

UNI
VER



Práctica profesional 2012

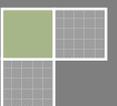
Disfluencia

Integrante: Lucia Kunz

Lucía Kunz

UNIVERSIDAD FASTA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LICENCIATURA EN FONOAUDIOLÓGIA



Agradecimientos:

Quiero agradecer a todos los instructores que me han acompañado con cariño y buen humor en esta última etapa de la carrera, especialmente a la Lic. Luciana Rabini.

Agradezco a las coordinadoras Lic. NelidaFussaroli y NoemiColacilli por su paciencia, dedicación y colaboración.

Índice:

Agradecimientos	1
Introducción	3
Marco Teórico	4
• Definición de disfluencia.....	4
• Etiología.....	5
• Prevalencia e incidencia.....	5
• Teorías y explicaciones relativas de la tartamudez.....	6
• Algunas consideraciones sobre el evitar en el tratamiento.....	8
• Intervención temprana en las difluencias.....	9
• Formas de prevención.....	12
• Entrenar a fonoaudiólogos en escuchar.....	13
• Modelo de demandas y Capacidades (Starkweather).....	13
• Fundamentos neurofisiológicos de la tartamudez.....	14
Historia clínica	16
Desarrollo de la observación y Práctica	18
Plan terapéutico	21
Apéndice	28
Reglas básicas para los adolescentes que tartamudean.....	28
Cuestionario para padre.....	29
Conclusión	33
Bibliografía	34

Introducción:

- Servicio: CAPS IREMI.
- Instructora a cargo: Lic. Luciana Rabini
- Caso que se tomó: D. 12 años
- Diagnóstico que presenta: Disfluencia según DSM4 F 98.5
- Fecha de observación: Agosto a Noviembre 2012

Durante las observaciones de las diferentes instituciones pude apreciar distintos abordajes, distintos profesionales, distintas patologías pero especialmente distintas personas.

Ante la necesidad de elegir un caso, surgió mi interés por un paciente en particular, David, de 12 años quien tiene Disfluencia. Me impactaron sus ganas de comunicarse y su tensión, sus bloqueos al querer simplemente contarnos una anécdota.

Este caso pudo contribuir a una mejor comprensión de lo que significa la disfluencia más allá de la teoría.

El hablar de la disfluencia ayuda a que se transita más cómodamente el poder expresar lo que se siente, los miedos, las postergaciones, el evitar, las angustias. De esta forma se pueden modificar algunas actitudes y empezar a tomarlas como elementos positivos y de esta manera ir buscando la comodidad del paciente.

Acostumbrarnos a respetar los turnos, a saber que podemos brindar el tiempo que cada paciente necesita, aprender a hablar más lento hace que uno hable más fluido. Lo importante es animarse.

Es importante que se busque el espacio que el paciente necesite, porque lo que es más importante es lo que se quiere comunicar y no cómo se hace.

Marco teórico:

Definición de Disfluencia o Tartamudez:

La disfluencia puede describirse como un desorden en el curso fluido de los movimientos del habla que se caracteriza por interrupciones más cortas o más largas de los mismos. Interfiere en el rendimiento del sujeto y en la comunicación social.

La sintonización de los distintos procesos motores del habla que participan en el lenguaje (por ejemplo, los movimientos respiratorios, fonatorios y articulatorios) se ven distorsionados con mayor o menor frecuencia.

Estas interrupciones de la fluidez se manifiestan a través de repeticiones de sonidos, sílabas o palabras. También pueden manifestarse con prolongaciones, interjecciones, bloqueos, pausas, palabras fragmentadas, tensión física, etc.

Hay una gran variedad de causas de distintos ámbitos que provocan esos fenómenos, tales como la conducta motora del habla, la conducta lingüística, factores emocionales y elementos tensionantes externos.

Probablemente, ni siquiera se deba mencionar que el habla es una de las conductas motoras más complejas de los seres humanos. En la conducta del lenguaje, se ejecutan simultáneamente toda una serie de procesos respiratorios, fonatorios y articulatorios que tienen que “coordinarse” entre sí.

Durante el habla, utilizamos más de cien músculos grandes y pequeños y sus movimientos se dan a gran velocidad. Producimos alrededor de 15 o más sonidos por segundo, lo que significa que hay por lo menos el mismo número de cambios en la posición de los articuladores. A la vez, en principio, los movimientos están a cargo de tres sistemas independientes que han sido desarrollados para cumplir otras funciones.

En la tartamudez, el principal problema es la organización de los movimientos del habla. Quien tartamudea es incapaz de pasar de un movimiento del habla a otro de manera fluida. Las

disrupciones pueden ser el resultados de problemas con los tiempos y con la coordinación de uno o más de lo subsistemas que intevienen en el habla, o de interacciones entre tales sistemas.

Además del desorden en sí, se desarrollan una gran variedad de tensiones emocionales, así como nociones y actitudes fuera de lo establecido. En consecuencia, la tartamudez tiene fuertes influencias sobre la vida personal de la persona y la marca de por vida.

Etiología

A pesar de que las causas de la tartamudez aún no se conocen a plenitud, la información que disponemos indica que hay posibles factores genéticos y ambientales. Los genetistas han encontrado indicios de que la predisposición a la tartamudez se hereda y de que se da más entre los varones. La idea de la herencia se respalda con el estudio de mellizos, demostrándose que existe mayor concordancia para la tartamudez entre parejas de mellizos idénticos que entre los llamados gemelos falsos. Se cree que en algunos casos el daño cerebral congénito también puede predisponer a la tartamudez. Sin embargo, en muchos niños que tartamudean no hay antecedentes familiares del trastorno ni indicios claros de daño cerebral.

La tartamudez generalmente se evidencia durante el período de intenso desarrollo del habla y del lenguaje, cuando el niño pasa de usar frases de dos palabras a utilizar oraciones complejas, normalmente entre los dos y cinco años de edad, aunque puede surgir tan temprano como a los 18 meses. Los esfuerzos del niño para aprender a hablar y el estrés normal del crecimiento pueden provocar las breves repeticiones, vacilaciones y prolongaciones de sonidos que caracterizan tanto el tartamudeo incipiente como la llamada disfluencia normal de la infancia. En la mayoría de los niños, estas primeras señales de tartamudez disminuyen paulatinamente hasta desaparecer, pero persisten en otros. Éstos pueden empezar a mostrar mayor y más prolongada tensión física al hablar, a la vez que sus dificultades le infunden sentimientos de vergüenza, temor o frustración.

Prevalencia e Incidencia: ¹

Aproximadamente el 5% de los niños atraviesa un período de tartamudez de seis meses o más de duración. Tres de cada cuatro niños que empiezan a tartamudear recuperan la fluidez antes de llegar a la adolescencia, quedando un 1% de la población con un problema crónico. Las investigaciones indican que igual número de niños de ambos sexos desarrolla el trastorno, pero que llegada la edad escolar, el número de varones que continúa tartamudeando es de tres a cuatro veces el número de niñas.

