



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES

**NIVEL Y TIPO DE TARTAMUDEZ EN LOS ESTUDIANTES
DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE
LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DE LA
ZONA URBANA Y URBANO MARGINAL DE LA PROVINCIA
DE HUARMEY EN EL AÑO 2011**

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Educación Básica
Especial con mención en Disturbios del Lenguaje y la Audición

AUTORAS:

Lic. Marita Jacoba Torres Ramos.

Lic. Iris Rocio Gamarra Bezada.

ASESORA:

Mg. Lita Jimenez López

CHIMBOTE – PERÚ

2011

DEDICATORIA

*A mi hija por su comprensión,
Para seguir estudiando.
A la memoria de mi madre.*

MARISA

*A la Memoria de mi abuela,
Clara Pretell Carvajal,
Una gran abuela, de quien sigo su ejemplo.*

Iris

AGRADECIMIENTO

A los niños, niñas y docentes de las instituciones educativas que formaron parte de la investigación; gracias por su apoyo brindado ya que gracias a ello se pudo concretar la investigación.

ÍNDICE

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

I. MARCO REFERENCIAL.

1.1. Planteamiento del problema.....	13
1.2. Antecedentes.....	15
1.3. Bases teóricas	17
1.3.1 Modelo de producción normal del lenguaje	17
1.3.1.1 Anatomía de los órganos de la palabra.....	18
1.3.1.2 División de los sonidos en grupo	19
1.3.2 Teorías explicativas de la tartamudez	19
1.3.2.1 La tartamudez como problema semántico	19
1.3.2.2 La tartamudez como problema psicológico	20
1.3.2.3 La tartamudez como problema lingüístico	23
1.3.2.4 La tartamudez como problema orgánico	23
1.3.3 Tartamudez o disfemia	25
1.3.4 Tipos de tartamudez	25
1.3.5 Factores desencadenantes	26
1.3.5.1 Factores de origen orgánico	26
1.3.5.2 Factores genéticos	26
1.3.5.3 Factores relacionados con la zurdería	26
1.3.5.4 Factores psicológicos	26
1.3.6 Las alteraciones lingüísticas	27
1.3.7 Tratamiento de la disfemia	28
1.3.7.1 Enfoque terapéutico y pronóstico	28
1.3.7.2 Pautas de conducta para el disfémico	30
1.3.8 Perfiles y características clínicas de los sujetos que presentan tartamudez	30
1.3.8.1 Perfiles de los sujetos que presentan tartamudez	30
1.3.8.2 Características clínicas de los sujetos que presentan tartamudez	31
1.3.9 Frecuencia de palabras tartamudeadas	34
1.3.10 Terapias de tartamudeo	35

1.3.10.1 Terapias actuales	35
1.3.10.2 Terapias que inciden en el error de retroalimentación auditiva	38
1.3.10.3 Terapias basadas en condicionamiento operante	40
1.3.10.4 Terapias basadas en la toma de la tartamudez como respuesta de la ansiedad	41
1.4. Justificación de la investigación.....	43
1.5. Formulación de objetivos.	
1.5.1. Objetivo general.....	44
1.5.2. Objetivos específicos.....	44
 II. METODOLOGÍA.	
2.1. Tipo y nivel de la investigación	45
2.2. Diseño de la investigación.	45
2.3. Población y muestra.	45
2.4. Definición y operacionalización de variables.....	47
2.5. Técnicas e instrumentos.....	48
2.6. Análisis de datos.....	50
 III. RESULTADOS.	50
IV. DISCUSIÓN	63
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS.	70

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla No 1 Población de la investigación	46
Tabla No 2 Muestra de la investigación	47
Tabla No 3 Operacionalización de variables	48
Tabla No 4 Número de estudiantes con problema de tartamudez por institución educativa.	50
Tabla No 5 Intensidad del problema de tartamudez en los niños de la I.E San Martín de Porras del distrito de Huarmey	51
Tabla No 6 Intensidad del problema de tartamudez en los niños de la I.E Santa Rosa de Lima del distrito de Huarmey	52
Tabla No 7 Intensidad del problema de tartamudez en los niños de la I.E José Carlos Mariategui del distrito de Huarmey	53
Tabla No 8 Intensidad del problema de tartamudez en los niños de la I.E Inca Garcilazo de la Vega del distrito de Huarmey	54
Tabla No 9 Intensidad del problema de tartamudez en la totalidad de niños de las Instituciones Educativas del distrito de Huarmey	55
Tabla No 10 Tipo de tartamudez en los niños de la I.E San Martín de Porras del distrito de Huarmey	56
Tabla No 11 Tipo de tartamudez en los niños de la I.E Santa Rosa de Lima	

del distrito de Huarmey 57

Tabla No 12

Tipo de tartamudez en los niños de la I.E Jose Carlos Mariategui
del distrito de Huarmey 58

Tabla No 13

Tipo de tartamudez en los niños de la I.E Inca Garcilazo de la Vega
del distrito de Huarmey 59

Tabla No 14

Tipo de tartamudez en la totalidad de los niños de la muestra
del distrito de Huarmey 60

Tabla 15

Características más frecuentes en niños con problemas de tartamudez.... 61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico No 1 Número de estudiantes con problemas de tartamudez por Institución educativa	51
Gráfico No 2 Intensidad del problema de tartamudez de los niños de la I.E San Martín de Porras del distrito de Huarney	52
Gráfico No 3 Intensidad del problema de tartamudez de los niños de la I.E Santa Rosa de Lima del distrito de Huarney	52
Gráfico No 4 Intensidad del problema de tartamudez de los niños de la I.E José Carlos Mariategui del distrito de Huarney	54
Gráfico No 5 Intensidad del problema de tartamudez de los niños de la I.E Inca Garcilazo de la Vega del distrito de Huarney	55
Gráfico No 6 Intensidad del problema de tartamudez de la totalidad de niños que participaron en la investigación.....	56
Gráfico No 7 Tipo de tartamudez en los niños de la I.E San Martín de Porras del distrito de Huarney	57
Gráfico No 8 Tipo de tartamudez en los niños de la I.E Santa Rosa de Lima del distrito de Huarney	57
Gráfico No 9 Tipo de tartamudez en los niños de la I.E José Carlos Mariategui del distrito de Huarney	59
Gráfico No 10 Tipo de tartamudez en los niños de la I.E Inca Garcilazo de la Vega del distrito de Huarney	60

