

Intervención Logopédica en Disfemias.

Tema 1. Bases de la intervención en Logopedia (Concepción de la logopedia)

El principio base de la intervención es partir de la concepción de la logopedia como una disciplina científica.

Tradicionalmente la logopedia se concibe como una practica (profesión), hablándose de la práctica logopédica. Sin embargo esta práctica logopédica se debe basar en unos conocimientos (no se puede basar en unas recetas para curar). Estos conocimientos no deben ser meramente prácticos.

¿Qué es la logopedia?

Durante muchos años se consideró que era una profesión donde se aplican de manera empírica un conjunto de formas, de procedimientos que de una manera u otra pueden considerarse meras recetas.

Por ejemplo en la educación de los sordos, la logopedia sin ninguna base científica, se apuntó al oralismo total, en contra de los propios sordos (se decidió, sin más, que los sordos no hablaran por signos, sino mediante el lenguaje oral). Esto no tiene una base, es mera práctica.

Frente a esto, la logopedia no puede ser concebida como una mera profesión. No se puede definir la logopedia por lo que hacen los logopedas, sino que lo que los logopedas hacen tiene que estar definido por la logopedia. Se necesita un conocimiento científico, verdadero. La logopedia debe partir de esos principios verdaderos, comprobarlos científicamente.

Un conjunto de conocimientos sobre un tema constituye una disciplina científica. Así, la logopedia debe configurarse como una disciplina científica.

¿Qué problemática rodea a esto?

- En la tradición, esos procedimientos la logopedia los ha buscado en diferentes disciplinas y aunque ninguna de ellas en realidad puede decir que es la base de la logopedia. Todas ellas se consideran de algún modo inventoras de la logopedia. La logopedia las necesita para configurarse, pero debe independizarse en el estudio de las alteraciones del lenguaje. (el problema es que las demás ciencias no permiten la independencia).
- en la medida en que la logopedia es una disciplina autónoma aquel que tiene esos conocimientos y hace uso de ellos es también autónomo en principio, no necesita a nadie. Para algunas cuestiones puede necesitar a otros profesionales, pero el logopeda es autónomo.

El Campo de las alteraciones del Lenguaje: Investigación e Intervención

La logopedia es un conjunto de conocimientos ¿cuál es el campo de conocimiento de la logopedia? Es el campo de las alteraciones del lenguaje.

La logopedia es una ciencia que estudia problemas muy distintos, tanto en cantidad como en cualidad. Esto provoca dificultades para acotar su campo, así como también los distintos orígenes que tiene la propia disciplina. Existen distintas orientaciones dentro de la práctica logopédica; hay distintas escuelas.

Todo ello da lugar a una gran variedad y confusión terminológica. El campo de las alteraciones del lenguaje incluye dos vertientes:

- La investigación: la vertiente básica, porque es la que proporciona los conocimientos.
- La intervención: la vertiente aplicada.

La vertiente básica es la que está más desatendida, con lo cual la logopedia no evoluciona

La intervención no puede basarse solo en recetas, debe basarse en conocimientos. Al hablar de intervención logopédica, no se refiere a la rehabilitación, ya que el lenguaje es una habilidad por lo que no se rehabilita, se interviene.

Intervención es una actividad planificada que arranca desde el primer contacto que se tiene con el sujeto. Incluye lo que tradicionalmente se diferencia en diagnóstico y tto y que hoy en día llamamos evaluación y tto, pero también prevención, orientación, asesoramiento, etc.

Ej. En disfonías lo más importante es la intervención preventiva, en forma de asesoramiento a los padres.

El logopeda no necesita que le diagnostiquen un problema de lenguaje.

El tto se puede llamar intervención paliativa. La evaluación es el equivalente aparente del diagnóstico, pero esto es solo poner una etiqueta y la evaluación hace etiquetas, busca lo que está alterado, evalúa cuál es el problema, la alteración.

El logopeda no rehabilita. Es posible que el tto logopédico de lugar a una rehabilitación física, pero nuestro objetivo no es ese.

Modelos de Intervención

- El modelo de intervención por excelencia es el modelo clínico (el tradicional), este habla de diagnóstico, patología, etc.
- Otro modelo más moderno entiende el lenguaje como una actividad humana que cambia para mejor o peor (basado en un modelo evolutivo). Si es para peor decimos que se altera. Igual que se altera por un cambio desadaptativo, se puede cambiar de nuevo a mejor. Así se puede lograr que un lenguaje alterado desadaptativo, se adapte a mejor y sea más integrador.

Características de estos Modelos

El modelo tradicional está basado en lo orgánico, la organicidad. El evolutivo es un modelo comportamental, el lenguaje es un comportamiento, una actividad.

En el lenguaje no hay enfermedad. El lenguaje es una actividad, por lo que no tiene una patología; hay alteraciones que dan lugar a una inadaptación. El logopeda debe intentar cambiarlo y adaptarlo mejor. No se puede hablar de curación, hay cambios totales o parciales. En la logopedia tradicional la responsabilidad es del paciente. En el modelo, la responsabilidad es del paciente. En el moderno, la responsabilidad es compartida.

En el modelo tradicional, sin embargo, la intervención gira en torno al logopeda. Él ordena, dice, etc., mientras en la logopedia moderna está centrada en el sujeto y esta intervención depende de él.

- El tto va ir cambiando con el sujeto y por lo tanto debe ir cambiando los procedimientos junto con el sujeto; hay interacción, el logopeda es un interlocutor.
- Modelo clínico, es unidireccional, habla el logopeda y el paciente escucha

La logopedia tradicional es empírica

La logopedia moderna es instruccional, se relaciona con un modelo educativo que presupone que podemos introducir cambios en el lenguaje por medio de la instrucción. Así la instrucción es una forma de intervención y de acuerdo con lo que queremos conseguir en la logopedia este es el modelo más eficaz.

Acción–Intervención Pragmática en Logopedia

Intervención Pragmática:

El modelo moderno de logopedia concibe el lenguaje como una actividad del sujeto, un comportamiento que se aprende y desarrolla, que cambia como cualquier otro comportamiento. Esto nos obliga a la hora de intervenir, a fijarnos en como se producen esos aprendizajes en los sujetos que no presentan alteraciones.

Si nos fijamos en el desarrollo del lenguaje observamos que este surge, que se aprende en un contexto de conversación interactivo

El enfoque pragmático parte de esta observación de que el niño aprende a hablar conversando, con una intencionalidad que es la comunicación

Cuando vemos el desarrollo del lenguaje y los cambios en él desde esta perspectiva, usamos un enfoque pragmático y le damos más importancia al uso que a la estructura, a la funcionalidad que a la corrección. (Así cuando hablamos de acción–intervención pragmática, hablamos de evaluar la comunicación. Nos lleva a concebir la sesión de logopedia no como una sesión de corrección, unilateral, sino introducir una interacción)

La logopedia tiene que ser unidireccional y tendente a la corrección de la estructura y más interactiva, más centrada en el sujeto y así dándole más importancia al uso. El logopeda va a ser igual que un modelo, es un interlocutor conversacional del niño igual que un interlocutor privilegiado.

Un aspecto importante que se deriva de esta idea es que el logopeda debe plantearse la intervención en términos de interacción, y que la relación con los sujetos es asimétrica. El logopeda lleva el peso de la conversación, que es algo conjunto, Los logopedas deben observar las estrategias y las prácticas de cómo los adultos hablan a los niños; esto es aplicable al logopeda, como debe hablar con sujetos con alteración del lenguaje.

Enfoque instruccional

El enfoque pragmático nos dice que los cambios del lenguaje se llevan a cabo en un ambiente interaccional

El enfoque instruccional nos lleva a analizar cuales son las variables que están funcionando y que son las condicionantes de esos cambios. Se estudian las variables que determinan el cambio en estos contextos interactivos. A partir de estos estudios se diseñan tareas conjuntas para favorecer o provocar cambios.

El enfoque instruccional busca analizar las variables que influyen en los cambios en un contexto interactivo y aplicarlos en un contexto de interacción.

El responsable de que se mantenga la conversación es el logopeda (asimetría). Este tiene que cubrir las lagunas dependiendo de las limitaciones, y hay que usar trucos para que se mantengan la conversación y que la asimetría sea cada vez menor.

Sobre todo se fija en tareas conjuntas como la conversación, como lo hacen los que lo hacen bien, los llamados expertos, etc.

En situaciones de conversación asimétrica los expertos son los padres, sobre todo las madres. El logopeda

también deberá convertirse en un experto en situaciones asimétricas, en interactuar con sujetos con alteraciones.

Se basa en ver como lo hacen los expertos y tratar de imitarles. El logopeda debe convertirse en un experto en comunicarse con personas que tienen problemas de comunicación.

Por lo tanto una de las principales escuelas para la intervención logopédica serán las madres (fijarse en la conversación con los niños, al igual que los niños entre ellos)

En la intervención logopédica deberán primar los objetivos comunicativos frente a los lingüísticos o gramaticales. Ello implica darle tiempo al niño y la oportunidad para que cuente cosas, se comunique. Sobre todo darle una ayuda eficaz.

Hay que crear contextos, y el sujeto debe tener claro que asiste al contexto logopédico para comunicarse con alguien.

¿Cómo optimizar el contexto?

- Tratar de compartir con los sujetos
- Hay que compartir el tema. Debe ser un tema de interés para ambas partes (no imponer). Se ayuda al sujeto a plantear un tema de interés, para que se esfuerce más en comunicarse, y para que la comunicación sea más efectiva. La asimetría conversacional no nos debe llevar a plantear a nosotros los temas. Tenemos que hablar de lo que nos plantea el sujeto, debemos averiguar sobre que le interesa comunicarse, adaptarse a los gustos del sujeto.
- Compartir tiempo: el experto tiene tendencia a monopolizar la conversación. En una sesión de logopedia lo que aprende el sujeto es inversamente proporcional a lo que habla el logopeda
- Negociar significados: aprender a hablar no es más que negociar significados. Enseñar el lenguaje es negociar con los sujetos el significado de las palabras.