¹Fundación Americana de la Tartamudez (desde 1947, una asociación sin fines de lucro)

Los factores de riesgo que predicen que la tartamudez se volverá crónica en vez de desaparecer espontáneamente incluyen: ser varón, antecedentes familiares de tartamudez crónica, retraso en el desarrollo de la articulación o el lenguaje y tartamudeo que haya durado 18 meses o más.

En la actualidad, ninguno de estos factores de riesgo parece ser suficiente por sí solo para predecir la tartamudez crónica. Más bien se cree que es la acumulación o adición de factores lo que diferencia a los niños en quienes la tartamudez va y viene de aquéllos en quienes el tartamudeo se vuelve permanente.

Teorías y explicaciones relativas de la tartamudez:

En general, se pueden distinguir cuatro corrientes principales,

- La tartamudez como déficit orgánico (1925-1935)
- La tartamudez como desorden de la personalidad o neurosis (1945-1965)
- La tartamudez como conducta adquirida (1965-1975)
- La tartamudez como desorden motor del habla

La tartamudez como déficit orgánico

Entre 1925 y 1935, se presentó una serie de explicaciones orgánicas de la tartamudez. Una de las más conocidas es la teoría de la dominancia cerebral, de Orton-Travis, presentada en 1925.

Según esta teoría, la tartamudez se debe a una reducción general del control del motor cortical. Normalmente, como en la mayoría de las funciones neuropsicológicas, el lenguaje está ubicado en el hemisferio izquierdo (el hemisferio dominante) y, desde este hemisferio, se inicia la conducta motora del habla. En quien tartamudea, la energía nerviosa no fue "configurada" como para que la movilizara un solo centro (el izquierdo o el derecho), sino por ambos, de potencial comparable. Por lo tanto, se creía que los síntomas de la tartamudez reflejaban principalmente señales periféricas de rivalidad entre los dos lados del cerebro. Los síntomas de la tartamudez son el resultado de la activación de ambos lados del cerebro al mismo tiempo.

Esta teoría sirvió de base para tres predicciones importantes: (1) quienes tartamudean son zurdos o ambidiestros; (2) el cambio de dominancia para la mano en contra de la dominancia natural provocara tartamudez, y (3) al fortalecerse la dominancia natural se reducirá la tartamudez.

Sin embargo, los investigadores no pudieron probar estas tres predicciones en los años 30 y la teoría estuvo enterrada durante varias décadas.

Un ejemplo interesante de investigación en estas líneas lo constituye el hecho de que, en aquel tiempo, los famosos autores sobre tartamudez Johnson y Van Riper estaban estudiando en el departamento de Travis en Iowa. Fueron a Iowa porque ellos tartamudeaban. La única terapia que se disponía era probar con la teoría de Travis sobre dominancia. A ambos se les inmovilizó el brazo no-dominante con yeso durante largo tiempo, presumiblemente para fortalecer al hemisferio dominante, pero eso no provocó efecto alguno.

Hace muy poco, la investigación con modernas imágenes de cerebro hizo posible detectar diferencias más detalladas entre derecha e izquierda en personas que tartamudean comparadas con quienes no lo hacen.

La tartamudez como neurosis

Entre 1945 y 1960, a menudo la tartamudez se consideró como un problema emocional. Bajo la influencia de las ideas de Freud y de la psicología dinámica, la tartamudez se descubrió como una forma de neurosis. Se veía a la tartamudez como el resultado de un desorden de la personalidad desarrollada en la temprana infancia.

Sin embargo, no hay evidencias en la investigación que den sustento a esta suposición. Sheenan publicó un estudio en el que resumió todas las publicaciones de investigación en las que se dispone en este campo y solo pudo llegar a la conclusión de que no hay diferencias en la estructura de la personalidad entre quienes tartamudean y quienes no lo hacen. "No obstante, es posible que se desarrolle una actitud neurótica a partir de la constante confrontación con el problema de la tartamudez.

La tartamudez como conducta adquirida:

Como reacción ante las explicaciones orgánicas y psicoanalíticas que prevalecieron durante los años treinta y cuarenta, en la década del '50, la psicología del aprendizaje y la aplicación de la teoría del aprendizaje a la conducta patológica comenzaron a tener a su influencia sobre las explicaciones de la tartamudez, continuando con tal influencia hasta los años ochenta.

Durante ese tiempo, se presentaron una gran variedad de explicaciones en las que se consideraba a los principios del aprendizaje como responsables del origen de la tartamudez.

En tales explicaciones, se utilizaban distintos tipos de aprendizaje, tales como el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje mediante modelaje, para explicar las conductas en la tartamudez.

La hipótesis de la Lucha Anticipatoria de Bloodstein (1975-1984) dada en su "Manual de la Tartamudez". Desde su punto de vista, la tartamudez es el resultado de experiencias de lenguaje fallidas, y por lo tanto frustrantes, del niño durante el periodo de desarrollo del lenguaje. A partir de su experiencia fallida en situaciones verbales, el niño desarrolla la noción de que hablar es difícil.

La tartamudez como déficit motor del habla:

El habla necesita de una gran velocidad: producimos alrededor de quince sonidos lingüísticos o de dos a tres palabras por segundo. Cuando estamos apurados o tenemos emociones fuertes, podemos emitir hasta seis o siete palabras por segundo. Durante el habla, participan alrededor de cien o más músculos, más pequeños o más grandes, que colocan a los órganos del lenguaje de manera tal que puedan producir los sonidos lingüísticos que tenemos en mente.

Este proceso se produce en forma totalmente automática. Como en el caminar, nadie sabe decir exactamente que sucede durante la producción del habla ni como ésta se produce. Cuando estamos a mitad de una palabra, es imposible pensar "ahora voy a emitir 'a', o una 'e". A nadie se le ocurriría.

El complejo proceso de producción del habla y del lenguaje.

Para hablar, necesitamos una cantidad enorme de equipamiento. Necesitamos contar con los medios que nos permitan hacer llegar lo que tenemos en mente a otra persona que debe comprender lo que estamos tratando de decir.

Lo que sucede es que los conceptos específicos, o las estructuras conceptuales son seleccionadas (nadie sabe de donde provienen) y "envasadas" o traducidas a un código lingüístico que se envía por vibraciones de aire al escucha, quien "desempaca" ese código y tendrá la misma información que el parlante puso en el código.

Durante los últimos veinte años, la literatura especializada ha descrito una gran variedad de modelos de formulación del lenguaje y de producción del habla.

Desde distintas áreas básicas de la ciencia, tales como la física, la fisiología, la psicología, la lingüística y la neurolingüística, se han hecho importantes aportes para comprender la

producción del habla y del lenguaje. De hecho, como están las cosas hoy en día, tenemos todo un panorama de gran diversidad.