Gráfico No 11

Tipo de tartamudez de la totalidad de los niños de la investigación

Del distrito de Huarmey

61

RESUMEN

El presente trabajo de investigación respecto al nivel y tipo de Tartamudez en los estudiantes del segundo grado de educación primaria de las instituciones educativas estatales de la zona urbana y urbano marginal de la Provincia de Huarmey en el año 2011, ha tenido como propósito describir uno de los problemas del habla que presentan los niños y que de una u otra manera dificultan su proceso de enseñanza aprendizaje. En este estudio se describe el problema del habla que presentan los niños manifestado en la tartamudez. Es una investigación de tipo cuantitativa, de nivel descriptiva y utilizó el diseño descriptivo simple. La muestra está conformada por 114 niños de segundo grado de las instituciones estatales de la zona urbana y urbana marginal del distrito de Huarmey. La muestra se seleccionó en forma intencional por el investigador. Los resultados de la investigación demuestran que el 30.6% de niños de segundo grado de educación primaria presentan problemas de tartamudez. El tipo de tartamudez que presenta la mayoría son tónicos – clónicos en un 79.5%. La intensidad de la tartamudez que presenta la mayoría de los niños de segundo grado es moderada en un 81.8%, ligera y grave en un 9.1%. Así mismo los niños presentan características asociadas a la tartamudez como son en la actitud emocional; el 52.3% se come las uñas y el 34.1% presenta sudoración palmar. En relación a la fluidez verbal el 90.9% no la tiene, el 54.5% utiliza muletillas en frases; el tipo de respiración que manifiestan la mayoría de los niños es bucal en un 36.6%; nasal bucal en un 31.8%; y nasal en un 27.3%. Finalmente, en relación a la estructuración del lenguaje en los niños en un 43.2% es semántica, es decir, entender el significado de las palabras; morfosintáctica en un 54.5%, es decir, la combinación de las palabras para formar frases; y pragmática en un 2.3 %, esto es, la función que cumple el lenguaje dentro de una comunicación.

Palabras clave: nivel de tartamudez, tipo de tartamudez, factores desencadenantes, tratamiento de la disfemia, teoría de la tartamudez, segundo grado de primaria.

ABSTRACT

This research work with respect to the level and kind of stuttering in the students for second grade of primary education of educational institutions-State of the urban and urban marginal zone of the province Huarmey in 2011 has had as purpose describe one of the problems of the speech that presented the children and one way or another they hinder their process teaching learning in this study describes the problem of speech that children are expressed in stuttering. It is a quantitative kind of descriptive level research and used the simple descriptive design. The sample is comprised of 114 children from second grade of the State institutions in the marginal urban and urban area in the District of Huarmey. The sample was selected intentionally by the researcher. The results of research show that the 30.6 per cent of children of second grade of primary education have stuttering problems. The kind of stuttering that presents the most are tonic - clones on a 79.5%, the remaining 13.6% are clones and 6.8 per cent are tonic. The intensity of stuttering that presents the majority of children of second grade is moderate in an 81.8%, light and serious in a 9.1%. Likewise children are characteristics associated with stuttering as they are in the emotional attitude; 52.3% eat nails and the 34.1% presents palmar sweating. In relation to the verbal fluidity the 90.9% does, the 54.5% used pet phrases, the type of breathing that manifest themselves most of the children is oral in a 36.6%, oral Nasal in a 31.8% and nasal in a 27.3% Finally in relation to the structure of the language of the children on a 43.2 is semantics to understand the meaning of the words morph in a 54.5% % i.e. the combination of the words to form phrases and pragmatic in a 2.3% the role of language in communication.

Keywords: level of stuttering, kind of stuttering, triggers, treatment of the stammering, stuttering theory, second grade of primary school.

INTRODUCCIÓN

El habla es una de las capacidades que las personas deben desarrollar para comunicarse de manera eficaz. Son los padres y los educadores quienes deben ayudar a que esta capacidad se desarrolle en el niño y si este presenta alguno problema poder tratarlo o derivarlo a una especialista. Uno de los problemas más frecuentes en los niños es la tartamudez, que es un problema de fluidez del lenguaje, lo que impide que el niño se comunique de manera eficaz y si este no es tratado a tiempo puede generar otros problemas en la personalidad del niño.

En esta perspectiva, esta investigación tiene el propósito de determinar el nivel y tipo de tartamudez que presentan los niños de segundo grado de educación primaria. Para tal efecto, se utilizó el instrumento ficha de evaluación, la cual permitió recoger información de la fluidez en el lenguaje de los niños para determinar y medir estadísticamente los valores de las variables.

En la primera parte se presenta el marco referencial que comprende: el planteamiento del problema, donde se describe la problemática a nivel mundial, nacional y local finalizando con el enunciado; los antecedentes que son los estudios realizados en relación al tema; las bases teóricas que contiene información relevante relacionada al nivel y tipos de tartamudez; la justificación de la investigación donde se fundamenta el por qué y para qué de la investigación y la relevancia que tiene finalizando con la formulación de objetivos general y específicos.

En la segunda parte se presenta la metodología que comprende: el tipo y nivel de la investigación que se ha adoptado, el diseño de la investigación, la población y muestra del estudio, la definición y operacionalización de variables, las técnicas e instrumentos y finalmente el análisis de datos a seguir.

En la tercera parte se presenta los resultados mediante tablas y su respectivo gráfico de barras de acuerdo a los objetivos planteados.

En la cuarta parte se presentan la discusión de los resultados por cada uno de los objetivos planteados fundamentados con las bases teóricas propuestas.

Finalmente, se presenta las conclusiones y recomendaciones a las que se arriba después de la investigación; las referencias bibliográficas que se ha utilizado a lo largo de la investigación y los anexos que son los instrumentos que hemos utilizado en la investigación.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Planteamiento del problema

El lenguaje es una de las áreas básicas del aprendizaje de mayor relevancia en los niños; está íntimamente ligado al pensamiento y permite que este último adquiere el carácter de lógico así mismo lo socializa. Las posibilidades intelectuales se incrementan notablemente gracias al lenguaje, ya que a través de este el niño logra contrastar, intercambiar y recepcionar puntos de vista diferentes con quienes lo rodean. No obstante, adquirir el lenguaje implica un proceso donde las interacciones familiares y sociales desempeñan un rol decisivo. Pero, no todos los niños responden a las expectativas teóricas y sociales en el desarrollo del lenguaje y es aquí donde empiezan los problemas.