Siempre utilizar un lenguaje adecuado al sujeto siguiendo el modelo de los expertos para convertirnos nosotros en expertos.

También las estrategias de instrucción de los expertos, que no solo se dan en lenguaje y que están basadas en la idea de cómo aprendemos cosas nuevas.

El enfoque instruccional por un lado toma como modelos a los expertos y por otro, copia sus estrategias.

La línea más fértil en este enfoque parte de la idea observación científica de que los aprendizajes nuevos se producen normalmente con la ayuda de quienes lo hacen mejor y es el contexto de tareas compartidas lo que vamos aprendiendo a hacer solos es aquello que en un momento dado no lo sabemos hacer solos, pero sí con la ayuda de alguien (lo que sabemos hacer solos, se hace solo, lo que no sabemos hacer, podemos hacerlo con la ayuda de alguien)

La intervención instruccional es una intervención en la zona de desarrollo próximo. Por ello una logopedia moderna que se basa en este enfoque debe tener tiempo para evaluar el sujeto.

Gnoseología Logopédica: Clasificación de las Alteraciones del Lenguaje.

La primera dicotomía que sirvió para clasificar las alteraciones del lenguaje fue orgánico–funcional (fisiológico), establecido por el modelo clásico tradicional.

Separa lo que tiene una causa conocida (anatómica, fisiológica, neurológica,...) de lo que tiene una causa desconocida, donde se incluyen aspectos psicológicos o orgánicos, pero no patológicos (es muy confusa)

La segunda de las clasificaciones nos vino de Saussure (1916), estableció la diferencia entre lengua y habla. De este modelo lingüístico surgieron las clasificaciones de Perelló.

Al ser adaptada por un modelo médico también se traslado al terreno anatómico, los trastornos del lenguaje se remiten al proceso cerebral y los del habla se centran en la articulación en órganos periféricos

La clasificación de Perelló diferencia trastornos del habla y del lenguaje:

- Trastornos del habla:

Dislalias

Disglosias

Disartrias

Disfemias

- Trastornos del Lenguaje:

Afasia

Def. mental

Trastornos psíquicos

Disfasia

Dislexia

- Otros:

Sordomudez

Problemas de Voz

Criticas a estas clasificaciones: No tiene un claro fundamento científico. Determinadas alteraciones se consideran fisiológicas funcionales sin tener clara la diferencia. No tiene demasiada utilidad para la intervención

El problema de las clasificaciones en logopedia es que se han orientado al diagnóstico, al etiquetado, pensando que con ello se podía ayudar al tto, orientación, pero no ayudan y muchas veces confunden

El modelo comunicativo que se mezcla con estos y distingue trastornos del input (def. auditiva) trastornos del output (dislalia) y trastornos centrales (afasia)

Frente a todas estas clasificaciones, cabe reducir el campo de alteración al lenguaje. Dentro de las alteraciones del lenguaje se puede incluir:

- Alteraciones primarias: son las que se producen directamente, que no son secundarias. Ej. dislalia, disglosia, disfemia, retrasos del lenguaje, disfasias, afasias, problemas de voz, problemas de lectoescritura.
- Alteraciones secundarias: aquellas que se generan a partir de otro déficit. Ej. def. auditiva: la alteración del lenguaje es secundaria a una deficiencia

auditiva, la disartria es secundaria a una def. motora, def mental, def. socio-afectiva (autismo)

Tema 2. Introducción a las Disfemias.

Definiciones

- Perelló

Es un trastorno del habla, caracterizado por:

- Repetición de sílabas
- Paros espasmódicos que interrumpen la fluidez
- Se acompaña de angustia
- Herbert

Se trata de una perturbación en el ritmo , en la distribución temporal de los elementos verbales

- Van Riper

Un momento de tartamudez es una palabra que está mal organizada temporalmente, así como la reacción del locutor consecuente con la emisión de dicha palabra (la disfemia no es solo un problema de ritmo, sino también la reacción de angustia del locutor)

- Wingate

Es un problema en la fluidez caracterizado por repeticiones o prolongaciones involuntarias muy frecuentes que a veces van acompañadas de movimientos que pueden estar o no relacionados con el habla. El sujeto experimenta un estado negativo y una tensión. Se debe a una incoordinación, pero su causa última es desconocida y se supone compleja y diversa.

Disfemia, Tartamudez y Farfulleo

- Disfemia: se refiere a un síndrome (conjunto de alteraciones) , que son de tres tipos:
 - Problemas o alteraciones lingüísticas
 - Alteraciones psicológicas (logofobia)
 - Alteraciones o rasgos motores (balbismo)

Así la disfemia es un problema que no afecta solo al lenguaje.

- Tartamudez: alteraciones exclusivamente lingüísticas

Desde esta diferencia, es desde la cual se dice que todos somos tartamudos, ya que todos tenemos repeticiones, bloqueos, etc., pero no somos disfémicos (ya que no reaccionamos negativamente ante eso)

La disfemia no existe como una única cosa, hablaríamos de disfonemias. Tiene manifestaciones muy variables, y cada caso es diferente. Es tan diferente porque la disfemia es un patrón de habla individual, como el que tenemos cada uno de nosotros, aunque en la disfemia está alterado.

- Farfullero: es una alteración del lenguaje caracterizado por rapidez excesiva que afecta a la inteligibilidad
- Taquilalia: hablar deprisa
- Taquifemia: hablar deprisa, cuando esto se convierte en una alteración para el sujeto, para comprenderlo.

Se ha tendido a establecer una relación estrecha entre la disfemia y farfullero. Esta relación se ha establecido en diferentes niveles.

Los padres taquilálicos pueden ser un modelo para que sus hijos sean disfémicos

Se ha hablado del farfullero como uno de los rasgos de la disfemia (algunos disfémicos farfulleran). Incluso para algunos autores el farfullero es el origen de la disfemia (Weis) (en el sentido de que quiere hablar más deprisa)

Puede ser un recurso para superar, controlar u ocultar la disfemia.

Van Riper relaciona el farfullero con una desorganización temporal.

Clasificaciones de las Disfonemias.

La clasificación tradicional es descriptiva y esta centrada en los síntomas logopáticos; como ocurre con el modelo tradicional de la logopedia, esto nos dice poco del problema. Se limita a proporcionarnos una etiqueta.

Esta clasificación diferencia entre disfemia tónica (espástica o abierta) y clónica (cerrada).

- Disfemia Tónica: Inmovilización muscular fonatoria, seguida de una explosión cuando la inmovilización cede. Son los bloqueos o espasmos, aunque estos términos también se usan como sinónimos de disfluencia
- Disfemia Clónica: Repetición de sílabas o palabras incontrolada, pero son contracciones anormales de los órganos.

Tiene una subclasificación que son las disfonemias mixtas; se llaman tónico-clónicas y clónico-tónicas. Se supone que tiene peor pronóstico las que tienen más componente tónico (peor la tónica que la clónica y peor la tónico-clónica que las clónico-tónicas)

Clasificación del modelo Evolutivo

Lo que se trata es de explicar las modificaciones en el patrón de habla que van generando una tartamudez (disfemia). No se preocupa tanto de síntomas y es muy útil de cara a la intervención. Se diferencian cuatro estadios en la tartamudez, de los cuales sólo los dos últimos son propiamente disfémicos.

- Tartamudez inicial: todos los niños cuando están aprendiendo a hablar titubean, se atascan y tartamudean. Son los titubeos propios de quien está aprendiendo a hablar. (más o menos hasta los tres años)
- Tartamudez del desarrollo (3-5 años): Es lo que se llamó disfemia fisiológica. Es una continuación e intensificación de la tartamudez inicial. Esto ocurre a todos los niños, (hay discusión sobre si se debe

intervenir o no en estos casos). Aproximadamente sólo uno de cada cinco de estos niños llegan a desarrollar una disfemia.

- Disfemia primaria (5–6 años): Son niños que ya tienen un patrón disfluyente. Es un patrón con unos rasgos poco marcados (hay bastante continuidad, no hay mucha ruptura). Es un patrón con poca tonicidad, porque en esta disfemia primaria el componente emocional todavía es bajo 8 hay poca logofobia, son poco conscientes). Es el momento óptimo para intervenir.
- Disfemia secundaria: Procede de una disfemia primaria, es el caso de sujetos adolescentes, adultos que son muy conscientes y emotivos (lo que provoca miedo a hablar), han incorporado o pueden incorporar movimientos asociados, y en ellos el patrón es muy difícil, muy desarticulado.

Inicio y Evolución de las Disfemias

Se refiere a una explicación de Miguel Serra. Este propone cuatro ideas sobre el inicio y evolución de las disfemias.

- La disfemia no se diferencia inicialmente en el aprendizaje de la fluidez (en el inicio no se diferencia quien va a ser tartamudo)
- En ese aprendizaje de la fluidez, episodicamente los niños se encuentran con dificultades, fundamentalmente en transiciones difíciles (Ej. cuando tienen que empezar a hablar el inicio del discurso y la coarticulación (grupos consonánticos))
- Los niños utilizan una serie de estrategias estables para solucionar esas dificultades (el niño y el medio también usan estrategias para solucionar). Algunos de estas estrategias, que no podemos identificar, por razones desconocidas, provocan progresivamente disrupciones (rupturas), incremento de las repeticiones, incluso tensión y conciencia del problema.
- Sin que se haya identificado cuando, ni porque todos estos problemas hacen que este patrón disruptivo aparezca ya totalmente consolidado. Hay niños que modifican su habla buscando sistemas de planificación y control (lo que hacemos todos), pero que por razones desconocidas generan una solución difémica al problema de la fluidez.