Algunas consideraciones sobre cómo se puede percibir la disfluencia:

El objeto de esta presentación es considerar la disfluencia y establecer diferencias entre:

- Tartamudear

Repeticiones }
Prolongaciones } Tartamudez exterior que se “ve” y se percibe como tal.
Bloqueos }

- Tartamudez + evitar

Lenguaje evasivo indirecto. }
Rodeos }
Expresión no precisa; a veces, desprovista de contenido } Tartamudez interior
Aumento el miedo }
Aumento de la sensibilidad al hecho de trabarse }

W.Webster, investigador y persona que tartamudea, afirma que el evitar no solo aumenta el miedo y la sensibilidad a trabarse, si no que, en términos de mecanismos cerebrales, esta tartamudez oculta, interior, produce además un aumento de la activación del hemisferio cerebral derecho , y su influencia en los sistemas motores del habla del hemisferio cerebral izquierdo.

Desde ya podemos afirmar que la tartamudez tiene una base biológica, que ocurre más frecuentemente en varones que en mujeres, que es universal – ya que se la encuentra en todas las culturas y lenguajes- y, además, que ocurre con más frecuencia en unas familias que otras. **Que la tartamudez tenga base biológica, no quiere decir que no se pueda prevenir.**

Existen diferencias en el funcionamiento cerebral comparando a una persona que tartamudea con otra que no lo hace; y el grado de severidad de esta dificultad estaría manifestado, según

Walter Moore, por la mayor participación en el procesamiento del Hemisferio Cerebral Derecho, por un lado, y por aspectos relacionados con el control motor del habla.

Según el modelo de Webster, los mecanismos neurales del habla y del lenguaje en las personas difluentes son bilaterales, y no unilaterales en el HCl. A veces, estos comandos no pueden sincronizarse entre si y, como consecuencia de esta asimetría, aparecen los patrones de coordinación bloqueos, prolongaciones, repeticiones, etc.

La mayor activación del HCD durante el habla y la fragilidad del HCl para sostener el control en el sistema motor del habla, determinarían la severidad de la dificultad.

A mayor severidad, mayor será la dificultad en suprimir o reprimir la manifestación clásica de la tartamudez. Si esto ocurre, las consecuencias serán: largos silencios tensos ---sin “manifestación exterior”--- o la “tartamudez oculta”, en la que disrupción “se traslada a lo cognitivo, lo lingüístico y lo emocional”.

Hay un evitar funcional que muchas personas difluentes utilizan como forma de enmascarar la disfluencia. Sin embargo, cuando este mecanismo intercepta lo lingüístico o interfiere con el tratamiento, deja ya de ser positivo para transformarse en un obstáculo latente, virtual - no manifiesto.

Intervención temprana en las disfluencias:

Hasta hace diez años, la indicación más escuchada en los consultorios pediátricos ante la aparición de los primeros síntomas de disfluencia era esperar. Se pensaba que la espera era la conducta más adecuada frente a las vacilaciones y repeticiones de sonidos o palabras en niños pequeños.

Se temía que “fijar” el síntoma si el niño se daba cuenta de lo que pasaba o si los padres hablaban de sus dificultades. Esto llevaba a una especie de suerte de “conspiración del silencio”, que subestimaba la capacidad del niño preescolar y su posibilidad de conceptualizar su disfluencia.

No se conocían entonces las diferencias entre los errores normales de la fluidez (disfluencias típicas) y las características de la tartamudez. No había análisis objetivos de esta dificultad ni estudios sobre la fluidez; sobre como ésta se sostiene y sobre los elementos que la perturban.

Enormes progresos se han logrado al diferenciar los errores normales de fluidez de los errores que conllevan riesgo de tartamudez. Ya no se duda en afirmar la continuidad, la velocidad apropiada y la facilidad con los elementos indispensables para alcanzar la fluidez. La forma en que

esta continuidad se altera depende del sutil equilibrio entre la capacidad del niño para sostenerla y la exigencia del medio.

Prevención primaria: significa contar con estrategias clínicas para diagnosticar y diferenciar la tartamudez de los errores normales de la fluidez en niños de 2 a 5 años. La tartamudez, en general, evoluciona de los errores normales o disfluencias típicas hacia aquellas dificultades que son características de la tartamudez o disfluencias atípicas. También puede comenzar abruptamente y tener desde el inicio características de severidad.

Existe una gran cantidad de niños pequeños que se niegan a hablar, que preguntan porque no pueden hablar, o que adoptan un habla cuchucheada, agravada a veces por una disfonía de esfuerzo provocada por la tensión vocal. Se trata de niños de 4 a 5 años, que hablan al oído de sus madres por miedo a trabarse y que son extremadamente sensibles al medio.

Las dos terceras partes de los niños que presentan alteraciones de la fluidez revertirán espontáneamente estas alteraciones sin necesidad de tratamiento, pero a la hora de examinarlos debemos saber si estamos en presencia de un niño con disfluencias normales o con riesgo de tartamudez, de manera de actuar inmediatamente. Actuar significará analizar el tipo de interacción de esa familia, el equilibrio entre las capacidades de ese niño y las distintas exigencias de orden afectivo, intelectual, lingüístico y motor del habla que lo rodean.

William Perkins (1992) sostiene que la tartamudez se desarrolla a partir de las disfluencias normales, y es precisamente esta circunstancia la que no permitirá prevenirla. Esta prevención no depende solamente de concurrir a la consulta o buscar información frente a los primeros “saltitos” del niño, sino que está fundamentalmente apoyada en la capacidad de escuchar verdaderamente al profesional fonoaudiólogo o especialista en tartamudez.

De acuerdo con el criterio del doctor Gregory (1991), “prevención primaria” es la que realizamos con los padres, a quienes se les explica la importancia de los factores del medio. Prevenir implica actuar en cuanto aparece incomodidad al hablar por parte del niño.

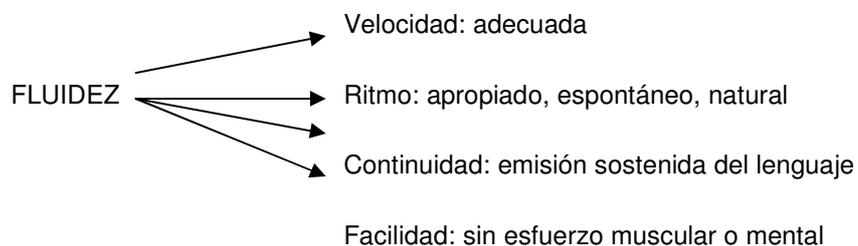
Es posible evaluar la fluidez. Consiste en contar la cantidad de palabras disfluentes y la cantidad de bloqueos, y observar las características cualitativas que ocurren durante las disfluencias: tensar los músculos de la cara, fruncir el entrecejo, fijar la mirada, exagerarla, tomar aire, tener espasmos del diafragma, movimientos atípicos de la laringe o temblor de labios o mandíbula, levantar una ceja, entre otras.

Ejemplos de disfluencias normales:

pero - pero	ha - ha - hasta
pe - pero	de - de la - de la
yo - yo	los -los -los
cua - cuando	la - la
pa - para	co - como
que - que - fue	ya- ya viene
por - por	pa - pa - para
y - y - nosotros	en - en
tan- tan	ha - había
con - con	de - de - de
e - esto	el de los - el de los
pu - pu - puedo	cuan- cuando es un
a - a - a	si- si - siempre
co - co - como	va - va vamos
chi - chi - chicos	ti - ti - tienen
cua - cua - cuando	no - no -no se

Estas disfluencias normales y las reacciones que suscitan en los padres deberán ser evaluadas utilizando el cuestionario para padres contenido en el Apéndice.²

Al observar las difluencias normales es necesario considerar la función del lenguaje llamada *fluidez* en qué parámetros se basa:



²Cf. Apéndice pág 29.