Es así que entre uno de los problemas que se presentan es en la expresión del lenguaje oral, cuando el niño manifiesta demora y/o dificultad significativa para hablar y darse a entender a los demás. En este sentido, puede presentar limitaciones en la articulación de sonidos y palabras es decir en la pronunciación, así mismo dificultad en la resonancia y ritmo al hablar, e incurrir en una serie de errores sintácticos.

La tartamudez es uno de los trastornos de habla más conocidos, caracterizado por una alteración de la fluidez causada por múltiples factores tales como: psicológicos, neurológicos, emocionales, genéticos, entre otros, lo que hace difícil precisar una causa específica que la provoque.

Aunque los estudios sobre la tartamudez van avanzando paulatinamente, todavía no se conocen las causas concretas del tartamudeo, si bien todo indica que hay que pensar en un origen multicausal, se han encontrado diversas teorías que, desde distintas perspectivas ,intentan dar una explicación a este problema. Una de estas teorías se sustenta en los aspectos fisiológicos relacionados con la planificación y coordinación del habla. Otras apuntan a elementos psicofisiológicos (respiración, tensión muscular, etc), elementos psicológicos que inciden en la problemática (expectativas del sujeto, condicionamiento a palabras, objetos o situaciones), los puramente lingüísticos (referentes al desarrollo lingüístico y de la fluidez) y

dificultades psicosociales, que recogen los componentes pragmáticos y del uso del lenguaje en contextos sociales.

Una de las dificultades que se evidencia, es que todos estos factores se encuentran interrelacionados, así se sabe que el factor genético no se manifestará si no hay un ambiente psicológico y social que lo propicie, y que un factor fisiológico, en un determinado ambiente social, produce efectos en la esfera emocional que, a su vez, contribuyen a la perpetuación del tartamudeo.

Otro problema en el análisis de las causas lo establece el hecho lógico de que en cada tartamudo los factores tendrán un peso y una influencia diferentes, dando lugar, entre otras cosas, a distintas formas de aparición y a distintas maneras de manifestarse.

A nivel mundial a través de estudios se conoce que incide más en los hombres que en las mujeres en un porcentaje de 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 tartamudez y que las mujeres se van recuperando mejor (una niña mejora de la tartamudez 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 tartamudez pero no dice que sean mejores en el plano lingüístico.

Así mismo la tartamudez es más frecuente en países desarrollados (sobre todo en USA). Más disfémicos en clases ascendentes, más en universitarios (esto indica que influye la presión, ya que estamos hablando de aprender una habilidad, y en este aprendizaje influye la presión).

A nivel nacional se conoce que los docentes manifiestan que en las aulas tienen niños que presentan: prolongación o repetición de palabras, sílabas, sonidos, cambios en la velocidad del habla, alteración en el tono de la conversación, alteración de la respiración, excesiva tensión muscular en los órganos usados para el habla, aceleración en el ritmo cardíaco, temblores y nerviosismo así como vergüenza, ansiedad, y frustración cuanto al habla y que muchas veces no saben como evaluarlos ni como ayudar a superar esta dificultad.

En nuestra localidad de Huarmey por nuestra experiencia en el trabajo con niños observamos que en las aulas de educación primaria hay niños que presentan los problemas antes mencionados y que además los docentes no saben como evaluar este tipo de dificultad por lo que dejan a los niños sin una evaluación certera y la dificultad persiste prolongándose hasta finalizar en una tartamudez crónica.

Por tanto, el presente estudio permitirá responder a la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel y tipo de tartamudez en los estudiantes del segundo grado de educación primaria de las instituciones educativas estatales de la zona rural y urbano marginal de la Provincia de Huarmey en el año lectivo 2011?

1.2 Antecedentes

Abarzua R. ⁽¹⁾ realizó la investigación denominada **“Diseño y aplicación de tareas para evaluar velocidad y ritmo, como componentes de la fluidez, en niños preescolares entre 4 años 0 mes y 5 años 11 meses de edad ”** que tuvo como objetivos : diseñar tareas para la evaluación de la velocidad y ritmo, como componentes de la fluidez, en niños preescolares entre 4 años 0 mes y 5 años 11 meses de edad; evaluar el desarrollo de la velocidad y el ritmo, como componentes de la fluidez, de los niños en estudio y describir el desarrollo de la velocidad y ritmo por semestre de vida de los niños en estudio; arribando a las siguientes conclusiones : de acuerdo a los objetivos planteados, se concluye que fue posible diseñar tareas para evaluar dos de los componentes de la fluidez, velocidad y ritmo, en niños preescolares entre 4 años 0 mes y 5 años 11 meses, de un nivel socioeconómico medio. Estas consideraron elementos tales como medición de la velocidad del habla en palabras por minuto y aplicación de ejercicios rítmicos para medir habilidades en este aspecto. Por otra parte, fue posible aplicar las tareas diseñadas en los niños de la muestra escogida para la evaluación. Finalmente, en base a los resultados obtenidos, se pudo describir el desarrollo de los componentes de la fluidez, velocidad y ritmo, en los niños preescolares del grupo de estudio.

Castejón L. ⁽²⁾ realizó la investigación “Contenidos de los estereotipos de los maestros sobre los alumnos tartamudos” cuyo objetivo fue conocer el objetivo de los contenidos de los profesores de educación primaria sobre los alumnos tartamudos y

las diferencias que se establecen en el mismo dependiendo de la experiencia docente con los alumnos arribando a las siguientes conclusiones : el contenido del estereotipo de los maestros sobre los alumnos tartamudos está conformado por adjetivos que globalmente reflejan una imagen negativa que lleva a plantear un cambio conceptual en los maestros como primera medida de intervención educativa; los maestros deben conocer la tartamudez así mismo la experiencia docente con alumnos tartamudos no determina diferencias en el contenido del estereotipo, lo cual lleva a plantear que las relaciones que maestro y alumno tartamudo establecen se desenvuelven principalmente en el plano académico, sin llegar a establecer una relación educativa más personal, propia de la acción tutorial que la escuela inclusiva propone, finalmente se plantea la necesidad de difundir el conocimiento de la tartamudez en el sistema educativo español y de realizar acciones formativas orientadas a modificar las percepciones que los maestros tienen sobre los alumnos.