Incidencia de la Disfemia

Cuando se inicia el estudio es antes de los siete años, en un 90% de los casos.

Hay tres etapas críticas: Disfemia fisiológica

Inicio de la escolaridad

Inicio de la pubertad

Incide más en los hombres que en las mujeres (entre un 75 y 80% más); esto debe verse en un sentido evolutivo, ya que hasta los cinco años la proporción es solo de 2 ó 3 niños por niñas. Es la edad escolar cuando es de 4 ó 5 niños por niña. En la edad adulta es de 6–11 hombres por mujer.

Esto indica el carácter evolutivo de la disfemia y que las mujeres se van recuperando mejor (una niña mejora de las disfemias evolutivas).

Las niñas son capaces de resolver mejor los problemas del lenguaje que los niños, no se quedan atascadas. Esto se nota especialmente en la disfemia. Esto no dice que sean mejores en el plano lingüístico.

Nivel sociocultural: la disfemia es más frecuente en países desarrollados. (sobre todo en USA). Más disfémicos en clases ascendentes, más disfémicos en universitarios (esto indica que influye la presión, ya que estamos hablando de aprender una habilidad, y en este aprendizaje influye la presión). Puede haber

tartamudez sin que haya disfemia, por ejemplo hay casos de afasias que presentan tartamudez, pero no disfémicos.

Tema 3. Características de la Disfemia.

Características relativas al lenguaje:

- Respiración
 - Fonación
 - Articulación
 - Codificación del lenguaje propiamente dicha.
-
- **Respiración:**

Los disfémicos en el patrón de habla suelen presentar características alteradas de respiración y referidas al ritmo, presentando una incoordinación

La inspiración es superficial y frecuente, con paros.

La espiración es rápida, asincrónica con la fonación. Hay una expulsión prefonatoria del aire que obliga a movimientos suplementarios.

Todas estas características de respiración no constituyen la causa del problema, por lo tanto la solución a la disfemia la da la modificación de este patrón respiratorio.

- **Fonación:**

Excesiva tensión laríngea prefonatoria. Ataque de voz duro, con golpe de glotis. Alteración en el ritmo de cierre glótico.

La fonación es con aire residual habitualmente. Fonación breve con una dificultad por lo tanto para modularla (mantener el tono)

Respiración y fonación son más bien consecuencias del patrón de habla disfémico.

- **Articulación:**

Estas alteraciones, repeticiones, bloqueos...espasmos, prolongaciones, pausas disfluentes, muletillas, estereotipias, falta de sincronía, exceso de presión articular, lo que hace que el sujeto a veces emita ruidos, sonidos durante o tras los bloqueos.

También se produciría presencia de boca abierta (para realizar movimientos respiratorios suplementarios), dilatan las aletas nasales.

Las características disfémicas de la articulación tienen factores determinantes puntuales (no se dan las mismas en todas las situaciones, sonidos,...)

- Más problemas de articulación en consonantes que en vocales. Dentro de consonantes las oclusivas.
- Más problemáticas las palabras largas
- Más problemáticas las palabras significativas para él, las más importantes (nombres,...)
- El determinante puntual más importante: en posición inicial, más bloqueos en fonemas de posición inicial de palabras

Se ha hablado de un efecto de terquedad, en el sentido de que se bloquean siempre en los mismos sitios. Por eso, el disfémico sabe donde se va a atascar, lo que hace que se obsesione y se atasque más.

• **Codificación del Lenguaje:**

Todos tenemos disfluencias. El patrón de habla disfémico no se queda solo con los problemas articulatorios sino que incluye una serie de estrategias que convierte su habla en algo realmente alterado. El lenguaje está lleno de estrategias de evitación y sustitución. El disfémico presenta paragramatismos, agramatismos, retraso en la respuesta, circunloquios, problemas de acceso léxico (no encuentra la palabra).

Alteración en el tiempo y tono del lenguaje, embolofrasias (introducir palabras o expresiones de relleno)

El patrón de habla estaría en función de una serie de determinantes:

- Mejoran con la lectura (cuando leen, sobre todo en los casos más severos, en los leves o más encubiertos en cambio pueden empeorar con la lectura)
- Mejoran cuando se habla a la vez que otra persona (ensombrecimiento)
- Hablan peor con auditorio, aunque hay un efecto de adaptación (este efecto es bastante problemático, porque el sujeto se acostumbra al logopeda y con él mejora su habla pero esto no indica que haya superado su problema)
- El canto no suele verse afectado
- Con el alcohol, suelen mejorar (al bajar el nivel de conciencia)
- En situaciones disfóricas (euforia o enfado) suelen mejorar (pierden en alguna manera el control del habla y esto les viene bien, ya que controla demasiado el habla)
- Empeoran cuando están en situación de cansancio forma física o psíquica baja
- Tener síndrome de cuanto mejor, peor, cuanto mejor lo quieren hacer, peor lo hacen, en situaciones importantes.
- Cuando hablan en voz alta solos, hablan mejor. También mejoran al hablar en la oscuridad, con animales, sus familiares.
- Hablan peor por teléfono.
- Mejoran al decir series de palabras que saben, o se les marca un ritmo para que hablen
- Es muy frecuente que tengan problemas al decir su nombre (palabras significativas)

• **Características Psicológicas (Logofobia):**

La disfemia se caracteriza por la ansiedad, angustia, miedo,...la fobia que acompaña al habla. Este miedo o vergüenza al hablar que puede abarcar desde el mutismo hasta reacciones fóbicas (escapar ante determinadas situaciones), está estrechamente relacionado con el grado de conciencia que tiene el sujeto de su problema. Es mayor cuanto mayor es su nivel intelectual.

Esto lleva a una discusión sobre si los disfémicos tienen una personalidad característica y si esta es la causa o consecuencia de su problema.

La mayoría de disfémicos son introvertidos, evitan las relaciones sociales (aunque puede ser resultado de la experiencia). Pero también hay disfémicos muy extrovertidos que quieren llamar la atención.

Otra cuestión es la relación inteligencia-disfemia. Para algunos los disfémicos están entre los más inteligentes. Para otros los disfémicos están ligados a problemas de aprendizaje, que se dan entre los menos inteligentes.

Los disfémicos son tendentes a la fabulación.

A menudo hay familias sobreprotectoras ansiosas y ansiógenas

Suelen ser personas muy sensibles y susceptibles

Características motoras (balbismo):

En casos más severos se pueden apreciar movimientos asociados al habla, que pueden ser proximales (los que afectan a músculos de cara, cabeza, próximos a la boca) ó distales (apretar puños, mover brazos o piernas)

La cuestión está en hasta que punto son movimientos voluntarios o automáticos.

Hay dos tipos de movimientos:

- Movimientos primitivos: serían inicialmente automáticos. Serían los proximales. Resultado de la irradiación de la tensión articularia. Estos movimientos primitivos, automáticos, podrían convertirse en secundarios si el sujeto los introdujera voluntariamente como facilitadores (esto es lo que ocurre con la mayoría de movimientos distales)
- Movimientos secundarios: son movimientos introducidos voluntariamente como ayuda. Incluso los primitivos podrían convertirse en secundarios. Son los que sirven de apoyo.

A menudo en el tratamiento hay que empezar por aquí, por eliminar los movimientos secundarios aunque quede algún movimiento primitivo.

Signos Orgánicos

El modelo tradicional (clínico, médico) a pesar de no haber encontrado una causa orgánica para las disfemias, nunca ha dejado de buscar algún signo orgánico. Para este modelo resulta inaceptable un trastorno del lenguaje de tal envergadura (como la disfemia) sin ningún resto, indicio de organicidad.

Así se han buscado rasgos como que los difémicos tienen más alergias, pequeñas malformaciones, como asimetría del paladar, distribución pilosa anormal, síntoma neurovegetativos con rubor,...

Tema 4. Tª Etiológicas y Etiopatogénicas.

Como es típico de un **modelo orgánico**, la primera culpa, se hecha a la herencia, **Tª Hereditarias**, sin embargo, la disfemia no se hereda. Es un patrón de habla que se aprende, así que en familias se puede favorecer que se aprenda un patrón incorrecto.

Se ha hablado de que se hereda una personalidad disfémica, una habilidad para la fluidez,... Todas las posibilidades de herencia directa o indirecta no tienen pruebas.

También se ha relacionado con la lateralidad cerebral y la zurdería contrariada. La disfemia no se ha comprobado que esté relacionada con la dominancia hemisférica, lateralidades no homogéneas, etc.

Hay una serie de **Tª Neurológicas**; retraso en la mielinización, disarmonía evolutiva, desarrollo neurológico más rápido de unas zonas que otras, disfunciones del sistema vegetativo (estas podrían ser claramente secundarias, ser consecuencia; son palpitaciones, rubor, etc.)

Un conjunto de Tª con bastante crédito, son las **Tª Audiógenas**, no hay sordos disfémicos y al ensordecen a los sujetos estos mejoran, el fenómeno del habla retardada (con unos cascos, lo que dice el sujeto lo oye con un tiempo de retraso y el disfémico mejora). Todo esto hizo pensar que la disfemia tenía que ver con la audición, con el feedback auditivo.

Según Tomatis, el disfémico lo es por una hipoacusia diferencial. Esto provocaría un efecto de habla retardada en el proceso lingüístico. Ensordeciendo un oído dice que mejora

Mysak se refiere a un ensordecimiento, de bio-feedback, un mecanismo que se retroalimenta, en virtud del cual si el sujeto se escucha cometer un error se interrumpe el habla. Así, el disfémico tiene este sistema excesivamente agudizado.

Tª Patógenas, relacionan la disfemia con el estado general de salud. Ya que los disfémicos enfermos, hablan peor. Así, se ha hablado de que tienen alteraciones respiratorias, etc.

Tª Psicológicas, se pueden dividir en exógenas y endógenas.