Starkweather (1992) comprueba que, a medida que el niño va madurando, evoluciona el desarrollo de su lenguaje, aumenta su capacidad de producir sonidos y origina una mayor velocidad en la producción de sílabas y pausas breves, con la posibilidad de alargar la articulación. La frecuencia de estas disfluencias no muestra claramente patrones de desarrollo, por lo que la intervención consistirá en tomar muestras del lenguaje espontáneo en niños de entre 2 y 5 años, para acercarnos más al conocimiento de las disfluencias normales en niños de distintos niveles socioeconómicos y culturales.

Actualmente se ha confirmado que, a medida que el niños crece, ciertos tipos de disfluencias se tornan menos frecuentes, otros no cambian y algunos aumenta la frecuencia.

Tal como observamos en el esquema anterior, la fluidez es un rasgo que incluyen la continuidad del lenguaje que requiere excesivo esfuerzo no es fluido, y que el lenguaje fluido es relajado y fácil.

Starkweather establece dos tipos de esfuerzos al hablar:

- a) Esfuerzo muscular: se advierte en los bloqueos, en la fuerza y en la tensión que se pueden ver y escuchar. (Esfuerzo realizado en la ejecución del habla)
- b) Esfuerzo mental: se advierte en las actitudes anticipatorias que desarrollan los disfluentes. (Esfuerzo que se realiza durante la planificación del habla)

De esta definición se desprende que a tartamudez implica mucho más que repeticiones, prolongaciones y bloqueos; es la imposibilidad de mantener la fluidez. Por ello resulta más importante evaluar en los niños el aumento de esfuerzo muscular y mental al hablar:

Según Starkweather, la prevención tiene tres fases:

- Primaria: consiste en prevenir el problema antes de que se manifieste.
- Secundaria: Consiste en prevenir el problema en sus primeras manifestaciones, antes de que se convierta en crónico.
- Prevención de la cronicidad: Siempre es posible evitar que una disfluencia empeore.

Formas de prevención:

Que se debe realizar antes de constatar la existencia de un cuadro de tartamudez:

- Llevar la información a los jardines de infantes para que las maestras reconozcan a un niño que comete “saltitos”, que habla o interviene poco, o que tiene miedo a hablar, y distribuir la guía para padres en ámbitos donde hay niños. Informar asimismo a docentes de niveles superiores.

- Informar a los pediatras y capacitar a los fonoaudiólogos. Informar a los otorrinolaringólogos que muchos niños que presentan reiteradas disfonías, pueden además ser disfluentes al hablar.
- Organizar grupos de padres en los cuales se divulgue esta información. Es fundamental que adquieran conciencia de que ellos son un modelo para la fluidez y el lenguaje, por lo que deben estar atentos a cómo les hablan a sus hijos.
- Difundir la problemática en espacios radiales y televisivos y elaborar campañas públicas en los medios de comunicación.

Entrenar a fonoaudiólogos en escuchar:

Entrenar a fonoaudiólogos en la escucha permitirá un manejo apropiado y de extrema necesidad en la clínica, ya que es indispensable crear una red de estrategias terapéuticas para la disfluencias, de manera de aliviar una pregunta muy frecuente en los niños pequeños: “¿por qué no puedo hablar?”, “¿Por qué no me salen las palabras?”.

Modelo de demandas y Capacidades (Starkweather)

A continuación se presentan algunos aspectos que desestabilizan la fluidez y que han sido estudiados por W. Starkweather. Si bien en este modelo no se establecen precisiones en cuanto a los distintos tipos de comienzo de una disfluencia, ni a su mayor o menor componente hereditario, resulta de utilidad por los elementos de interacción que analiza.

Capacidades para el lenguaje fluido:

- Control motor:
 - Posibilidad de movimientos rápidos.
 - Tiempos de reacción
 - Coordinación en la suavidad de movimientos, Inhibición de grupos musculares durante el movimiento.
 - Velocidad y tiempo de los movimientos necesarios para el habla. Posibilidad de anticipar el habla.
- Habilidades del lenguaje:
 - Semántica: buscar palabras
 - Sintáctica: formulación gramatical

Fonológico: desorden fonológico

- Madurez socioemocional:
Sentido de autovaloración
Sentido de autoestima

- Desarrollo cognitivo
Capacidad de analizar el propio lenguaje.

Demandas para el desarrollo del lenguaje:

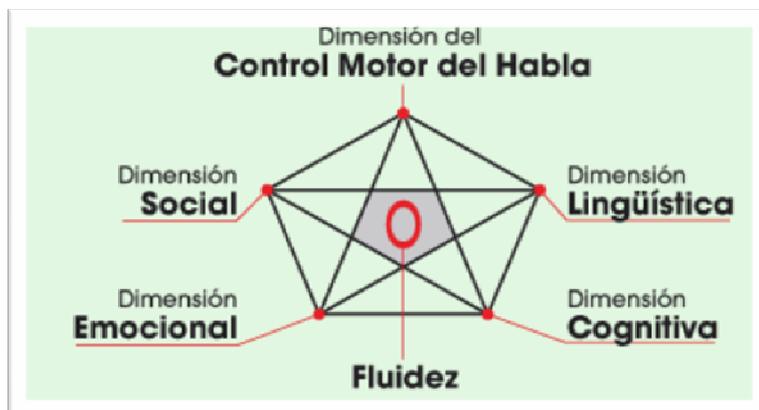
- Demandas del sistema motor:
 - Velocidad del lenguaje de los padres.
 - Posibilidad de esperar turno
 - Presión del tiempo
 - Exagerada articulación.

- Demandas en la estructura del lenguaje
 - Obligación de hablar bien
 - Lenguaje exigente de los padres
 - Sintaxis compleja
 - Variaciones pragmáticas (cambiar de tema todo el tiempo)
 - Intolerancia a las disfluencias normales
 - Terapia correctiva del lenguaje

- Demandas del sistema emocional
 - Reacciones no verbales en los padres (poner “caras”)
 - Castigos por tartamudear

- Reacciones verbales
- Velocidad- aceleración
- Interrupciones
- Intención de ser líder
- Confusión, inestabilidad emocional en casa
- Miedo a la tartamudez en la familia
- Conspiración del silencio
- Inseguridad o cambios de colegio.
- Padres pendientes o rechazantes
- Autoexpectativas.

Fundamentos neurofisiológicos de la tartamudez:



El centro de todas estas dimensiones se encuentra una integración original, particular y única de cada Ser: la fluidez personal.

Más allá de su base biológica, la tartamudez se puede prevenir en niños pequeños y compensar a cualquier edad.

Cuanto antes se detecta y se trata, mejor es el pronóstico de recuperación porque en edades tempranas la fluidez es una función en desarrollo. En un niño mayor, un adolescente o adulto, es posible que el esfuerzo y la tensión al hablar NO desaparezcan en forma terminante.