Ahumada D. ⁽³⁾ realizó la investigación “Diseño y aplicación de una pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez”. La aplicación experimental del instrumento se realizó en un total de veintidós sujetos, cuya edad fluctúa entre los 5.0 - 11.11 años, y otro entre los 12.0 - 17.11 años, que consulten por tartamudez, procedentes de la Región Metropolitana. Los sujetos han sido seleccionados del Centro Médico Megasalud, ubicado en la comuna de Maipú. El análisis realizado a partir de la aplicación experimental de la Pauta de Evaluación Fonoaudiológica en niños y adolescentes que consulten por Tartamudez para observar si el instrumento fue aplicable en forma funcional en la clínica, es decir, para determinar si es un instrumento de aplicación sencilla y de fácil registro y análisis de los resultados arrojados. Además, se logró conocer si las instrucciones estipuladas en la pauta, fueron fáciles de seguir y comprender por los pacientes que presentaron este cuadro, independiente de su nivel sociocultural, edad, etc.

1.3 Bases Teóricas

1.3.1 Modelo de producción normal del lenguaje.

Para la mejor comprensión del problema, es beneficioso conocer cuáles son las propiedades del sistema que permiten hablar a las personas. No hay una respuesta clara para explicar la producción lingüística de los sujetos, por la dificultad metodológica en el estudio de un fenómeno que no es observable y se apoya mayoritariamente en estudios observacionales de salida del sistema, es decir, en la producción de hablantes normales⁽⁴⁾.

Hablar, es una actividad que se produce siguiendo un esquema similar en todas las personas adultas normales. Antes de hablar, la persona se plantea una idea o mensaje. Para hacerlas llegar a su interlocutor tendrá que traducirlas a un código lingüístico comprensible para ambas partes. Seleccionará aquellas unidades que mejor se adecuen al contenido de su idea, usará las palabras más adecuadas para expresar lo que quiere decir y las ordenará según las reglas gramaticales propias del idioma en que está hablando. El último paso será poner en marcha los órganos articulatorios fonatorios y respiratorios, de forma que sea pronunciada la sucesión de fonemas según el programa lingüístico previo⁽⁴⁾.

Según este modelo, los errores que cometen los sujetos, se dan en las conversaciones, que es la parte observable. También se han estudiado los tiempos de reacción en el habla, las pausas y los silencios en la emisión, etc.

Se teoriza, que estas pautas son indicativas del tiempo de elaboración de las decisiones léxicas al programar el sujeto su emisión, siendo la duración de las mismas mayor en función de la complejidad de los procesos implicados. Esto explicaría que cuando hacen una descripción concreta de objetos o dibujos tienen mayor fluidez frente a más errores en explicaciones de acontecimientos más abstractos⁽⁴⁾.

Con independencia de la contribución del organismo en los procesos de adquisición del lenguaje, pues no se cuestiona que el equipamiento genético facilita o inhibe ciertas adquisiciones, no pueden dejarse al margen las variables relacionadas con el entorno⁽⁴⁾.

El lenguaje familiar y social, en mayor o menor medida, condicionan el desarrollo del sistema lingüístico infantil. Hay que destacar el papel fundamental que juegan las primeras experiencias en la vida de un niño. La ausencia de un ambiente estimulante en las primeras edades genera un estancamiento en el desarrollo⁽⁴⁾.

Para explicar el problema de la tartamudez nos interesan más por tanto orientaciones psicolingüísticas, que plantean el estudio de variables no estrictamente lingüísticas sino comunicativas, ya que los factores contexto, la intención comunicativa, son decisivos en el proceso de aparición de los errores del habla⁽⁴⁾.

1.3.1.1 Anatomía de los órganos de la palabra.

El aire que respiran es el mismo aire con el que hablan. Los pulmones se dilatan automáticamente aspirando el aire hacia su interior, este es expulsado luego de los pulmones, y si estamos hablando al mismo tiempo se usa para hablar⁽⁵⁾.

Entonces, pasa por la laringe que está en la garganta, y dentro se encuentran las cuerdas vocales (al nivel de la nuez). Las cuerdas vocales (podemos imaginarlas como dos labios, que pueden estar abiertos o cerrados), están abiertas cuando respiramos, de modo que el aire pueda salir y entrar. Cuando aguantamos la respiración las cuerdas están juntas y no hay paso de aire. Cuando hablamos, las cuerdas vocales vibran y se produce la voz. Si las cuerdas vocales no vibran, el sonido no tiene voz⁽⁵⁾.

Todas las vocales tienen voz y también algunas consonantes. La articulación de palabras, está determinada por las posiciones de los órganos articulatorios. Los principales son la lengua, la mandíbula, los labios, los dientes, el paladar, el velo del paladar y la nariz. Al decir “a” la posición de labios y lengua es diferente al decir “i”⁽⁵⁾.

1.3.1.2 División de los sonidos en grupos.

En principio se aprende los sonidos vocales “a”, “e”, “i”, “o”, “u”. Después los sonidos restantes, los consonantes, que se dividen en dos grupos: continuos y oclusivos⁽⁴⁾.

Se llama *continuos* a todas las vocales y a las consonantes excepto seis, y toman su nombre porque podemos seguir diciéndolas hasta que se nos acabe el aliento: “f”, “m”, “r”... Los otros seis sonidos, son “p”, “b”, “d”, “t”, “k” y “g”, al pronunciarlos tenemos que hacer como una explosión antes de oír el sonido; son los oclusivos⁽⁶⁾.

- Vocales.
- Consonantes: oclusivas, continuos, nasales, semivocales, restantes.

Los sonidos *nasales* son “m”, “n” y “ñ”. Estos son los únicos que provienen de la nariz en lugar que de la boca⁽⁶⁾.

Los dos *semivocales* son “y” - “w”. Comienzan con un sonido vocal y se deslizan inmediatamente a otro sonido vocal⁽⁶⁾.

En algunos casos en tartamudeo está reducido a las consonantes oclusivas “p”, “b”, “t”, “d”, “k”, “g” o alguna de las seis. En otros casos se producirá más en las vocales o en las nasales, etc. ⁽⁶⁾.

Es increíble ver cuantas partes del cuerpo están involucrados en el tartamudeo. Atascarse en una palabra supone extrema tensión: en los labios, laringe, lengua y mandíbula, acompañados de ojos cerrados, manos apretadas, pies retorcidos y cara con sudor, hasta que haya pronunciado la palabra⁽⁶⁾.

1.3.2 Teorías explicativas de la tartamudez

1.3..2.1. La tartamudez como un problema genético.

Se basa en la suposición de la predisposición genética, igual que puede existir en diversas enfermedades se puede dar en la tartamudez; hijos de padres tartamudos tendrían más posibilidad de presentar el problema, sin embargo esta no es razón para que necesariamente aparezcan sus síntomas ⁽⁷⁾.

Quizás estos niños tengan una especial predisposición a responder contrayendo los músculos de la cara al enfrentarse a estímulos estresantes, igual que otros niños se pongan colorados o suden mucho, sin que esto signifique que está predeterminado.