En general es la alteración del lenguaje a la que se atribuye un mayor componente psicológico

Tª Exógenas, se ha hablado de shocks emocionales como causa de tartamudez. Es difícil encontrar casos en que la tartamudez se ha generado así. Más bien estados persistentes de stress, ansiedad, si pueden favorecer el desarrollo de una disfemia.

Diagnosogénia: es uno de los principales problemas para muchas personas con alteración de distinta índole. Es la etiqueta, cuelgan la etiqueta de tartamudo y se acaba de tartamudo.

Muy habitualmente son los familiares los que cuelgan la etiqueta.

Esto está muy relacionado con familias que preocupan excesivamente cuando el niño en el curso normal del desarrollo tiene problemas de fluidez.

Se podría decir que en muchos casos este ambiente sí puede ser un factor nuclear del origen de la disfemia. La logofobia, muy a menudo, es un miedo que no tiene el niño, sino sus padres o familia.

Hay otros ambientes desfavorables, que constituyen un factor decisivo: la escuela; los niños la desarrollan o consolidan al iniciarse en un ambiente escolar, no solo por las burlas, sino por la presión.

La imitación es otro factor exógeno. El patrón de habla es parte que se aprende por imitación. Hay que darle importancia, ya que a veces los niños intentan imitar patrones inimitables, como la taquifemia. Por ello, en niños pequeños, en su tratamiento el trabajo es con los padres, no con el niño. No deben darle importancia si un niño de 3-4 años se atranque.

Hay una tartamudez imitada o afectada (impostada). Aquí no hay disfemia, solo hay tartamudez.

Tª Endógenas se achaca la disfemia a la personalidad del sujeto, histeria, inseguro, agresividad reprimida, etc.

Otra teoría endógena es la llamada Influencia lingüo-especulativa, la idea es interesante porque en principio considera que puede haber un desequilibrio entre la inteligencia y la capacidad lingüística en el plano temporal. El sujeto piensa muy rápido para lo lento que tiene la lengua o que piensa muy despacio para la rapidez de la lengua

Hay niños que tienen un desarrollo sintáctico muy rápido que determina unas exigencias de fluidez prematuras. También hay niños que llegan a aprender la fluidez con retraso.

Tema 5. Evaluación de las Disfemias.

Razones para la Evaluación.

Dentro del proceso de intervención logopédica lo más importante es la evaluación. Si se quiere combinar algo hay que saber que se quiere cambiar. En una disfemia no vale decir que es tónica, clónica, con antecedentes familiares, porque de esta evaluación va a salir una selección de los métodos más adecuados para intervenir en ese sujeto. Con esto se ve que no hay un método para tratar la disfemia. El método y la programación nos da el sujeto y hay que obtenerlo evaluando al sujeto.

Un problema es el tiempo de evaluación, que va a depender del contexto en el que nos hayamos; en nuestro medio habitual se suele evaluar la disfemia en una hora o menos. La evaluación no es solo previa al tto., sino que debe continuar a lo largo del tto. Entre una y tres horas es lo más normal, pero es poco tiempo. En América, como mínimo una semana o 25 horas para evaluar es poco tiempo con el tiempo previsible de rehabilitación.

Esta evaluación previa debe atender a diversas áreas:

- El patrón fluente/normal: el sujeto entre disfluencia y disfluencia, tiene momentos de fluencia. Este patrón es el que hay que rescatar
- Hay que analizar minuciosamente las disfluencias: tipo, naturaleza,...
- Conocer la historia del desarrollo del lenguaje: como empezó a hablar, cuando empezó la disfemia y el ambiente ante ese desarrollo.
- Factores que afectan al habla: cuando mejora, cuando tiene mas disfluencias
- Como es su entorno escolar, familiar, social, laboral,...
- Como este entorno responde al problema
- Actitud del sujeto, como afronta el sujeto su problema y la propia intervención (si va voluntariamente, que espera,...)
- Otros aspectos de interés

Fiabilidad, Procedimientos e Instrumentos

En la evaluación de la disfemia encontramos el problema de la fiabilidad (precisión).

Esto en la disfemia es importante por la propia variabilidad de esta alteración. Hay que desarrollar estrategias, pautas que permitan aliviar este problema, tales como: dedicarle mucho tiempo a la evaluación, evaluaciones sistemáticas, utilizar procedimientos estandarizados, registros audiovisuales; el logopeda debe estar adiestrado, entrenado para detectar y evaluar disfluencias.

Instrumentos para Evaluar la Disfemia

No hacen falta grandes instrumentos:

- Vídeo: es el más moderno, cuando no había esto se utilizaba un electromiógrafo para medir la tensión
- Analizador de frecuencia-intensidad: sirve para medir tono e intensidad del habla
- Visi-pitch: permite analizar la voz, sobre todo tono e intensidad. Hoy día se sustituye por diferentes programas informáticos
- Sonógrafo: más para la lingüística
- Neumopolígrafo: hace curvas de la respiración. Junto con el vídeo es un aparato interesante.
- Cronometro
- Contador

Procedimientos

Fundamentalmente observar el habla y registrarla audiovisualmente. Es interesante observarlo en directo, pero también sin que se de cuenta, como una cámara de Gessel, con espejo unidireccional. Observar el habla con

entrevista y cámara de Gessel. Anotar todos los datos de la entrevista, los de anamnesis

Introducir pruebas, test en un momento avanzado de la evaluación. Hay muchos test, cuestionarios (algunos interesantes están en el libro del congreso de Salamanca). Escala de Iowa: escala más importante para evaluar la tartamudez

Se deben intercalar tareas como contestar a un cuestionario, con la conversación sobre el problema. Interesa evaluar el habla, pero también la actitud y grado de comprensión sobre su problema. Esto se observa con la conversación. También tener en cuenta el nivel de conciencia del problema y el grado de tolerancia; esto se puede ver, enseñándole un vídeo en que se haya grabado previamente y enseñárselo para que se evalúe y comente (esto es para sujetos con disfemia secundaria). Observar las reacciones emocionales

Utilizar tareas de lectura, evaluar el habla en lectura. Esta tiene una ventaja: puede repetirse en distintos momentos. Así, se puede ver la variabilidad del problema haciéndole leer lo mismo en distintos momentos.

El propio sujeto y la familia debe autoevaluarse, sus acompañantes

Evaluar la actitud de cara al tto. (lo más importante)

Averiguar porque acude al logopeda, aunque sea un niño. Si va obligado no hay nada que hacer

Saber que idea tiene de lo que se va a hacer con él. Su idea suele ser que le van a enseñar bien. Hay que dejarle claro que se va a hacer y que va a cambiar su forma de hablar.

¿Cuál es el objetivo del sujeto? Hay que ver que objetivos tiene, si no los tiene, aclarárselos y mostrarle cuáles son nuestros objetivos de cara al tto., Ayudar al sujeto a tener objetivos realistas

Conocer cuanto tiempo y esfuerzo está dispuesto a dedicarle. En niños, esto depende más de los padres. En adultos, de ellos mismos. Esto es importante porque la disfemia no se trata rápido

Evaluación de la Fluencia–Disfluencia

Los datos de anamnesis se obtienen en el proceso de evaluación. Evaluar el habla, el patrón de habla.

• Evaluación de la fluencia–Evaluación de la Disfluencia:

En primer lugar hay que evaluar la fluencia. Para esto hay que cronometrar lo que dura una intervención del sujeto bien sea leída u oral, que cuente algo durante uno o dos minutos sin parar. Hay que evaluar el tiempo total de habla porque esto va a permitir evaluar la velocidad. El tto de la tartamudez pasa por el control de la velocidad de habla.

• *Evaluación de la fluencia. Aspectos segmentales:*

- TTT– Tiempo total habla
- PPM– Velocidad de habla (palabras por minuto)

Lo normal está en analizarlo en dos o tres minutos de habla espontánea. Se hace sobre la base de pedir al sujeto que hable sobre un tema pasado, presente o futuro. Para temas más fáciles es lo que hace en el colegio, excursiones, etc. En adultos, temas relacionados con el trabajo. Esta tarea conviene hacerla, para contrastar, en lectura más o menos 300 palabras en lectura.

Contar una historia a partir de una lámina, se puede buscar un dibujo adecuado o usar láminas específicas para

este fin (en el test de Boston). Otra lámina habitual es la lámina 10 de TAT, para adultos y para niños, lámina del CAT, se pregunta que paso que esta pasando y que va a pasar.

Es difícil establecer un criterio, sin embargo es fácil saber cuando la velocidad es alta. La media estaría (en inglés), entorno a 140 pal/min cuando se narra algo, 175 pal/min en lectura y 125 pal/min cuando se trata de una lámina. Son más rápidas hablando las mujeres que los hombres

- *Otros índices orientativos:*

- Velocidad media de producción de oraciones– OPM
- Sílabas por minuto– SPM; en el habla fluente interesa evaluar el tiempo sin disfluencia para el que hay que cronometrar el tiempo entre cada disfluencia y sacar la media de tiempo
- TSD– Tiempo entre cada disfluencia

- *Aspectos prosódicos:*

- *Ritmo–tiempo*
- Entonación (exagerada, monótona, estereotipada,..)
- Cambios de entonación
- Acento–Intensidad (a veces falta el acento, está exagerado, mal colocado. La intensidad puede ser baja, alta o intensidad mal distribuida en la palabra)

- **Evaluación de la Disfluencia:**

Se va a hablar de:

- Espasmos: son las disfluencias originarias, las que están provocadas por exceso de tensión. Se va a mantener la terminología clásica y se diferencian los espasmos clónicos y los espasmos tónicos. De los espasmos clónicos (repeticiones) tenemos que determinar si son lentos o rápidos, si son fáciles o forzados, secuenciales o hay rupturas en las repeticiones, frecuentes o esporádicos y si aparecen aisladas o acompañadas de otras disfluencias. Conviene medir el nº de veces que repite la sílaba o la palabra. Cuanto más variados y complejos sean estos espasmos más severo es el problema. De los bloqueos (espasmos tónicos) lo primero que se suele evaluar es el locus: dónde se produce, el locus articulatorio puede ser labial, velar, etc.
- Severidad
- Duración: se usa el cronómetro

Se habla a veces de espasmos clono–tonicos, el bloqueo esta interrumpido por repeticiones.

