palatino (Paladar blando) [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 4)

Hablar "a" repetidamente	Adecuada		Reducida		Ausente	
	(0) D	(0) I	(1) D	(1) I	(2) D	(2) I

Observaciones: _____

Mandíbula [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 13)

	Adecuada	Reducida	Aumentada	No realiza	Con desvío		Con ruido	Con dolor
Abertura de boca	(0)	(1)	(1)	(2)	(1) D	(1) I	(1)	(1)
<i>Valores esperados: niño = 35 a 50mm / adulto = 40 a 55m</i>								
Cierre de boca	(0)	-	-	-	(1) D	(1) I	(1)	(1)
Lateralidad a la D	(0)	(1)	(1)	(2)	-	-	(1)	(1)
Lateralidad a la I	(0)	(1)	(1)	(2)	-	-	(1)	(1)
<i>Valores esperados: niño (6 a 12 años) = 6 a 10mm / adulto = 8 a 12mm</i>								

Observación: _____

3. DOLOR A LA PALPACIÓN [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 10)

	Ausente		Presente	
Temporal	(0) D	(0) I	(1) D	(1) I
Masetero	(0) D	(0) I	(1) D	(1) I
Trapezio	(0) D	(0) I	(1) D	(1) I
Esternocleidomastoideo	(0) D	(0) I	(1) D	(1) I
ATM	(0) D	(0) I	(1) D	(1) I

Observación: _____

4. TONO [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 6) *Realizar observación visual y palpación*

	Normal	Diminuido	Aumentado
Labio superior	(0)	(1)	(1)
Labio inferior	(0)	(1)	(1)
Mentón	(0)	(1)	(1)
Lengua	(0)	(1)	(1)
Mejilla derecha	(0)	(1)	(1)
Mejilla izquierda	(0)	(1)	(1)

Observación: _____

5. FUNCIONES OROFACIALES [] Sumar las puntuaciones de respiración, masticación, deglución y habla (mejor resultado = 0 y peor = 98)

Habla [] Sumar las puntuaciones de las cinco pruebas (mejor resultado = 0 y peor = 44)

Si está alterada, es de origen [] fonética [] fonética/fonológico [] fonológica _____

En caso de alteración fonética, es de origen: [] funcional [] estructural []DTM []neuromuscular []

otras_

Habla espontánea [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 6)

Utilizar las siguientes preguntas: "diga su nombre y cuantos años tiene"

"diga lo que usted hace (estudia, trabaja)"

"cuente un viaje (paseo) que usted hizo y que le gustó"

Omisión:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Sustitución:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Distorsión:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____

Habla automática [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 6)

"cuente del 1 al 20; diga los días de la semana y los meses del año"

Omisión:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Sustitución:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Distorsión:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____

Nominación de figura [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 6)

Utilizar las figuras de la plancha

Omisión:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Sustitución:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Distorsión:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____

En caso de distorsión, ésta se relaciona a la siguiente alteración de lengua:

[] interdental anterior [] interdental lateral [] ausencia o poca vibración del ápice [] vibración múltiple del ápice

[] elevación de dorso [] rebajamiento del dorso [] otras: _____

Obs.: En casos de sustitución indicar el fone no realizado y por cual fue sustituido

Coordinación motora en el habla [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 8)

Solicitar la emisión rápida y repetida, por 10 segundos, de sílabas y de secuencia trisilábica.

	Velocidad		Ritmo	
	Adecuada	Inadecuada	Adecuado	Inadecuado
[pa]	(0)	(1)	(0)	(1)
[ta]	(0)	(1)	(0)	(1)
[ka]	(0)	(1)	(0)	(1)
[pataka]	(0)	(1)	(0)	(1)

Observación: _____

Aspectos generales [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 18)

Saliva: (0) deglute (1) acumula en la comisura derecha y/o izquierda (2) escupe (3) babea (1) acumula en el labio inferior
Abertura de boca: (0) normal (1) reducida (1) exagerada
Posición de lengua: (0) adecuada (1) en el suelo (2) anteriorizada (2) posteriorizada (2) punta baja y laterales altos
Movimiento labial: (0) adecuado (1) reducido (1) exagerado
Movimiento mandibular: (0) trayectoria adecuada (1) desvío hacia derecha (1) desvío hacia izquierda (1) anteriorizado
Resonancia: (0) equilibrio oronasal (1) uso reducido nasal (1) uso excesivo nasal (1) laringofaríngea
Precisión articulatoria: (0) adecuada (1) imprecisión asistemática (2) imprecisión sistemática
Velocidad: (0) normal (1) aumentada (1) reducida
Coordinación pneumofonoarticulatoria: (0) adecuada (1) alterada

En caso de imprecisión esta se relaciona a:

[] tono [] respiración oronasal [] mal oclusión [] uso de prótesis [] velocidad de habla