Hay que conocer qué papel desempeña la imitación en el inicio del trastorno, ya que el niño adquiere el lenguaje por imitación de los modelos de referencia de su entorno más próximo. El ambiente familiar sobreprotector, tensión familiar, exigencias paternas excesivas, etc, también son ideas ligadas a la tartamudez ⁽⁷⁾.

El hecho de que no tartamudeen cuando están solos, cuando cantan, los factores temporales o situacionales y la no concordancia con gemelos monocigóticos hacen que se cuestione la causalidad exclusivamente genética ⁽⁷⁾.

1.3.2.2. La tartamudez como problema psicológico.

El origen de la tartamudez estaría provocado por variables exógenas que actuarían negativamente sobre el habla del sujeto (shock emocional, burlas, labilidad afectiva, ansiedad, angustia) ⁽⁷⁾.

a) Como respuesta aprendida.

Los niños aprenden a hablar con titubeos, unos más que otros. Hay quien cree que este lenguaje titubeante persiste en la vida adulta y se convierte en tartamudez por la ansiedad que le produce el mismo titubeo ⁽⁷⁾.

Cuando el niño empieza a hablar, aparecen en él faltas de fluidez que, no tienen consecuencias para el niño a no ser que uno de los padres, en un exceso de cuidado puedan considerarlo tartamudez e intenten corregir al niño, reprobándolo o ridiculizándolo. Como ocurre con una amplia gama de conductas, la excesiva atención de los padres hacia los errores de dicción puede actuar como reforzador de los mismos y provocar aumento de errores en la frecuencia del habla. La conducta se mantiene porque la persona consigue su objetivo de comunicarse y decir la palabra ante la cual se ha producido un bloqueo (lo cual refuerza, aumenta la frecuencia de la conducta de tartamudear) ⁽⁷⁾.

Se dice que la satisfacción experimentada por una persona que tartamudea al expulsar la palabra, refuerza el tartamudeo, y que continua tartamudeando para repetir (inconscientemente) esta satisfacción ⁽⁷⁾.

También se ha dicho que es producto de la tensión emocional. El niño al experimentar una fuerte emoción de miedo, dificulta la organización caudal del pensamiento, hasta el punto de que hablar con fluidez resulta imposible. La próxima vez que experimente miedo responderá igualmente tartamudeando ⁽⁷⁾.

Además se ha descrito a menudo como un “mal hábito”. Según la teoría de la conducta aprendida, el tartamudeo es un mal hábito, pero no indica cómo ni porqué se inició este hábito ⁽⁷⁾.

b) Como respuesta a la ansiedad.

Se ha escrito mucho a cerca de ello, afirmando desde el punto de vista psicológico que “la causa principal del tartamudeo es psicológica, los estados de ansiedad impiden al cerebro mantener el debido control sobre los órganos de la palabra”, “el tartamudeo es síntoma de una personalidad emocionalmente neurótica”, “El tartamudeo es una fobia a las palabras”. Estas notas citadas no son válidas ya que no ofrecen bases sólidas para su creencia ⁽⁷⁾.

Hay estudios con tartamudos que demuestran que las personas que tartamudean sufren estados de ansiedad superiores en relación a los que no lo hacen, pero no son más neuróticos que otros individuos ⁽⁷⁾.

Está muy difundida esta creencia y hasta cierto punto es verdadera: los tartamudos se ponen muy nerviosos a la hora de hablar, lo que puede ser causa su tartamudez. Según esta teoría, las personas tartamudean en situaciones que elevan su nivel de ansiedad, y dejan de hacerlo en situaciones relajadas (de ahí que no lo hagan cuando están solas) ⁽⁷⁾.

El incremento de la tasa cardíaca, de la sudoración y de la tensión muscular aumenta la probabilidad de que aparezcan bloqueos, repeticiones y otros errores del

habla. Una vez producido este condicionamiento inicial, el tartamudeo se va generalizando a los diferentes ambientes del niño ⁽⁷⁾.

Como en todo condicionamiento en el que hay estímulos aversivos, se producen respuestas asociadas: las respuestas de evitación. Se va instaurando cada vez más la evitación o huida de las situaciones en las que hay que hablar ⁽⁷⁾.

Hay personas que tartamudean solo al pronunciar determinadas palabras y esto ocurre porque están pendientes de la aparición de la *sílaba temida* , lo que les lleva a tartamudear ⁽⁷⁾.

La situación de estrés, de alarma, provoca tensión muscular generalizada en el sujeto, lo que le lleva a producir más errores de dicción. No es solo la situación lo que influye, sino la propia percepción de la tartamudez, el temor a equivocarse, o la expectativa de tartamudear en las próximas palabras lo que induce a más errores en el lenguaje ⁽⁷⁾.

c) La tartamudez como un trastorno de personalidad.

Se intentó encontrar qué características de personalidad tenían los sujetos tartamudos que les hicieran diferentes, en un intento de explicar los errores en la dicción en función de los rasgos de personalidad; en este punto se ha dicho que son personas ansiosas, introvertidas, menos hábiles socialmente que las no tartamudas. No se han encontrado datos concluyentes, por lo que podría ser que el problema se presentara sin trastorno de personalidad previo, pero el desarrollo de la tartamudez y su propia percepción sería lo que provocase un comportamiento más retraído y ansioso ⁽⁷⁾.

1.3.2.3. La tartamudez como un problema lingüístico.

La aparición del trastorno estaría relacionada con posibles dificultades en el desarrollo del lenguaje, ya que los episodios de tartamudeo afloran entre los 2 y los 5 años, coincidiendo con el máximo apogeo en el desarrollo del mismo.

Se ha encontrado en estudios que niños pequeños con tartamudez tienen un lenguaje con complejidad sintáctica reducida, uso frecuente de la palabra “y” al comienzo de las frases, emisiones incompletas y errores gramaticales frecuentes. Se ha planteado si esto produce disfemia o si es el síndrome disfémico el que influye en la aparición de las dificultades del habla⁽⁸⁾.

1.3.2.4. La tartamudez como problema orgánico.

a) Basadas en disfunciones orgánico- cerebrales.

En determinados traumatismos cráneo encefálicos se han constatado ciertos trastornos del lenguaje hablado. Los casos de tartamudez en que los sujetos presentan algún tipo de trauma o lesión cerebral permite contemplar la posibilidad de que este trastorno pueda obedecer a causas orgánicas. Van Riper, señala que niños con deficiencia mental, síndrome de Down, desarrollan más frecuentemente una tartamudez que los niños normales⁽⁸⁾.