Hay un tipo de bloqueo a medio camino entre repetición y bloqueo, que son las prolongaciones.

A estos recursos resultantes de la tensión, se añaden los recursos asociados. Son recursos que el sujeto aplica para superar, controlar o evitar las disfluencias los espasmos, recursos que lo que hacen es complicar los espasmos básicos

Estos recursos asociados se pueden clasificar en recursos abiertos o de esfuerzo y en recursos encubiertos o de evitación

- **Recursos de Esfuerzo:** Inicialmente formaron parte del espasmo y consisten en la tensión muscular aplicada a zonas proximales, aplicación voluntaria de esfuerzo para salir del bloqueo. Se incluyen también los cambios de tono e intensidad. También son recursos de esfuerzo los movimientos asociados. A veces los recursos de esfuerzo se convierten en patrones de evitación. Es muy frecuente

que tras el tto que han fracasado se incorporen como recursos de evitación.

- **Recursos de Evitación:** Serie de recursos o estrategias que como su nombre indica, el sujeto utiliza para evitar la palabra o frase temida. Los recursos de evitación reflejan muy bien el grado de conciencia de la tartamudez y el grado de temor. Dentro de los recursos de evitación, que complican mucho el patrón: el recurso por excelencia es el de la **posposición**, consiste en una estrategia de retraso; **pausas**, son pausas disfluentes, un sujeto poco consciente no tiene porque tener pausas disfluentes, si tiene muchas es muy consciente, esta evitando. **Muletillas** (eeeeee..., no me acuerdo..., estoy pensando...), **preguntas, aclaraciones**. El sujeto con ello busca concentrarse en algo que cree que no va a decir bien. Necesita una pausa para pensar lo que va a decir, y se relajan. También buscan que el interlocutor conteste, que diga lo que le acaba de preguntar. **Starter**, arranque. Se puede considerar el starter como una forma de embolofrasia. Es una estrategia para iniciar o articular las palabra temida (ej. me llamo mmm Pedro). Se introduce una muletilla para ayudar. Es una forma evolucionada de la posposición. El starter puede ser también un movimiento (ej. contracción de los párpados, músculos faciales). **Rectificación**, corrección de la disfluencia una vez empezada, por medio de una posposición, starter, sustitución,.. (ej. me llamo Ra, Ra, mmm, Ramón). No son positivas, complican la situación. **Escape**, derivan de recursos de esfuerzo. Usados con cierta labilidad, encubren muy bien la disfemia. A veces son gestuales (ej. mov de ojos), otras un sonido intercalado. **Sustituciones**, sinónimos, apodos, abreviaturas. **Circunloquios. Omisiones de palabras.**

Su variedad y combinatoria determinan mayor severidad. Son los mismos recursos y disfluencias que aparecen en personas normales como estrategias para lograr la fluencia. Dentro de los recursos de evitación hay un grupo en particular que son los recursos de anticipación

- **Recursos de Anticipación:**

Son estrategias encaminadas a evitar la disfluencia, cualquier disfluencia.

- Evitar hablar, su estrategia es tender a evitar hablar para no hablar mal. Esto fomenta una serie de actitudes sociales, bien de tipo agresivo o bien sumisas.
- La mirada, evitación de la mirada o mirada fija al interlocutor. Es un patrón que se aprende, combinado con el habla. Muchos difémicos intentan evitar la mirada.
- Hablar más alto o más bajo, normalmente más bajo, pero también algunos hablan más alto
- Usar ritmos estereotipados (entonar siempre igual)
- Aumentar tasa de respiración
- Movimientos rítmicos
- Hablar más o menos rápido, generalmente hablar más rápido, articular menos para no atascarse. Por ello la mejora suele venir con un enlentecimiento del patrón.

Estos recursos de anticipación hacen que el sujeto tenga una predisposición, que se prepare para el habla. Estas disfluencias se registran de un modo objetivo.

Registros de las Disfluencias

- Palabras tartamudeadas por minuto (PTM)
- Sílabas tartamudeadas por minuto (STM)
- % palabras tartamudeadas por minuto
- % sílabas tartamudeadas

Registro de Adaptación:

Valora hasta que punto un sujeto se adapta (que mejora en un ambiente)

Se evalúa en una situación de lectura. Se puede hacer leer al sujeto el mismo texto hasta cinco veces y luego se calcula el % de adaptación entre dos lecturas.

La adaptación es mayor si permanece constante el auditorio. Así para evitar la adaptación en el tto, introducir otras personas.

A partir de 15 minutos ya no es significativo (no se debe dejar más de un cuarto de hora entre lecturas)

La longitud en textos cortos no afecta a la adaptación. En textos de más de 500 palabras, comete más errores, luego comete menos.

La adaptación es mayor en sujetos con mas errores y en textos de más de 500 palabras

La adaptación es menor cuanto menos haya tartamudeado en la primera lectura.

• Interpretaciones de la adaptación:

Si hay poca adaptación o es negativa quiere decir que hay un fuerte componente de ansiedad, incluyendo casos de sujetos con disfemia muy encubierta.

Si la adaptación es muy grande, el sujeto tiene una facilidad para desarrollar estrategias adecuadas, es decir, cambiar o adecuar el patrón de habla.

Así es muy importante evaluar la adaptación por lo que en muchos casos que podrían haber beneficiado el tto, lo han complicado. (la adaptación que en un buen síntoma del disfémico, pero puede hacernos pensar que el sujeto ha mejorado)

Registro de Consistencia:

El índice de consistencia nos indica hasta que punto el sujeto repite sus errores (hasta que punto se equivoca siempre en las mismas palabras)

Evalúa igual que el registro de adaptación, con lecturas sucesivas

Palabras tartamudeadas en lectura primera, que también lo son en la lectura segunda (errores iguales), entre palabras tartamudeadas en la lectura primera por 100).

Este índice depende mucho de las palabras en la lectura primer, por lo que hay un índice corregido.

Ej. dos sujetos:

T1 T2

% consistencia 35% 35% (en un 35% de los casos vuelven a cometer los errores)

% palab tart. 40% 10%

Consistencia 0,88 3,5 (el indice de consistencia no es suficientemrnte preciso)

Cuando la consistencia corregida es mayor que uno, puede considerarse significativa. Si la consistencia es alta, esto es un índice de severidad. Aunque depende de factores complejos, al igual que en la adaptación, saber algo de la consistencia, evaluarla, es importante para planificar el tto.

En América, se estudia también la congruencia, coincidencia entre distintos disfémicos. Es un índice difícil de utilizar aquí.

Severidad y Pronóstico:

• Severidad:

Van Riper establece siete niveles en función de cuatro criterios:

- Frecuencia, suele considerarse el principal criterio de severidad de la disfemia (utilizar solo esto como criterio de severidad en la evaluación de la tartamudez, es algo escaso)
- Duración de la disfemia
- % de evitación
- Tensión que acompaña a la disfluencia

Niveles:

- Ausencia de tartamudez
- Escasa
- Moderada
- Severa
- Muy severa
- Irradiada
- Muy irradiada

• Pronóstico:

Por como se evalúa la severidad, vemos que la severidad no es un factor pronóstico importante. No los sujetos que tartamudean más van a ser los más difíciles de tratar. El tto de la disfemia es difícil.

No se cura porque no es una enfermedad, porque establecería un límite entre la normalidad/anormalidad, disfemia/no disfemia que no existe

Desde el modelo más tradicional, que admite que la disfemia se cura o se puede curar, también se señala que en muchos casos, permanece una disfemia oculta

Se puede hablar de mejora en la fluencia, y sobre todo en la comunicación. Nuestro papel es que el sujeto no se fije tanto y siga adelante aún cuando se atasque, mejorando así su patrón de habla.

• Factores pronóstico:

- Edad de inicio del tto, tienen mejor tto, una disfemia a los 4 años que a los 14
- Precocidad de la intervención, se puede prevenir precozmente hablando con los padres
- Actitudes del sujeto y su entorno, factor muy importante
- Fracasos en tto anteriores, es un factor negativo
- Severidad, en algunos casos puede ser un factor positivo, ya que puede haber un mayor margen de mejoría
- Mejoría en lectura, factor de buen pronóstico
- Adaptación, factor de buen pronóstico
- Mejoría con ensordecimiento, factor de buen pronóstico

Cada disfemia es diferente, lo importante es evaluarlos en profundidad. Lo que en un sujeto es un factor de

buen pronóstico, en otros puede no serlo. Hay que estudiar cada una de las disfemias.

Tema 6. Tratamiento de las Disfemias.

Distintas Perspectivas en el Tratamiento de la Tartamudez.

La tartamudez es muy variable, su causa es poco conocida,... por lo que hay muchos enfoques distintos en su tratamiento

Hay mucho debate en torno a como se debe de tratar. Históricamente se ha visto sometido a muchos ciclos, modas,... Esto se debe a la variabilidad del trastorno y desconocimiento de sus causas.

Los tratamientos adoptan distintas perspectivas según sus fundamentos teóricos. Hay tres posturas posibles

- Tratamientos apoyados en un único enfoque teórico. Ej. tratamiento conductual
- Tto eclécticos: se inspiran en distintas teorías. Combinan diferentes ideas, teorías, son la mayoría de los tratamientos de la tartamudez
- Tto empíricos: carecen de fundamento teórico, se limitan a aplicar técnicas, recetas, sin saber en realidad que se hace y porque

Hay dos grandes enfoques teóricos:

- Tto sintomáticos, o de control de los síntomas (teoría tradicional)
- Tto de refuerzo, o de supresión de los síntomas (teoría conductual)

Son dos extremos de un continuo.