Sin embargo, la tartamudez se puede compensar, descubriendo qué hacer con ella, aprender estrategias para hablar con mayor control motor y enfrentar con libertad distintas situaciones comunicativas de la vida diaria.

Historia Clínica:

Datos personales:

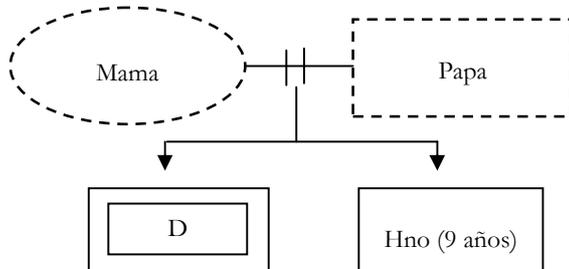
Nombre y Apellido. D.

Fecha de Nacimiento: 6/12/99

Edad: 12 años

Escuela: Técnica nº1

Grupo Familiar: Mamá, Papa, Hno (9 años)



Historia Evolutiva:

Embarazo deseado sin problemas durante el parto.

Datos perinatales: Parto normal. Sin problemas

Datos postnatales: Sin problema

Al año comienza a caminar y comienza a decir sus primeras palabras.

No uso chupete. Mamadera hasta el año.

Hábitos: duerme solo

Higiene: Sin problema.

Tv: 5 hs por día.

Comida: Sin problema

Motivo de consulta: Disfluencia DE (Demanda Espontánea)

Situación emocional: La mamá asocia el problema al nacimiento de su hermano.

Fecha 8/8/12

ITPA: Fluidez verbal: 5 palabras/ 5 partes del cuerpo /6 animales /4 frutas.

ACMV:

Respiración: nasal

Dentición: en cambio

DBA: en desarrollo

Voz: Sin problema

Deglución: Sin problema

Paladar: Sin Problema

Frenillo: Sin problema

Praxias: Sin problema

Lengua: Sin problema

Evaluación fonológica: Barrido sin problema

Repetición de frases o palabras: Pudo repetir todas las esperadas.

At: Sin problema

29/08 Dibujo como hablo y dibujo como me gustaría hablar.

(DSM4 F 98.5)

Desarrollo de la Observación y Práctica:

19 de Septiembre:

Comienza la sesión con la propuesta de realizar un dibujo que el niño conoce y le gusta. Debe hacer medidas del taller de su escuela.

Una vez finalizado el dibujo y estimulado el hemisferio derecho, se trabaja sólo alargando las vocales.

Teniendo en cuenta las pautas dadas por la fonoaudióloga sobre hablar lento y pausado, alargando las vocales, surge una conversación espontánea en la que David trata de implementar estas técnicas.

26 de Septiembre:

Se le consulta al paciente si tiene algo de tarea para dibujar del taller de su escuela. Se realiza un dibujo con medidas.

Luego se trabaja con la repetición de palabras sueltas extraídas de una lectura dada por la fonoaudióloga. Debía utilizar alguna de las técnicas aprendidas.

Con más de dos palabras seguidas se trababa.

Se observan problemas con la respiración, el aire no sale relajado. Hay tensión de manos y cuello.

Cada vez que puede repetir bien lo hace no mirando a los ojos de la fonoaudióloga sino que la mirada se desvía hacia la derecha acompañada de un movimiento de cabeza hacia el mismo lado.

3 de Octubre:

El paciente no concurre al tratamiento.

10 de Octubre:

Comienza la sesión pidiéndole a David que traiga al consultorio algo de la escuela que le guste.

El niño trae su flauta de música y toca algunas canciones que había aprendido la clase.

Una vez estimulando el hemisferio derecho se trabaja mediante una conversación espontánea en la que debía utilizar 2 técnicas: Una era la que venía trabajando sesiones anteriores sobre alargar las vocales de una palabra, luego se le propone decir las con bronca pero al intentarlo se notó que había mayor dificultad y se prefirió tanto por parte del niño, como de la fonoaudióloga seguir utilizando esta primer técnica más cómoda y efectiva.

17 de octubre:

David tenía tarea para el hogar, debía extraer palabras de un diario y decirlas en un ambiente relajado y cómodo aplicando las técnicas conocidas.

Se le había pedido que preste atención si había algún fonema en particular de las distintas palabras en las que encuentre mayor dificultad. No se encontraron diferencias entre fonemas.

Comienza la sesión realizando un dibujo que le guste. El niño dibuja una casa.

Luego mediante las palabras que extrajo del diario trabajamos la respiración emitiéndolas de forma lenta.

24 de octubre:

Se observan dificultades en la respiración, cuando inspira lo hace tanto por vía nasal y oral al mismo tiempo.

Mediante una conversación espontánea y repetición de frases extraídas de un texto, David debía realizar una espiración suave antes de emitir la primera palabra.

Esta técnica hace que el niño pueda relajarse al hablar.

31 de Octubre:

Inicia la sesión con estimulación del hemisferio derecho.

Se le presenta una actividad en la que tenía que encontrar 8 diferencias entre dos imágenes. Al principio se pudo observar inseguridad ya que demostraba haber encontrado alguna diferencia pero no la marcaba en la imagen, pasaron muchos minutos hasta que con ayuda de la fonoaudióloga pudo resolver de forma más ágil la actividad encontrando varias diferencias.

Se continúa el tratamiento utilizando las técnicas implementadas la sesión anterior. Se le lee frases de una poesía que debe repetir.

Plan de Tratamiento

Objetivo general:

- Conseguir un habla fluida, cómoda y placentera.

Objetivos específicos:

- Analizar y comprender el propio patrón de tartamudez
- Conocer las técnicas de control de la tartamudez
- Estimular el hemisferio derecho.
- Identificar y lograr enfrentar progresivamente diferentes situaciones de habla evitadas con anterioridad.
- Transferir las técnicas aprendidas a situaciones de la vida real.
- Dar indicaciones a su entorno familiar y escolar.

Análisis en el plano vocal, respiratorio, sintáctico, semántico y pragmático:

1- Plano vocal: En aquellos pacientes que no presentan una tartamudez constante, hay que distinguir los momentos de fluidez y los de tartamudez.

Para ello se observará:

- Altura: Muchos pacientes de sexo masculino hacen pasajes bruscos a voz en falsete
- Timbre: Observar cambios en el timbre
- Intensidad: Prosodia restringida, presencia de ataques glóticos; se notará el carácter más o menos espontáneo y expresivo de la palabra apreciada globalmente.

2- Plano Respiratorio:

Ciertos rasgos son particularmente frecuentes en el funcionamiento del soplo fonatorio y se tendrá en cuenta:

- Presencia de soplo torácico superior.
- Irregularidades.
- Numerosas inspiraciones profundas
- Incoordinación fonorespiratoria.

3- Plano del lenguaje y la comunicación:

Es importante evaluar también las dificultades en la memorización y en la tensión cuando se produce mucha dificultad para hablar.