También se ha relacionado con anormalidades en el funcionamiento cerebral, en lo que se refiere al establecimiento de la lateralidad de las funciones de los dos hemisferios, concretamente a la dominancia auditiva, de lenguaje, de la visión y manipulativa⁽⁸⁾.

Se considera producto de una alteración cerebral, aunque en el pasado se responsabilizaron toda clase de órganos.

Se ha especulado mucho acerca de que el sistema nervioso central sea el responsable, al mismo tiempo se relacionaba con problemas en la lateralidad y coordinación manual. Se decía que si se obligaba a un niño zurdo a escribir con la

mano derecha podía ocasionarle tartamudeo. Hoy se considera lo inexacto de esta afirmación, aunque no se descarta, por las dificultades emocionales que ocasionaba a los niños que se obligaba a hacerlo⁽⁸⁾.

b) La tartamudez entendida como un defecto de la percepción.

La correcta audición es la condición indispensable para que el lenguaje se desarrolle con normalidad. Hay autores que afirman que las personas tartamudean porque no perciben en el momento adecuado las sílabas o palabras que acaban de emitir. Debido a las diferencias en la velocidad de transmisión de los tres canales de retroalimentación (auditivo, óseo y propioceptivo). Esta demora en la percepción del propio lenguaje se debería a problemas en los mecanismos de percepción periféricos o centrales (sistema nervioso central)⁽⁸⁾.

c) Como una disfunción neuromuscular.

El problema se explica por una posible desincronización de los impulsos correspondiente al control realizado por la corteza cerebral. Cuando existe hiperactividad y debilidad vegetativa, pueden aumentar los espasmos musculares, con excesiva tensión muscular, que favorece el agarrotamiento de los músculos y el movimiento inadecuado de los órganos fonatorios, articulatorios y respiratorios, lo cual dificultaría las emisiones verbales. Esta teoría aunque se considera correcta, resulta parcial⁽⁸⁾.

d) El tartamudeo como falta de coordinación entre los sistemas respiratorio, fonatorio y articulatorio.

La falta de coordinación entre los diversos actos que permiten el habla actuaría como responsable. Para poder hablar, el aire ha de salir de los pulmones con una determinada presión, los músculos abductores han de abrir y cerrar las cuerdas vocales y los órganos articulatorios (lengua, labios...), han de moverse de forma adecuada y coordinada. Parece que los tartamudos presentan descoordinación de los tres sistemas implicados que puede comprobarse al hacer desaparecer alguno de los sistemas. Así las personas que tartamudean reducen prácticamente a cero el número de errores al cuchichear (cuando no interviene el aparato fonatorio) ⁽⁸⁾.

1.3.3 Tartamudez ó disfemia

La tartamudez o disfemia ⁽⁹⁾ es una alteración en el ritmo del habla que se manifiesta con interrupción en la fluidez de la palabra. Consiste en una repetición o alargamiento involuntario de, sílabas o palabras.

La disfemia es un trastorno en el que se mezclan factores predisponente de origen genético y orgánico y factores adquiridos relacionados con el aprendizaje social del habla⁽⁹⁾.

Estas manifestaciones suelen acompañarse con movimientos bruscos en todo el cuerpo. Los síntomas de la tartamudez aparecen con frecuencia entre los tres y los siete años y suelen ir aumentando con la edad, si bien puede haber periodos en que remita sensibilidad⁽⁹⁾.

1.3.4. Tipos de tartamudez

En cuanto a este parámetro se puede señalar que existen tres tipos de espasmos ⁽⁹⁾:

- **Tónicos:** Se producen cuando el habla parece entrecortada por bloqueos que afectan a grupos musculares relacionados con la fono articulación, lo que conlleva a un habla explosiva y violenta a causa del gran esfuerzo y aumento del tono muscular que realiza el sujeto para solucionarlo⁽⁴⁾.

- **Clónicos:** Se originan cuando el habla del sujeto presenta contracciones bucales breves y rápidas, produciéndose como consecuencia una repetición compulsiva de sílabas⁽⁴⁾.

- **Tónico – Clónicos:** Se observan cuando el habla presenta una mezcla de ambos tipos de producciones del habla.

Según lo anterior se puede determinar una valoración de la intensidad con la que se produce el espasmo de la siguiente manera ⁽⁴⁾:

- Grave:** Si el bloqueo es tal que impide al paciente continuar con la actividad que está realizando en ese momento (lectura, descripción de láminas)⁽⁴⁾.

- Moderado:** Si el bloqueo dificulta la actividad que está realizando el paciente, pero logra resolverse permitiendo que continúe con lo que está realizando (lectura, descripción de láminas)⁽⁴⁾.

- Leve:** Si el bloqueo es resuelto de manera rápida y sin mayor dificultad⁽⁴⁾.

1.3.5 Factores desencadenantes

1.3.5.1.- Factores de origen orgánico:

➤ **De tipo neurológico:** Se valora la influencia de una mala lateralidad o del retardo en la deficiencia de ciertas áreas. En estos momentos, no se considera un factor único o principal en la aparición del trastorno ⁽¹⁰⁾.

➤ **De tipo auditivo:** Se habla de una posible inecuación o mala adecuación de la percepción auditiva. Al habla se recibe la propia emisión a través del aire – boca/oído-y a través del propio cuerpo –vía ósea –Estas dos percepciones tienen que estar en sincronía para que el habla se produzca en las condiciones óptimas. Probablemente cualquier alteración de este proceso provocara problemas en la expresión oral ⁽¹⁰⁾.

➤ **Trastornos varios:** Relacionado con trastorno de sueño, alimentación y otras alteraciones relativas al bienestar físico, que pueden acentuar las dificultades de los disfémicos ⁽¹⁰⁾.

1.3.5.2. Factores genéticos: Aunque las investigaciones no son concluyentes se ha observado una incidencia importante de antecedente familiares. Sin embargo no se señala como una causa única ⁽¹⁰⁾.

Hay que mencionar el hecho de que la tartamudez afecta más a los varones que a las mujeres –aspecto relacionado posiblemente con el hecho de que las niñas adquieren antes y con más fluidez el lenguaje y con el hecho de que los chicos por su constitución tienen un control neural menos estable. ⁽¹⁰⁾

1.3.5.3. Factores relacionados con la zurderia: se ha valorado este factor como uno de los que puede potenciar la aparición del trastorno ya que se observan numerosos casos de zurdería entre las personas con disfemia ⁽¹⁰⁾.