En el extremo de la supresión están las T^a conductistas y en el otro las T^a tradicionales.

CONTROL SUPRESIÓN

(T^o tradicional) (T^a conductual)

La mayoría opta por tto eclécticos, situados en posiciones intermedias. Lo más normal es que se tienda hacia el control de los síntomas, lo tradicional (mayoría de las técnicas; eso se debe a que es difícil suprimir esos síntomas de repetición, bloqueo, etc, ya que aparecen en todas las personas, aunque de forma controlada).

Las terapias de control, tienen como objetivo el control de la tartamudez, el tratar de convertir las disfluencias disfémicas en disfluencias aceptables. Esto implica que el sujeto es el primero que tiene que aprender a aceptarlas y aprender a vivir con ellas. Este es un enfoque importante, de cara a como plantear el tto.

Las terapias de supresión tratan de extinguir las disfluencias, y paralelamente aprender la fluencia y expandirla. De alguna forma es como volver a aprender a hablar.

Directrices Generales en el Tratamiento

La primera directriz es que no hay directrices. No existe un programa de tto único, o unas técnicas específicas universalmente aceptadas. En lo único que hay acuerdo es que el tto debe ser pluridimensional, no hay un único tto.

Hay muchas técnicas diferentes y cada técnica tiene muchas aplicaciones diferentes. Pero las técnicas en sí mismas no tienen sentido, son meras recetas. Tienen que formar parte de un método. Por lo que hay que

distinguir entre técnicas y métodos.

Por lo que se refiere a los métodos, tampoco hay un método; hay muchos que se pueden combinar y se pueden desarrollar, en función de las características de cada uno de los sujetos y el contexto de tto.

Principales factores que van a determinar el tto pluridimensional:

- Responder a una planificación individualizada, cada caso es diferente de los demás.
- La edad y todo lo que ello implica
- Naturaleza del problema en todas sus dimensiones, se conoce a través de la evaluación
- Factores personales, características del sujeto
- Entorno social, características sociales.
- Recursos de los que disponemos
- Tiempo para el tto, suelen ser largos, por lo tanto costosos
- Medios con lo que se cuenta como logopeda.

Etapas Terapéuticas del Tratamiento.

No son etapas rígidas, este debe incluir tres etapas terapéuticas.

- **Etapla preparatoria:** es una etapa que implica orientación e información ya que facilita que el sujeto adopte una actitud apropiada. Esta etapa esta orientada a tratar el componente emocional y cognitivo o el componente logofóbico. Se trata de que el sujeto elimine el miedo o tabú de la tartamudez, que acepta su situación. Esto necesita una explicación por parte del logopeda. Hasta que el sujeto no esta preparado no se pasa a la segunda etapa
- **Etapla de establecimiento de la fluencia:** es en la que se trata de eliminar las disfluencias, controlarlas y normalizar el patrón de habla, es dirigida al componente motor-verbal o la dirigida a la tartamudez (hay muchos tto que solo se dedican a esta etapa)
- **Etapla de transferencia:** en la que se establecen las condiciones para que los logros que se obtienen en las sesiones de logopedia se generalicen y se mantengan en otras sesiones, en esta etapa es muy importante el factor social, nos tenemos que apoyar mucho en la familia y personas del entorno que son auténticos cooterapeutas y luego hay que saber aprovechar muy bien el autorrefuerzo que le supone al sujeto ver que lo hace bien (esta etapa es crucial y a veces no se hace, ya que hay que llevar el tto fuera de la consulta, eso es peligroso)

Va dirigida al componente comunicativo de la disfemia. Una vez que el sujeto acepta la disfemia, la controla, necesita aplicarla en su medio natural

A veces las sesiones también tienen estas etapas, en cada sesión debe haber una etapa de transferencia para preparar al sujeto para la siguiente sesión.

Técnicas de Tratamiento.

Técnica del autoanálisis:

Como su nombre indica, son un conjunto de técnicas encaminadas a que el sujeto analice conscientemente y minuciosamente su problema. Obliga al sujeto a asumir y a enfrentarse a la tartamudez y a conocerla, son técnicas típicas de la etapa preparatoria, presupone que el sujeto no es consciente de sus dificultades y disfluencias difícilmente va a superarlas, y si lo hace va a ser inconscientemente sin darse cuenta con lo que tampoco lo va a superar.

Hay que tener cuidado porque la conciencia del problema es uno de los factores negativos (hay una diferencia

entre la mala conciencia del problema y el saber lo que uno hace mal)

El autoanálisis implica tareas que realiza el sujeto en diferentes áreas a título orientativo hay ocho áreas de autoanálisis (dentro de cada una puede haber subáreas) Pueden realizarse todas o no

- Analizar para darse cuenta cuando se tiene una disfluencia (ser consciente de cuando tienen una disfluencia)
- Identificación de la disfluencia
- Descripción de los niveles de tensión, temor
- Análisis de los comportamientos y recursos asociados
- Comportamientos de evitación
- Evaluación de la actitud en relación con la tartamudez o con el habla en general
- Evaluación del habla fluente del sujeto y la de los demás
- La conciencia de las actitudes y de los comportamientos de los interlocutores cuando tartamudean

Se debe de hacer a través de tareas que exijan al sujeto progresivamente mayor atención y conciencia

Empezaremos con tareas de lectura (hace que el sujeto sea consciente de sus disfluencias, donde las cometió,...) también es compatible con la conversación (es un test de memoria no de conciencia, para que cuando cometa una disfluencia sea capaz de parar y darse cuenta que la cometió)

Una vez que es consciente de donde tiene disfluencia hay que grabarlo y pedirle que observe y analice las diferentes disfluencias, recursos asociados,...

Todas estas tareas y sobre todo la de grabación tienen un efecto positivo de desensibilización (perderle miedo a esa situación y aceptarla) objetivo de las terapias de control.

Tareas más complejas son: mandarle que analice las disfluencias en una llamada de teléfono y progresivamente se le pide que analice más áreas. Hay tareas que consisten en que el sujeto analice todas las disfluencias de un día.

En todas estas tareas, el logopeda a menudo podría o debería ilustrarle al sujeto con pseudotartamudeo acerca de lo que se le pide, esto es muy útil para desensibilizar al sujeto también desensibiliza al sujeto a analizar las disfluencias de los demás, para ayudarle en su autoanálisis.

En este momento el sujeto ya puede aprender a parar cuando tenga una disfluencia también forma parte del autoanálisis que reproduzca la disfluencia que ha realizado exagerándola.

Hay que tener en cuenta la adaptación, es el principal amigo de los malos logopedas, y es el principal enemigo de los buenos logopedas, en cualquier técnica o tto hay que plantear situaciones que generen tartamudez. Las situaciones o las tareas deben de ser breves para que el sujeto pueda evaluar bien

Otras tareas: **Recursos de evitación**: es necesario proporcionarle al sujeto una lista para ver si él los tiene y los puede identificar

Actitudes y sentimientos negativos y reacciones de los demás: hay una tarea que es la composición autobiográfica por escrito de lo que él quiere contarnos. Obliga al sujeto a analizar sus actitudes y nos da a nosotros pistas sobre sus actitudes.

Es bueno pasar estas pruebas después de cierto tiempo para ver en que momento está el sujeto y para saber si sigue siendo tabú la tartamudez para él

El sujeto puede establecer jerarquías de lo que es más problemático para él, analizarlas, que tienen en común porque unas son más problemáticas que otras, tomar conciencia,...

El autoanálisis va de una disfluencia en particular a una valoración global de la actitud.

Conclusiones:

- El autoanálisis puede servir como primer paso para cualquier método y facilitar la aplicación de otras técnicas por ej. técnicas de desensibilización, de cancelación. Básicamente el autoanálisis es lo más nuclear en el enfoque de control de los síntomas
- El autoanálisis es importante no ya como preparación sino para la transferencia o final (el haber hecho autoanálisis al principio hace que ese aprendizaje sea consciente y se mantenga) porque sabe donde puede fallar y se corrige
- Aunque dentro de un método, se aplica en el periodo preparatorio, eso no necesariamente impide que se incluya de principio a fin en cada sesión o que se realice periódicamente para evaluar la marcha del tto, en el autoanálisis es importante que el sujeto aprenda a utilizarlo como un instrumento de aprendizaje y en esa medida es en la que sobre todo va a ser crucial al final del tto.

Problemas del autoanálisis: hay que saber en cada sujeto y edad que nivel de autoanálisis se le puede pedir, no vaya a ser que en lugar de aprender a darse cuenta de los errores que comete para corregirlos desarrolle una mala conciencia de los mismos.

La Práctica Negativa:

Es un conjunto de técnicas que implican la realización voluntaria de los síntomas.

Junto con el autoanálisis constituyen una de los núcleos de la terapia sintomática y contradicen radicalmente el otro enfoque de supresión de los síntomas.

La práctica negativa y el autoanálisis y otras técnicas son terapias modernas, la idea de alcanzar una disfluencia aceptable coincide con una idea moderna e innovadora de la tartamudez y que esa evolución depende de la adaptación del sujeto y del desarrollo de una serie de estrategias que sean adaptativas en la disfemia y concretamente en el control de los síntomas se busca una aceptación y adaptación del problema.(**fotocopias**)

Relajación y Desensibilización.

Son dos conjuntos de técnicas muy relacionadas.

Se ven juntas porque ambas abordan el tto de la disfemia tratando de paliar los efectos de la ansiedad (van dirigidas al componente emocional)

Son técnicas que pueden llegar a convertirse en un método en sí mismo, o formar parte de un tto junto con otras técnicas.

Hay diferentes perspectivas en relación a la utilidad o aplicación de estas técnicas que tienen que ver con la relación que asignemos a la ansiedad con la disfemia; por lo tanto el tto va a ir en primer lugar enfocado a tratar la ansiedad.