[] audición [] uso de medicamento [] cantidad de saliva [] reducción de abertura de boca

[] alteración neurológica [] fatiga muscular [] ansiedad/depresión [] otras: _____

Observación: _____

Voz [] Solicitar la emisión sustentada de la vocal "a"

Pitch: () adecuado () grave () agudo
Loudness: () adecuado () fuerte () débil
Tipo de voz: () adecuada () alterada

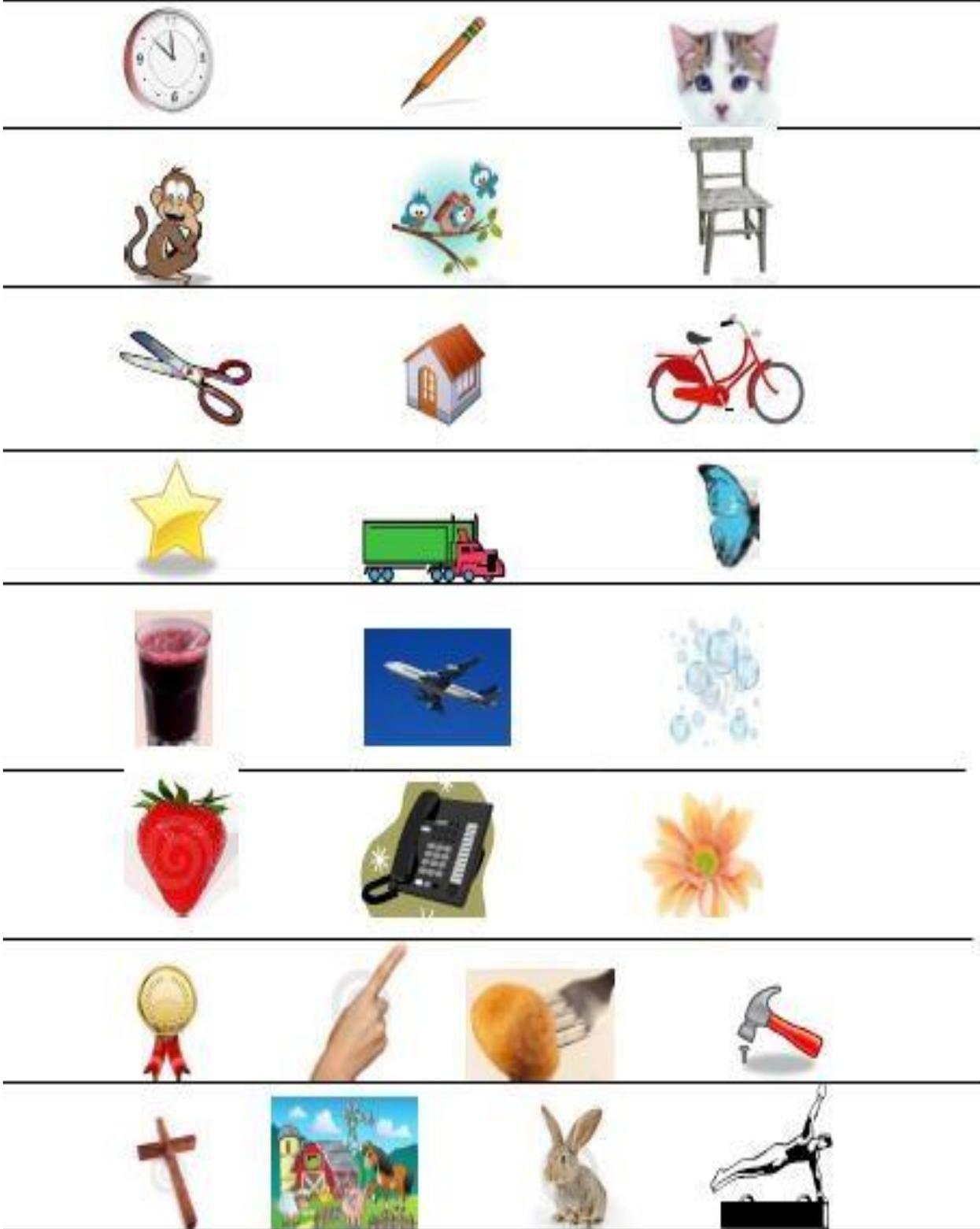
DOCUMENTACIÓN

Sugerencias de Fotos

Cuerpo - frente: () Si () No - perfil derecho: () Si () No
Cara entera - frente: - reposo: () Si () No - sonrisa: () Si () No - perfil derecho: () Si () No
Tercio inferior - frente: () Si () No - perfil derecho: () Si () No
Cavidad Oral - arcada superior: () Si () No - arcada inferior: () Si () No
Oclusión: - anterior: () Si () No - lado derecho: () Si () No - lado izquierdo: () Si () No
Lengua: () Si () No
Frenillo lingual (con la boca abierta y el ápice elevado sin tocar alguna región): () Si () No