1.3.5.4. Factores psicológicos: No es fácil, en general, determinar si son causas o consecuencia del trastorno y que papel juegan en el exactamente. Son factores que, como mínimo, mantienen y suelen aumentar el problema de la disfemia. La angustia, el miedo, el temor, el rechazo, y el ridículo, y la actitud vigilante y tensa forman parte de la vida diaria de muchos niños disfémicos ⁽¹⁰⁾.

Cabe destacar que todas las personas bajo la influencia de una fuerte emoción puede tartamudear, ya que si bien las emociones impulsan a menudo el deseo de comunicación con los demás, también puede puntualmente, bloquear el lenguaje ⁽¹⁰⁾.

1.3.6. Las alteraciones lingüísticas: Más usados en un proceso de disfemia se refieren a la respiración, la fonación, la articulación y al lenguaje. En cuanto a la respiración y la fonación, se ha de decir que la persona con esta dificultad suele iniciar la fonación en un momento poco adecuado para ello, acompañada puntualmente, de una respiración paradójica que distorsiona sensiblemente la emisión de sonidos, si intentamos hablar mientras inspiramos el aire que se producirá con probabilidad estará deformada ⁽¹⁰⁾.

Así mismo el tartamudeo realiza salidas bruscas e incontroladas del aire que necesita para la fonación, lo que junto con el mal reparto del aire que lleva a cabo a lo largo de su discurso hace que pierda el aire necesario para la emisión oral y que tenga que recurrir al aire residual de los pulmones que le queda de la inspiración anterior. Ello contribuye a la interrupción del ritmo normal de la palabra hablado y crea una gran tensión ⁽¹⁰⁾.

En cuanto al lenguaje, lo más destacable en un niño disfémico es la economía de la expresión verbal, es decir reduce al máximo el número de palabras en su expresión, como estrategias para evitar las interrupciones o alargamientos que tanto lo angustia ⁽¹⁰⁾.

Otra tendencia que se suele observar es la de utilizar una serie de sinónimos, a veces abusivamente para obviar la palabra que son más conflictivas para ello llegando a desarrollar fobia hacia vocablos determinados ⁽¹⁰⁾.

1.3.7. Tratamiento de la disfemia

Lo cierto es que, en las últimas tres décadas y de forma creciente, la disfemia es objeto de serias investigaciones procedentes de la medicina, la psicología y la patología del lenguaje. El fruto de estas investigaciones permite, por el momento, reconocer este trastorno de forma más adecuado y también una aproximación terapéutica más razonable y eficaz, particularmente en la intención precoz. No es menos cierto que el tratamiento requiere una especializada preparación dentro de la psicopatología del lenguaje ⁽¹⁰⁾.

1.3.7.1. Enfoque terapéutico y pronóstico

La intervención precoz en ciertos casos se realiza de forma directa, enseñando al niño formas de modificación del habla que permitan una mayor fluidez. En el tratamiento del disfémico conviene diferenciar el enfoque terapéutico de la disfemia en su conjunto y el uso de procedimientos o técnicas auxiliares para reducir la tasa de tartamudeo ⁽¹⁰⁾.

El uso de estas técnicas representa únicamente un medio complementario, no lo esencial del tratamiento, pues no existe ninguna técnica terapéutica capaz de eliminar la disfemia por sí sola y su utilización –específica e individualizada –debe enmarcarse en el tratamiento global del Síndrome ⁽¹⁰⁾.

Se alentará al disfémico a mantener una constante y tensa participación activa para ir alcanzando progresivamente la fluidez.

Los indicadores de un mejor pronóstico serían:

- El conocimiento más adecuado por parte del disfémico, de su propio trastorno.
- La mejor gravedad de la disfemia (valorada tanto objetiva como subjetivamente).
- La mayor colaboración del paciente (y de la familia y si se trata de un niño)
- La menor importancia de factores de la esfera emocional asociados a la tartamudeo ⁽¹⁰⁾.
- La edad del paciente. El pronóstico será mejor si se trata de un niño pequeño (antes de alcanzar la frase de la disfemia secundaria o complicada).

➤ El peso específico de los posibles factores causales del trastorno.

Los resultados del tratamiento dependen en gran medida de la continuidad tenzón empleados para llegar a conseguir el objetivo propuesto. Con respecto al sexo, se obtiene mejores resultados terapéuticos en niñas que en niños) ⁽¹⁰⁾.

Esta no consecuencia del tratamiento sino de que la evolución en mujeres tiende a ser mejor.

En cuanto a la duración del tratamiento, parece más eficaz cuando no es inferior a los 6 meses, si bien, por otra parte, tampoco un tratamiento excesivamente prolongado garantiza una mayor eficacia. La frecuencia de las sesiones puede ser intensiva al principio ⁽¹⁰⁾.

La existencia de otros tratamientos anteriores puede representar una ventaja si han disminuido la intensidad de los síntomas, o bien un inconveniente si el resultado ha sido frustrante para el disfémico, quién en este caso, abordaría el nuevo tratamiento con peor disposición y mayor recelo ⁽¹⁰⁾.

Resulta difícil determinar la eficacia de un tratamiento si no se realiza una evolución continuada y a largo plazo del rendimiento verbal del paciente.

Esto supone el registro diario de su actuación verbal de un modo cuantificado a demás del registro periódico realizados por otras personas (familia, otros jueces aparte del terapeuta) ⁽¹⁰⁾.

Para cada caso hay que plantear una estrategia particular a seguir fuera de la sesión, para aplicar las nuevas pautas aprendidas durante la misma ⁽¹⁰⁾.

Si bien es cierto que existen programas estándares de tratamiento, lo mejor es elaborar un programa individualizado para cada caso ⁽¹⁰⁾.

1.3.7.2 Pautas de conductas para el disfémico

Una de las dificultades que plantea la disfemia es el hecho de ser un trastorno complejo en el que, probablemente hay diversos factores causales y que esta determinado por variables fisiológicas y psicológicas que intervienen de forma simultanea ⁽¹⁰⁾.

El tratamiento no tiene éxito cuando no se maneja adecuadamente dichas variables, o cuando el enfoque está centrado solo en procedimientos psicoterapéuticos o conductuales en sentido estricto, o sea centrados exclusivamente en la mecánica del habla. Así pues el tratamiento parece más eficaz cuando se combinan ambos tipos de enfoque ⁽¹⁰⁾.