Si la ansiedad se ve como la consecuencia de las disfluencias, si se consigue que no tartamudee o que la controle, dejará de tener esa ansiedad

Una tercera perspectiva, es la ecléptica, considera que la ansiedad es un factor componente importante dentro de la disfemia y por lo tanto el tto debe de incluir técnicas específicas para combatir la ansiedad.

El componente emocional al igual que el resto de componentes varía mucho de unos sujetos a otros, por lo tanto el planteamiento del tto de la ansiedad al final debe depender más de la variabilidad de los diferentes sujetos que de planteamientos teóricos.

La ansiedad tiene una manifestación y un sustrato neurofisiológico que consiste en: un aumento de la activación del sistema nervioso central y un aumento de la tensión neuromuscular periférica.

La naturaleza del sustrato fisiológico nos ofrece dos posibilidades:

- Actuar sobre el sistema periférico, cambiar el estado periférico. Esto lo hacen las técnicas de relajación.
- Cambiar el estado de los centros neurovegetativos (del sistema nervioso central) que no estén tan alerta, vigilantes a determinados estímulos (que los centros vegetativos dejen de ser sensibles o lo sean ante determinados estímulos)

- **Técnicas de relajación:**

Forman parte de muchos métodos, aunque en muchos casos su fundamentación es muy vaga. Tampoco aparece casi nunca como un método en sí; suele acompañar a otras técnicas.

En el tto de disfonías se aplica la relajación de tres maneras:

- Relajación indirecta: a través de ejercicios de respiración, fonación, articulación,... que relajan los músculos implicados.
- Relajación directa de la fonación
- Relajación directa de todo el cuerpo

La relajación exige condiciones del logopeda (conocimiento de técnicas de relajación) y condiciones técnicas del entorno

Algunos procedimientos específicos de relajación:

- La relajación general es útil al comenzar cada sesión, se puede dedicar cinco minutos en cada sesión para relajación general, puede llevarse a cabo a través de diversas formas
- Relajación específica, ejercicios de praxias, exagerando la tensión articulatoria, relajando progresivamente. Es fácil con praxias, pero más efectivo con palabras.
- Relajación progresiva, Jacobson, es una aplicación concreta y sistemática, método que sirve para ir relajando grupos de músculos, con ello se supone que el sujeto aprende a relajar todo el cuerpo.

La relajación casi no tiene ningún inconveniente, aunque este casi incluye a bastantes disfémicos. La relajación no va a ser nociva.

Con los disfémicos sucede a veces que:

- Son muy tímidos, evitan las situaciones y no se relajan
- El sujeto, por oposición, se niega a hacer lo que se le pide
- Sujetos que están tensos habitualmente si se relajan bien, quedan excesivamente relajados.

- **Técnicas de Desensibilización:**

La ansiedad del disfémico, el componente emocional está muy relacionado con la conciencia del problema y por lo tanto con una sensibilización hacia él mismo. La desensibilización es un objetivo directo o indirecto de cualquier tto.

La desensibilización como técnica trata de reducir la ansiedad mediante la exposición controlada a los estímulos ansiógenos hasta que el sujeto se habitúa ellos. Se basa, por lo tanto, en principios conductistas.

Las técnicas de desensibilización adaptan diferentes modalidades. Las dos grandes opciones son:

- Desensibilización por exposición reiterada a los estímulos ansiógenos, lo que los conductistas llamaron terapias implosivas, que ya antes la logopedia tradicional llamaba baño de tartamudez. Estas técnicas salvo raras ocasiones, no suelen funcionar.
- Exposición sistemática a una jerarquía de situaciones ordenadas de menor a mayor efecto ansiógeno.

Ambas opciones se pueden combinar, aunque lo más frecuente es el uso de la desensibilización sistemática.

La exposición a estímulos ansiógenos son :

- Su propio habla
- El entorno

Algunas tareas:

- Leer frases y repetirla frente al espejo
- Mirarse al espejo mientras expresan sentimientos acerca de la disfemia
- Repetir x veces. mi nombre es y soy tartamudo, grabarlo y escucharlo x veces.
- Hablar de lo que uno sienta con respecto a los demás, de lo que cree que piensan los demás.
- Compararse con otros tartamudos.

Dentro de la desensibilización lo que hoy se conoce como desensibilización sistemática, es una técnica desarrollada por Wolpe, que se aplicó a las fobias y también a la disfemia en la medida en la que implica una fobia, y es una técnica que combina relajación y desensibilización.

Se basa en el principio de inhibición recíproca, según la cual, las respuestas fisiológicas de relajación inhiben la ansiedad y al revés

Wolpe: los estímulos ansiógenos no producen ansiedad si el individuo está relajado.

Consiste en:

- Enseñar al sujeto procedimientos de relajación
- Elaborar una jerarquía de estímulos ansiógenos (de menos a más)

Empezando por lo menos ansiógena se le pide al sujeto que reviva esa situación ansiógena, mientras mantiene un estado de relajación

Se debe ayudar al sujeto a mantener la relajación si el poder ansiógeno puede más que la relajación, no funciona la desensibilización.

Cuando el sujeto pueda mantener la relajación repetidamente al revivir esa situación, podemos considerar que se inhiben las respuestas de ansiedad ante esa situación.

Se pasa entonces a la siguiente situación de la jerarquía.

• **Terapia racional emotiva:**

Trata de eliminar pensamientos irracionales del sujeto causantes de la ansiedad. En muchas ocasiones la ansiedad del disfémico se crea por pensamientos irracionales; estos se deben sustituir por pensamientos racionales.

El principal problema de las técnicas de desensibilización es la sensibilización, incrementar el miedo en lugar de reducir la ansiedad.

Es esencial en esta técnica planificar su transferencia a situaciones reales

Feedback Auditivo Retardado:

Es una técnica basada en el descubrimiento que hizo Lee en 1950, del efecto que provoca en el habla de las personas un desfase en la audición de lo que ellos mismos están diciendo; este efecto que se consigue con desfases de 100 a 200 mseg, es el de una tartamudez artificial. Las personas no tartamudean cuando oyen con retraso lo que dicen, sufren una tartamudez. Este efecto es aún mayor en los niños. (DAF)

Posteriormente se vio que en los niños el efecto era mucho mayor. También se observó que el efecto de adaptación era muy poco, por mucho que se repitiera la prueba los sujetos seguían tartamudeando. Se encontró mucha variabilidad entre unos sujetos y otros

Esto llevó a comparar entre tartamudez y DAF. Lo 1º que se encontró es que los tartamudos mejoraban bajo efecto del DAF. Cuanto más severo era el trastorno mayor era la mejora, el efecto del DAF

En tartamudez ligera a veces el DAF crea un empeoramiento (igual que en situaciones de lectura)

El intervalo óptico de mejora es el mismo que el de empeoramiento en personas normales (entre 100 y 200 mseg) pero se exige además de este intervalo una alta intensidad, para que la mejora se produzca (esto nos relaciona el DAF con la técnica de ensordecimiento o enmascaramiento)

El efecto del DAF podría deberse en alguna medida al ensordecimiento y no tanto al retraso del feedback.

También se encontró gran variabilidad entre unos sujetos y otros (unos mejoran más que otros)

Una diferencia importante es que la tartamudez artificial que provoca el DAF se caracteriza por un efecto final. El sujeto empieza a tartamudear al final de las frases, mientras que la tartamudez natural se caracteriza por su efecto inicial

En los primeros años tras su descubrimiento se desarrollaron diferentes maneras de aplicar el DAF al tto, e incluso posteriormente se crearon aparatos electrónicos con tal fin.

Tanto estos aparatos como los de enmascaramiento no son ninguna solución para la tartamudez.

Como técnica de tto tiene una serie de usos. Van Riper señala seis usos:

- Demostrar al sujeto que cualquiera puede tartamudear y que esto pone nervioso a cualquiera
- Demostrar al sujeto que puede hablar mejor (si puede hacerlo con el aparato, puede hacerlo sin él)
- Manipular el intervalo y hacerlo progresivamente disruptivo para ayudarle a controlar su tartamudeo
- Se puede combinar mientras el sujeto lee, situaciones de DAF, de ausencia de feedback auditivo

(NAF), ensordecimiento, para que aprenda a controlar las situaciones

- Para crear disfluencias, ir incrementando progresivamente la resistencia a las interrupciones aumentando y disminuyendo la intensidad.
- El DAF es muy útil para incrementar la dependencia del feedback oral tanto táctil como cinestésico (notamos que la lengua y mandíbulas se están moviendo).

Para el disfémico es muy importante depender más de los movimientos orales y táctiles de lo que está oyendo. Debe estar más atento a posiciones, al tacto oral. El DAF le obliga a estar pendiente del tacto y cinestesia oral.

El DAF se emplea en un doble sentido:

- Como estímulo positivo de refuerzo de la fluencia
- Como estímulo disruptivo (aversivo) para provocar disfluencias y ansiedad, para poner al sujeto a prueba y que aprenda a controlar su habla bajo presión.

Se ha encontrado en varias investigaciones que su efecto principal, beneficioso para el disfémico es que disminuye la tasa o velocidad del habla (les obliga necesariamente a hablar más despacio y hablando más despacio no tartamudean)

El DAF se puede utilizar dentro de un enfoque de supresión que es un enfoque conductual

La mayoría de las técnicas de supresión provocan el enlentecimiento del habla lo cual lleva a un mejor control

El DAF funciona en la medida en que enlentece el habla, de tal forma que Curleo y Perkins (1973) desarrollaron un tto de la disfemia basado en el empleo del DAF llamado Terapia de Control de la Rapidez Conversacional, es un método de orientación conductista que tiene tres fases:

- Establecimiento de la fluencia por medio del DAF, reduciendo progresivamente el intervalo hasta llegar al NAF
- Mantenimiento de ese control (se emplea el time out, suele ser silencio, y se puede apagar la luz). El logopeda en la conversación va indicando las disfluencias inaceptables. Se va reduciendo el time out en la medida en que el sujeto va suprimiendo las disfluencias
- Transferir la fluencia a situaciones diversas (introducir un interlocutor o varios) y tratar que se mantenga.