Pueden ocurrir también dificultades de orden lingüístico y cognitivo en el intercambio verbal o en la interacción

Se consignan a continuación algunos parámetros para clasificar los aspectos lingüísticos.

4- Plano sintáctico:

Es interesante evaluar en qué momento ocurren los bloqueos que se producen en el eje sintagmático, pues advertiremos si los bloqueos aparecen:

- Ligados a la complejidad de la sintaxis,
- Predominando al comienzo de la frase
- Predominando al comienzo o final de elementos.

5- Plano semántico:

Se refiere al estudio de los bloqueos vinculados a la posición dentro del enunciado.

Determinar si los espasmos ocurren naturalmente en cualquier parte del enunciado o se producen en alguna función lingüística determinada: relativo a lo gramatical (más bloqueos en verbos, por ejemplo) o a lo semántico (bloqueos en la búsqueda de significados). Se evaluarán errores semánticos, como dificultades de evocación. Se deben diferenciar lagunas de vocabulario de otros factores medioambientales, de la escolaridad o los factores socioculturales.

En determinados pacientes los errores no suceden en cualquier lugar de la construcción gramatical de la emisión. Será importante evaluar los bloqueos con relación al plano lingüístico en general.

6- Plano pragmático y habilidades sociales:

Se evalúa el componente relacional presente en el habla disfluyente. Las preguntas apuntarán a distinguir en qué contextos el sujeto produce más disfluencias ¿Con quién es usted más disfluyente? ¿En qué situaciones?, ¿Utiliza fórmulas de eludir o cerrar el

intercambio verbal?, ¿Puede apoyarse en la palabra del otro?, ¿Tiene un comportamiento tranquilizador o siempre van en aumento los niveles de tensión?

El tratamiento apuntará a restablecer a relación con el otro en el momento del espasmo y adquirir habilidades sociales como las siguientes:

- Habilidades de base: conservar el contacto con la mirada, saber observar, saber escuchar.
- Habilidades de interacción: como decir un cumplido, mantener una conversación.
- Habilidades de orden afectivo: saber reconocer los propios sentimientos, ser una persona confiable (en una discusión, resolver un problema, etcétera)

Registro corporal:

Dentro del comportamiento no verbal de la persona que tartamudea es muy frecuente encontrar los siguientes rasgos corporales:

- Trastornos posturales, contracturas, tensión corporal.
- Movimiento anormales de la cara y/o de la cabeza.
- Movimientos anormales de brazos y/o piernas.
- Espasmos laríngeos y diafragmáticos.
- Tensión de mandíbula, diafragma, esfínter anal, piernas, cuello, espalda, garganta, etcétera.
- Dilatación de narinas
- Tensión en los labios y/o lengua.
- Movimientos atípicos de la lengua.
- Parpadeos
- Abertura de ojos.
- Guiño de ojos
- Cierre de ojos.
- Fruncir la nariz, la frente.
- Movimiento protector del hombro.
- Inversión del reflejo de distensión
- Soplo torácico superior.
- Respiraciones cortas muy frecuentes.
- Irregularidad respiratoria.
- Frecuentes inspiraciones profundas.

- Temblor prefonatorio de labios y mandíbulas
- Pausa silenciosa intensa
- Quedar paralizado
- Pérdida de la expresión.

Luego de tener el registro corporal las propuestas va a estar destinadas a trabajar el control de la respiración ya que aprender a respirar correctamente es la parte más importante en todos los tratamientos, ya que muchas veces la persona disfluente expulsa el aire con rapidez, oscilando bruscamente la cantidad de aire retenida, intentan hablar cuando carecen de aire en los pulmones y en algunos casos respiran superficialmente y con jadeos. Se pretende que el niño aprenda a controlar la respiración mientras habla o lee.

Se trabajará también la relajación. El aprendizaje de técnicas para relajarse y evitar la ansiedad supone otra parte importante. Los recursos con los que se cuenta pueden ser: manipulaciones, movilizaciones, masajes y estiramientos. Estos se trasladan a una relajación tanto cervical como facial para luego comenzar a trabajar lo verbal.

Trabajar lo verbal y emocional:

En cuanto a lo verbal, el trabajo intensivo permite a la persona aprender y comenzar a dominar las técnicas de control de la tartamudez en un breve período de tiempo, logrando así contar con herramientas que le ayudan a enfrentar situaciones de la vida diaria que anteriormente evitaba.

En cuanto a lo emocional, el trabajo grupal brinda la posibilidad de que la persona disfluente interactúe desde un principio con otras personas que comparten su misma dificultad, encontrando la motivación y contención necesarias para entender y aceptar su dificultad y para transferir las técnicas aprendidas a su vida real.

Con la ayuda de una terapia interdisciplinaria con Psicólogo que participe en este punto.

Técnicas de Control del Habla³

³Fernández-Zúñiga, 2005, p. 108

La dificultad está en la generalización del uso de esas técnicas o del nuevo patrón de habla a las situaciones cotidianas de comunicación. Entre las técnicas de control de habla más utilizadas con niños/as se encuentran:

1. **Reducción de la velocidad en el habla:** Un habla más lenta reduce el tartamudeo, ya que facilita los movimientos articulatorios y la coordinación fono-respiratoria.
2. **Habla rítmica:** Se reducen los bloqueos y las disfluencias. Se puede usar metrónomo, pero en los primeros años de escolarización es más apropiado utilizar el ritmo a modo de juego⁴
3. **Coordinación de los movimientos articulatorios,** por medio de ejercicios específicos, unidos también a un habla lenta para facilitar la planificación motora. Hay que trabajar los movimientos articulatorios lentos, prolongados y relajados para reducir la tensión de los músculos que inciden en la articulación.
4. **Comienzo fácil:** Consiste en empezar a hablar con una fonación suave y gradual y una espiración estable. Desde una voz casi inaudible se va aumentando gradualmente hasta la voz normal. Se utiliza en sílabas iniciales y en las palabras difíciles o temidas.
5. **Relajación:** Junto con el control de la respiración, contribuye a favorecer la reducción de la velocidad del habla, y de la tensión que puede conllevar la ansiedad ante la comunicación. Es conocida la relajación progresiva de Jacobson, pero en los primeros años de escolarización es más indicado utilizar el juego y la imaginación para sugerir los conceptos de relajación y tensión.
6. **Desensibilización sistemática:** Es una técnica compleja que consiste en aprender a reducir la respuesta a un estímulo determinado. La reducción se produce cuando se inhibe la ansiedad en presencia del estímulo que la provoca. Por tanto, es un recurso para afrontar la ansiedad o el temor a determinadas situaciones, como, por ejemplo, leer en voz alta o hablar por teléfono.
7. **Control de la respiración:** Utilizada junto a otras técnicas, facilita la disminución del tartamudeo, ya que muchos niños desarrollan un patrón de respiración inadecuado mientras tartamudean.
8. **Seguimiento:** Se trata de seguir el habla de otra persona retrasándose unas sílabas de su emisión. Así, el niño/a se adapta al habla del otro y reduce el tartamudeo. Algunos autores lo han utilizado con alumnos/as muy pequeños/as, en situaciones de juego, por ejemplo, imitando a una marioneta.