Otras: _____

FIGURAS
Adaptado al español por el Equipo de Habla del CPAL
Mónica Paredes - Lydia Fernández



FIGURAS

Adaptado al español por el Equipo de Habla del CPAL
Mónica Paredes - Lydia Fernández





TABLA DE FIGURAS PARA EVALUACIÓN DE HABLA

Figura	Producción del paciente	Figura	Producción del paciente
Reloj		Bañera	
Lápiz		Motocicleta	
Gato		Llave	
Mono		Policia	
Pájaro		Barco	
Silla		Foca	
Tijeras		Plato	
Casa		Flecha	
Bicicleta		Dragón	
Estrella		Libro	
Camión		Placa	
Ala		Dado	
Chicha		Blusa	
Avión		Flauta	
Burbujas		Pera	
Fresa		Oso	
Teléfono		Cebra	
Flor		Asa	
Premio		Gusano	
Dedo		Hilo	
Croqueta		Sombrero	
Martillo		Jabón	
Cruz		Mariposa	
Granja		Naranja	
Conejo		Unicornio	
Atleta		Globo	

CUADRO FONÉTICO

p	t	k	
b	d	g	
m	n	ll	
f	s	ch	
ñ		j	
	l		
	r	rr	

pr	tr	cr
br	dr	gr
fr		

pl	tl	cl
bl		gl
fl		

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA FLUENCIA

Profa. Dra. Cristiane Moco Canhetti de Oliveira
(Adaptado: Andrade, 2004; Riley, 1994)

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad actual: ____ años y ____ meses Sexo: M ____ F ____

1. Tipología de las disfluencias

Otras disfluencias (OT)		Disfluencias típicas de la tartamudez(DTT)	
Repetición de palabras no monosilábicas		Repetición de palabra monosilábica	
Repetición de frase o segmento		Repetición de sílaba	
		Repetición de sonido	
Hesitación		Prolongación	
Interjección		Bloqueo	
Reformulación		Pausa	
Palabra no terminada		Intrusión	
TOTAL		TOTAL	

2. Velocidad del habla

Flujo de palabras por minuto	Flujo de sílabas por minuto

3. Frecuencia de rupturas

% de palabras por minuto	% de disfluencias tartamudeadas

4. Concomitantes físicos

		Concomitantes físicos
ESCALA DE EVALUACIÓN		0 = ninguno; 1= no notado a menos que se procure por él; 2= poco notado por el observador casual; 3= distrae, llama la atención ; 4= muy distractivo ; 5= apariencia grave y dolorosa
SONIDOS DISPERSOS		Respiración ruidosa, ruido de silbido o de resfriado, soplo y sonidos de estallido 0 1 2 0 3 0 4 5
MOVIMIENTOS FACIALES		Movimientos incoordinados de la mandíbula, protrusión de la lengua, presionar los labios, tensión en la musculatura de la mandíbula. 0 1 2 0 3 0 4 5
MOVIMIENTOS DE CABEZA		Movimientos de la cabeza para atrás, para adelante, pobre contacto ocular, mirar hacia los lados. 0 1 2 0 3 0 4 5
MOVIMIENTOS DE LAS EXTREMIDADES		Movimientos de brazos y manos, manos llevadas al rostro, movimientos de tronco, de piernas, golpear o frotarse los pies en el suelo. 0 1 2 0 3 0 4 5
		Escore total de los concomitantes físicos: _____

Referencias bibliográficas: Andrade CRF. Fluencia. In: Andrade CRF, Befi - Lopes DM, Fernandes FDM, Wertzner HF. (OGS). ABFW – Teste de Linguagem Infantil nas Áreas

de Fonología, Vocabulario, Fluencia e Pragmática. Carapicuíba: Pró-Fono.2004; P.51-81.
Riley GD. Stuttering Severity Instrument for Children and Adults. Pro Ed, Austin.1994.

TRANSCRIPCIÓN DEL HABLA

Profa. Dra. Cristiane Moco Canhetti de Oliveira

Identificación del paciente

Nombre completo:	Género: () M () F	Fecha de evaluación: ____/____/____
Fecha de nacimiento:	Edad:	Local:

Cuadro 1: Transcripción con disfluencia

Tiempo de duración de la muestra de 200 sílabas:

--

Cuadro 2: Transcripción sin disfluencia - palabras: n° de palabras fluentes =

--

Cuadro 3. Transcripción sin disfluencia - sílabas: n° de sílabas fluentes = 200

--

Referencia bibliográfica: Andrade CRF. Fluencia. In: Andrade CRF, Befi - Lopes DM, Fernandes FDM, Wertzner HF. (OGS). ABFW – Teste de Lenguaje Infantil en las Áreas de Fonología, Vocabulario, Fluencia e Pragmática. Carapicuíba: Pró-Fono. 2004; P.51-81