Estos autores encontraron que como mínimo, descendía el 75% las disfluencias pero sólo en el 50% se mantenían estos resultados

Posteriormente elaboraron otro método, con muchas más frases y que empezaba por el control de la fluencia con el DAF, pero no en conversación sino en lectura. En una segunda fase trabajaron el control de la respiración

Problemas:

- No es la panacea, es una técnica más y requiere mucha planificación para que funcione bien
- Produce rechazo, porque es muy cansado por lo que hay que utilizarlo con parsimonia
- Es una tecnología difícil de adquirir, por su elevado coste
- El sujeto puede desarrollar una cierta dependencia del aparato
- Utilizando el DAF los sujetos normales tienen una tartamudez artificial y los tartamudos aunque no tartamudean tienen un habla artificial (habla DAF)

Enmascaramiento:

Consiste en ocultar o distorsionar el feedback auditivo mediante un ruido, es una técnica muy antigua en logopedia (desde los años 20), pero en realidad fue descubierta por el grupo de Iowa

SE utiliza normalmente ruido blanco

Tienen unos efectos similares aunque no tan claros, como el DAF (disminución de las disfluencias). También facilita el feedback comestésico (táctil + cinestésico). Además mejora todos los parámetros del habla (ritmo)

Estos efectos son limitados: parece que se deben a un enlentecimiento del habla y al igual que con el DAF, debe formar parte de un tto más amplio

Se debe utilizar en una fase avanzada del tto (como el DAF). Algunas de sus utilidades:

- Evaluar el feedback y el efecto específico sobre las disfluencias
- Facilitar la fluencia
- En la etapa final, puede ser útil con mucho control, para afrontar las situaciones diversas en las que haya que mantener la fluencia

Respiración y fonación:

Junto con la relajación son los ejercicios más tradicionales en logopedia y que también se han aplicado de una manera sistemática a la disfemia. Existe una controversia sobre si son secundarios y remiten en la medida en que hay un mayor control de la fluencia o bien tienen un carácter primario y mejorando el patrón de respiración se mejora la fluencia

Seguramente ninguna es la correcta que son dos problemas interdependientes, aunque podría darse más importancia a las que van a producir un control de la fluencia aunque no mejoren el patrón respiratorio y haya que utilizar técnicas de respiración

La terapia fonatoria suele combinarse con la respiratoria. Ambas técnicas implican una evaluación previa de la respiración y de la fonación. Otras técnicas que incluyen la respiración son:

- Método Schwartz: método intensivo que se apoya en técnicas respiratorias, concretamente en inspiraciones, suspiros y fonación
- Método Overstake: consiste en ciclos de inspiración y espiración muy rápida y que incluye no solo fonorespiración sino relajación progresiva
- Respiración regulada: persigue un cambio en el patrón respiratorios. Supone que se puede abordar cambiando el patrón respiratorios

Técnicas basadas en el Ritmo:

Acompasar el habla a un patrón rítmico regular, externo o interno. Hablar al unísono es otra técnica. Suelen basarse en el silabeo (acompañándose a un ritmo interno) y en el uso del metrónomo como elemento externo. Su uso es muy antiguo en el tto de la disfemia, aunque existen bastantes autores o especialistas que no lo consideran útil, sino perjudicial.

El efecto es que incrementa la fluencia de una manera fácil e inmediata. Pero el patrón de habla que se instaure es totalmente anómalo y de ahí que su empleo no funciona

El efecto de estas técnicas es mayor en la frecuencia de las disfluencias pero en la severidad tiene un efecto menor (partamudea menos pero con la misma severidad). El metrónomo no ayuda a controlar las disfluencias.

A parte del metrónomo, hay muchas modalidades de ejercitación del ritmo:

- Hablar al compás que se camina
- Tamborilear con los dedos
- Marcando un ritmo de acento determinado
- Hay metrónomos luminosos
- Hay metrónomos táctiles, que dan pulsaciones
- Escribir al tiempo que se habla

El problema con el metrónomo no es el tipo, sino el tipo de habla que instaura

El ritmo adecuado sería 80 sílabas/minuto

La terapia tradicional le da mucha importancia pero a partir de Van Ripper, pasa a un segundo plano

Se pueden encontrar técnicas dentro de distintos métodos y para usar en distintas etapas (aunque son publicaciones americanas)

Otras técnicas:

- **Habla coral o habla al unísono:** técnicas que aunque se basa en el ritmo tiene un efecto de enmascaramiento. Es una técnica distractora. Tiene que hacerse en lectura. El logopeda tiene que ir bajando progresivamente la intensidad. Es una técnica mucho mas eficaz en niños que en adultos
- **Prolongación:** prolongación de sonidos, sobre todo vocales. Se suele utilizar dentro de otras técnicas, como las de control de velocidad de habla y las encaminadas a mejorar la fonación. Es una forma de practica negativa, de tal manera que en niños y en adolescentes puede agravar los síntomas.
- **Bounce o balance (técnica de Iowa):** es una técnica concreta de practica negativa, que consiste en desarrollar un patrón fluido, mediante la producción voluntaria de repeticiones sencillas y regulares, disminuyendo progresivamente el nº de repeticiones de la palabra. La fluencia es como un equilibrio y muestra disfluencias en una forma de balancearse, de mantener el equilibrio. Se trata de repeticiones rítmicas, fluidas, hasta que hagan falta cada vez menos.
- **Habla cuchicheada y habla silenciosa:** esta última se utiliza en la modalidad de lectura. Enlentece el habla más que la lectura en voz alta. El problema que tiene es que apenas se transfiere
- **Habla monotónica.** Técnica basada en el ritmo, aunque aquí se utiliza o bien el modelo del logopeda o bien un osciloscopio (feedback visual). El problema que tiene es que enlentece el patrón y tiende al habla monótona, la cual se puede transferir
- **Bladilalia:** enlentece el habla es la técnica más eficaz para la tartamudez y de sentido común. Hay dos grandes técnicas del sentido común enlentece el habla y pensar lo que se va a decir 8la 1ª si es muy buena, aunque la segunda no tanto; aunque no sea perjudicial, tampoco beneficia). Es muy importante que el logopeda y los padres hablen despacio.
- **Contacto suave (easy onset):** intentar un comienzo fácil. Para esto hay que combinarlo con evitar la evitación. Es una técnica de practica negativa. Estas técnicas tratan de superar la tensión inicial y el comienzo brusco de fonación. Una forma de contacto suave es disminuir el contacto en la producción consonántica. Un sistema para conseguir el contacto suave es el método masticatorio de Froeschels. Es una técnica muy antigua. Consiste en hablar como si se estuviese masticando. Se basa en la idea de que el hablar y el masticar utilizan la misma musculatura.
- **Canto:** esta basado en el ritmo y ayuda a controlar la velocidad. Como inconveniente es que la transferencia es casi nula, aunque mejora en aspectos como respiración, fonación,... es una actividad relajante para el sujeto, que le distrae y esto se puede aprovechar. Es una técnica de aplicación para niños y es una técnica propia de estadios iniciales

Criterios de Evaluación de las Técnicas Terapéuticas

Método de Van Ripper (Técnicas de cancelación–corrección–preparación):

Van Ripper desarrollo un método basado en la secuenciación de estas tres técnicas, orientado hacia una terapia sintomática, de control de los síntomas. Son el núcleo de una terapia de control de la tartamudez y no son técnicas iniciales

La **cancelación** son todos aquellos procedimientos que buscan la inserción voluntaria de una pausa tras la disfluencia. Tienen distintos nombres y variantes.

Según Van Ripper, la importancia de esta técnica tiene una base conductual porque la tartamudez es autorreforzante, porque hay un premio al esfuerzo.

La cancelación vendría a ser una especie de time-out. Exige un trabajo previo de conocimiento del propio patrón de habla, de capacidad de descripción de la disfluencia, de capacidad de pseudotartamudeo, por lo que antes de cancelación habrá autaanálisis y práctica negativa.

Las pausas deben ser largas (deberá ser capaz de pararse en seco). Se ejercita con la lectura y con el pseudotartamudeo

La **corrección** es una continuación de la cancelación. Poco a poco, la pausa de la cancelación va disminuyendo y como se supone que la cancelación nos permite una recuperación del control voluntario del espasmo la corrección consiste en tras esa pausa, se finalice la emisión de un modo controlado, aunque sea a través de una disfluencia (pero que está sea voluntaria)

La corrección, a veces, se desarrolla de un modo natural, cuando se le enseña al sujeto la cancelación. Por eso, cuando se trabaja ésta, el sujeto tenga un tiempo de pausa grande y evita la reformulación.

La ejercitación se hace con lectura, pseudotartamudeo,..., doblegando el patrón de habla.

No se deben utilizar las técnicas fuera de la terapia (porque pueden incorporarse al patrón, en vez de modificarlo)

La **preparación** son unas técnicas que se utilizan en los últimos estadios. Al hablar todos tenemos esquemas preparatorios de lo que vamos a decir y son los que el disfémico desbarata. Consiste en que el sujeto corrija la disfluencia antes de producirla (es el piensalo antes)

El disfémico es capaz de anticipar la disfluencia y estas técnicas buscan variar los esquemas desde la tensión y las posturas anormales a la relajación, los movimientos fáciles y los movimientos lentos.

Es la técnica terminal de la disfemia. Exige la lentificación del habla. Las tres tecncias hay que incluirlas en el momento oportuno porque se pueden incorporar al patrón de habla disfémico