⁴Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1991

9. **Habla en coro:** El alumno/a habla simultáneamente con una o varias personas. Con esta técnica los niños/as son capaces de hablar fluidamente, aprovechando actividades de juego o mediante la lectura.

10. **Disminución de las demandas psicolingüísticas:** La probabilidad de que aparezcan disfluencias va en relación con el aumento de la longitud de las frases y la complejidad lingüística. Por eso, hay que empezar trabajando con palabras aisladas, después frases simples, luego varias frases, una historia, una conversación, etc.

Algunos ejemplos de ejercicios para trabajar las técnicas de control del habla:

Técnica de seguimiento, habla en sombra o eco: El niño debe repetir las palabras dichas por el fonoaudiólogo mientras habla o lee un texto. Lo que se pretende es conseguir que atienda prioritariamente a la información que le llega por el canal auditivo. Por otra parte, al imitar, parece olvidarse de sus dificultades y deja de cometer errores.

Silabeo: Consiste en la introducción de un ritmo, en el que el paciente se encuentre cómodo y experimenta la sensación de fluidez, desapareciendo la tartamudez.

Normalmente se empieza a un ritmo muy lento, cortando las palabras en sílabas (hasta 40 sílabas por minuto). Se pueden utilizar ayudas externas que favorezcan el seguimiento del ritmo, como el metrónomo, o dar pequeños golpecitos con la mano o con el pie. Poco a poco, la velocidad del ritmo irá aumentando (mientras no aparezca la disfluencia), hasta que sea un ritmo lo suficientemente rápido como para ser funcional y se controle en todo momento.

Alargamiento: Se trabajan con palabras alargando las sílabas por ejemplo: “Quiieeero ir a la plaaaaya”

Suavización: Algunos fonemas aumentan la tensión de los órganos bucofonadores, especialmente los fonemas /p/, /t/ y /k/, favoreciendo la disfluencia. La suavización pretende evitar ese bloqueo colocando los órganos fonadores en la posición de dicho fonema, pero sin llegar a pronunciarlo y apoyándose en el fonema.

Guía para estimular funciones del hemisferio cerebral derecho:

La expresión del cuerpo:

Los trabajos corporales que se incluyen:

1. Ejercicio de sensibilización creativa en pintura, dibujo y música que incluyen también el dibujo de mandalas.
2. Ejercicios de atención visual relajada, intentando frenar el monólogo verbal
3. Ejercicios de atención auditiva y relajada.
4. Ejercicios de atención interior relajada.
5. Visualización de imágenes
6. Reconocimiento y aceptación de fantasías visuales y/o auditivas.
7. Ejercicios a partir del lenguaje asociativo y sensorial.
8. Ejercicios verbales expresivos: expresión del miedo, el odio, el amor y la agresión.
9. Ejercicios de lenguaje evocador, asociativo-sensorial, con lectura de poesías
10. Ejercicios de experiencia directa, experimentos, visitas, vivencias, manipulación de materiales, actuación, dramatización.
11. Percepción y reconocimiento visual de lo cotidiano a través de la experiencia directa.
12. Reconocimiento y memorización de elementos familiares.
13. Trabajos con mapas, planos, recorridos o laberintos, con reparos visuales. Localización de direcciones.
14. Reconocimiento y memorización de caras, captación de situaciones familiares a través de escenas.
15. Armado y desarmado de figuras geométricas sobre la base de modelos.
16. Ejercicios táctiles con la mano izquierda sin apoyo visual.
17. Reconocimiento de distintos tipos de melodías.
18. Asociación de señales sonoras y ambientales.
19. Reconocimiento auditivo de distintos tonos emocionales.
20. Trabajo basado en relaciones visuoespaciales. Dado un modelo de figura geométrica desplegada, encontrar un modelo plegado correspondiente a partir de varios modelos dados.

21. Ejercicios basados en el reconocimiento y memorización de colores.
22. Ejercicios concernientes al reconocimiento y memorización de formas sutiles
23. Expresión de distintos estados emocionales a través de manifestaciones corporales o del diálogo
24. Ejercicio de selección de lo familiar y de lo no familiar; categorizaciones
25. Ejercitación a partir de metáforas.
26. Captación de distintos tipos de chistes visuales o verbales.
27. Trabajo corporal sobre la base de masajes y del contacto. Ejercitación cenestésica.
28. Discriminación táctil a partir de presiones de distinta intensidad en distintas partes del cuerpo o de dos ligeros pinchaditos.
29. Reconocimiento y ejercitación del lado izquierdo del cuerpo con ojos cerrados.
30. Reconocimiento de objetos con mano izquierda y ojos cerrados.
31. Ejercicios de expresión no verbal de funcionalidad de objetos.
32. Ejercicios de canto relajado
33. Tareas artesanales que exijan un alto nivel de concentración.
34. Dibujo con mano izquierda
35. Armado de rompecabezas de distinta complejidad.
36. Integración de líneas y ángulos en un todo.
37. Búsqueda de relaciones en un plano verbal, visual, auditivo.
38. Reconocimiento auditivo de frases interrogativas, afirmativas, negativas, exclamativas, imperativas.
39. Reconocimiento de objetos en el campo visual izquierdo.

Indicaciones para la familia y los docentes:

1. Modelo de lenguaje suave y relajado

2. Nunca hablar rápido
3. Nunca interrumpir o dejar que otros lo hagan
4. No adoptar un modelo de lenguaje tenso
5. No adoptar un modelo de lenguaje académico, demasiado didáctico.
6. No adoptar un modelo de lenguaje demasiado complejo con frases largas y complicadas.
7. Es recomendable escuchar canciones grabadas para que el niño cante a la par.
8. Jugar a juegos suaves y relajados para que aprenda conductas motrices de este estilo.
9. Tratar de cambiar la actitud frente a la disfluencia de modo que no lo afecte hablar del tema.
10. Reforzarle las conductas verbales suaves y relajadas.
11. Ayudarlo a que resista la presión de tiempo.
12. Que perciba que todos tartamudeamos un poco y que hacemos repeticiones, silencios y pausas.
13. Que no pierda contacto con la mirada mientras habla.
14. No caer en la conspiración del silencio ni en falsa indiferencia
15. No fruncir las cejas, darse vuelta, desviar la mirada o multiplicar las preguntas cuando el niño habla.
16. No hacerle burla o darle consejos.
17. Organizar la vida del niño en la casa para que no produzca estrés.
18. Siempre trabajar para reducir la velocidad del lenguaje y de las situaciones.
19. Para pedirle cambios al niño, debemos hacer primero los cambios nosotros.
20. Respetar turnos para hablar en casa
21. Los padres deben encontrar tiempo

Apéndice:

En el libro de autoterapia de Malcom Fraser (1947), publicado por la Speech Foundation of America, se describen un conjunto de reglas básicas para los adolescentes que tartamudean. Estas reglas son doce:

- Acostúmbrese a hablar deliberadamente lento y despacio siempre, ya sea que tartamudee o no.
- Cuando usted comience a hablar, hágalo fácil, suave y blandamente, sin forzar y prologar los primeros sonidos o palabras a los que usted le teme.
- Tartamudee abiertamente y no trate de esconder este hecho.
- Identifique y elimine cualquier gesto inusual, movimientos faciales y corporales que posiblemente realiza mientras tartamudea, o trata de evitar la dificultad.
- Haga todo lo que pueda para frenar las actitudes de evitar, posponer o sustituir, las cuales usted puede haber adquirido para evadir, esconder o minimizar su tartamudez.
- Mantenga el contacto visual con la persona con la que habla.

- Analice e identifique qué están haciendo mal o inapropiadamente los músculos del habla cuando usted tartamudea.
- Aproveche los procedimientos para la corrección del bloqueo diseñado para modificar o eliminar el anormal comportamiento de los músculos del habla al tartamudear.
- Siempre avance a medida que hable
- Trate de hablar con inflexión, melodía y voz firme.
- Preste atención al habla fluida que usted tenga, sienta sus movimientos y posturas, no solamente sea consciente de su tartamudez, escúchese cuando está hablando fluido. Usted necesita reconocer y recordar sus logros y sus experiencias placenteras del habla. Mentalmente repita situaciones de conversaciones satisfactorias y sienta su fluidez para reforzar su confianza, recuerde que usted tienen la habilidad para hablar fluido. Para ayudarse a sentir este dedique tiempo leyendo o hablando cuando esté relajado y solo. Haga esto mismo mirándose al espejo y, mientras lo hace, sea consciente del habla, de que es posible para usted hablar fácilmente en forma normal sin dificultad ni esfuerzo.
- Mientras trabaja en estos procedimientos trate de hablar tan lento como pueda, ya que usted necesitará todas las oportunidades de trabajar sobre los procedimientos recomendados.

Cuestionario para Padres:

- Nombre del niño.....
- Fecha.....
- Edad.....
- Fecha de nacimiento.....

Nombres y edades de los miembros del grupo familiar:

.....

.....
.....

Describe detalladamente las dificultades del lenguaje de su hijo

.....
.....
.....

Describe detalladamente las dificultades del lenguaje de su hijo

.....
.....
.....

Describe un día común, incluyendo qué actividades realiza su hijo desde la mañana hasta la noche

.....
.....
.....

¿Cómo cree que es su hijo?

.....
.....
.....

¿Es inquieto o tranquilo?

.....
.....

¿Se apura cuando habla?

.....
.....

¿Es apurado para desempeñar otras actividades como jugar, comer, etc?

.....
.....

¿Es independiente o solicita permanentemente ayuda?

.....
.....

¿Le cuesta vestirse o comer solo?

.....
.....

- 1) ¿Manifiesta su hijo alguna molestia en el cuerpo cuando habla?
 - Se pone colorado

- Se angustia y transpira
- Se pone disfónico
- Desvía la mirada
- Hace algún gesto o movimiento con el cuerpo
- Saca la lengua
- Hace fuerza para hablar
- Lloro
- No quiere hablar
- Se queja de que no puede decir ciertas palabras
- Golpea el piso con el pie
- No contesta el teléfono o se rehúsa a abrir la puerta
- Evita hablar con extraños
- Le pide a usted que hable por él.

Si no le sucede ninguna de estas posibilidades, describa la actitud de su hijo frente al bloqueo:

.....

¿A usted le cuesta hablar?

.....

2) ¿Como actúa cuando su hijo se bloquea: vergüenza, incomodidad, pesadumbre, culpa, bronca, agresividad, tristeza, impotencia?

.....

¿Como actúa usted cuando su hijo se bloquea?

.....

¿Lo escucha? ¿Lo espera o lo interrumpe?, ¿Termina las frases que él tarda en realizar?, ¿Se preocupa?, ¿Le causa gracia?, ¿desvía su mirada?, ¿lo corrige?, ¿lo reta?

.....

.....
.....

4) Describa las actitudes de los hermanos, familiares y amigos frente al problema.

.....
.....
.....

5)

- ¿Qué juegos prefiere su hijo?.....
- ¿Qué mano utiliza con más frecuencia?
- ¿Le interesan otras actividades como el dibujo y la pintura?
- ¿Juega con otros niños?
- ¿Invita amigos a su casa? ¿ A qué juega con ellos?
- ¿Cómo le va en la escuela?
- ¿Cómo se relaciona con otros niños y con la maestra?
.....

6) ¿Cómo se considera usted como padre: Exigente, permisivo, protector?.....

7) ¿Existe en la familia algún miembro con las mismas o diferentes dificultades en el lenguaje?.....

.....

8) ¿ Porqué considera que su hijo tiene esas dificultades?

.....

9) ¿Cómo se siente contestando estas preguntas?

.....

Conclusión:

Aprender a hablar no es fácil. El habla requiere movimientos rápidos y complicados de la lengua, labios, mandíbula, cuerdas vocales y dientes. Además, la coordinación precisa de los músculos para la respiración y producción de sonidos es necesaria para la capacidad de un niño para hablar. Muchos factores pueden interrumpir estos procesos.

La mayoría de los niños comienzan a hablar normalmente en el momento que entran al jardín, pero algunos pueden que continúen teniendo un trastorno del habla o lenguaje. Es ese el momento en el que debemos estar alerta para comenzar el tratamiento.

Sabemos que la tartamudez se previene, se detecta tempranamente, se cura en los primeros estadios y se revierte más tarde, si realmente se interviene en la planificación del habla y en actitudes personales ligadas al miedo, a la tensión psíquica y muscular.

Lejos de ser un estigma o un motivo de vergüenza, la tartamudez es un hecho público y natural, y es en esta dirección que deben orientarse todos los esfuerzos sociales y personales.

Una de las grandes alegrías de los padres es escuchar a su hijo hablar. Pero para algunos, este proceso causa preocupación, frustración y aislamiento social.

Creo que la capacitación profesional para trabajar las disfluencias, los derechos de las personas que tartamudean, los derechos del niño que tartamudea en la escuela, seguramente influirán a mediano plazo en los resultados que buscamos.

No hay más remedio que construir modelos para trabajar cada día, integrar los nuevos conocimientos para optimizar nuestros tratamientos y describir procedimientos precisos y eficaces que permitan a otros reproducir nuestro éxito.

Bibliografía:

- Beatriz Biain de Touzet, "Tartamudez, una disfluencia con cuerpo y alma". 1ª ed. Bs As, Paidós 2008, pp 272.
- Dr Raul Martino –Dr Luis E Barrera, "El niño discapacitado" Nabuco 2003, Bs as, Arg. Pp 590.
- Fernandez Alicia-Zuñiga Marcos de León, "Tratamiento de la Tartamudez en Niños" Ed. Elsevier Masson, Barcelona, España.
- Seminario internacional de Tartamudez, "1ra Jornadas nacionales sobre disfluencia", Facultad de Medicina, Universidad de Bs As, Mayo 1998.
- <http://www.aat.org.ar/>
- <http://www.tartamudez.com.ar/>
- <http://www.tartamudez.org/>