Estas pautas se imponen paulatinamente y según el caso se hará hincapié más en unas que en otras:

- Hablar con calma sin precipitaciones.
- Poner en práctica la auto observación del habla cuando es fluida para aprender los mecanismos de la fluidez espontánea
- No evitar el tartamudeo sistemáticamente. No rehuir las situaciones verbales. Hablar siempre que sean necesarios. Afrontar el riesgo de tartamudear.

1.3.8. Perfiles y Características clínicas de los sujetos que presentan tartamudez

1.3.8.1. Perfiles de los sujetos que presentan Tartamudez

Existe una serie de patrones de desarrollo de la tartamudez que se presentarán a continuación.

- **Patrón Nº 1** : En este caso, nada inusual ocurre en el medio ambiente del niño, la tartamudez parece desarrollarse sin que pueda advertirse algún suceso ambiental estresante que haya podido actuar como desencadenante. Puede o no puede haber antecedentes de tartamudez en la familia. No existe una explicación clara de qué fue

lo que desencadenó la disfluencia. En general la tartamudez parece comenzar con simples repeticiones de palabra, en donde lentamente va apareciendo la tensión ⁽⁹⁾.

➤ **Patrón Nº 2** : Este patrón ocurre en aquellos sujetos cuyo ambiente comunicativo se caracteriza por un alto nivel de verbalización. Sus padres le dan gran importancia a la comunicación verbal. Los casos de sobre estimulación del lenguaje ocurren generalmente en niños cuyos padres poseen profesiones caracterizadas por una gran cantidad y un alto nivel de actividad verbal, por ejemplo, abogados, docentes, etc. Estos niños se caracterizan por tener un desarrollo de lenguaje más avanzado que el esperable para su edad cronológica ⁽⁹⁾.

➤ **Patrón Nº 3** : Este patrón ocurre en el caso de aquellos sujetos que presentan un retraso en el desarrollo del lenguaje y que concurren a tratamiento fonoaudiológico de estimulación del lenguaje. Como resultado del tratamiento, el lenguaje del niño evoluciona rápidamente y por lo general alcanza un nivel acorde a su edad cronológica. Sin embargo, al mismo tiempo que estos niños parecen haberse recuperado de su retraso en el desarrollo del lenguaje, comienza la disfluencia ⁽⁹⁾.

➤ **Patrón Nº 4** : Este es muy similar al anterior pero con la diferencia de que aquí el niño realiza un tratamiento fonoaudiológico por trastornos articulatorios, y no por un retraso o trastorno en el desarrollo del lenguaje ⁽⁹⁾.

➤ **Patrón Nº 5** : Se caracteriza este patrón, por la existencia de un brusco estrés emocional (una experiencia traumática o emocionalmente fuerte, que no necesariamente tiene que ser negativa) ⁽⁹⁾.

1.3.8.2. Características clínicas de los sujetos que presentan Tartamudez

De acuerdo a la definiciones de tartamudez, es posible describir una serie de parámetros que son parte del cuadro clínico de los sujetos con tartamudez, entre los cuales se cuentan: alteración del ritmo, frecuencia de errores, tipo de disfluencias, número de unidades repetidas, duración de las difluencias, movimientos asociados, agrupamiento de difluencias, tipo de espasmos, velocidad y prosodia ⁽¹⁰⁾.

Ritmo: El ritmo es, según Littré, una “sucesión de sílabas acentuadas (sonidos fuertes) y de sílabas no acentuadas (sonidos débiles) con determinados intervalos” ⁽¹⁰⁾.

Otra definición de ritmo se refiere a aquellos aspectos de la música que tratan sobre su movimiento en el tiempo y sobre la estructura de este. Además de su significado

general, el término ritmo suele hacer referencia a unos hechos temporales específicos como los patrones de longitudes de un cierto grupo de notas ⁽¹¹⁾.

En los sujetos con tartamudez ocurre que existe una alteración en las fases evolutivas del desarrollo del ritmo en distintos grados, siendo este uno de los signos característicos de este cuadro ⁽¹¹⁾.

Algunos hitos relacionados con el desarrollo de las habilidades rítmicas de los niños en distintas edades, y que se deben considerar en toda evaluación para determinar el grado de compromiso presente en el sujeto con tartamudez: ⁽¹¹⁾

A los 3 años:

- Expresión: Se espera que el niño consiga cierta sincronización motora, a través del seguimiento de música moviendo o golpeando, por ejemplo, con la mano, sobre la mesa; además, se observa que el niño está descubriendo las posibilidades rítmico musicales de las palabras y se complace en utilizarlas en juegos cantados ⁽¹²⁾.
- Percepción: El niño es capaz de captar bien un pequeño fragmento de música y lo intenta practicar; puede reproducir estructuras rítmicas de 3 o 4 elementos y le gusta experimentar con grupos rítmicos; además se observa que, aunque no conoce el grafismo de las figuras musicales, diferencia los valores de negra y corcheas, y comienza a reconocer varias melodías simples y a querer reproducirlas ⁽¹²⁾.

A los 4 años:

- Expresión: Se espera que un grupo de niños sea capaz de llevar el mismo ritmo, pero, sin embargo es mucho más difícil el canto al unísono, que se produce de forma menos espontánea. ⁽¹²⁾.
- Percepción: Se observa que el niño no tiene noción consiente de simultaneidad sonora, que confunde intensidad y velocidad, pero que es capaz de diferenciar entre algo más rápido y más lento, al igual que agudo y grave; junto a eso aumenta su memoria auditiva y comienza a identificar melodías simples ⁽¹²⁾.

A los 5 años:

- Expresión: Se espera que el niño tenga un desarrollo motriz que le permita sincronizar los movimientos de la mano o el pie con la música; también se ha visto que salta sobre un pie solo y baila rítmicamente al son de la música. ⁽¹²⁾.
- Percepción: Se observa que el niño puede realizar ordenamientos y clasificaciones de sonidos e instrumentos, junto a la realización de dictados musicales expresados en grafías no convencionales, como puede ser el trazado de una línea, dibujar círculos que representen sonidos, duraciones, graves y/o agudos ⁽¹²⁾.

Entre los 6 y 8 años:

- Expresión: Se espera que el niño pueda, gracias a una maduración motriz considerable, sincronizar de forma perfecta los movimientos de manos y pies con la música y coordinar sonidos simultáneos; además, muestra una tendencia a acelerar los tiempos rítmicos y una preferencia a la interpretación de instrumentos de percusión escolar, y la capacidad de interpretar y reconocer las duraciones de las figuras y sus silencios ⁽¹²⁾.
- Percepción: Se observa que el niño acepta el lenguaje musical si lo entiende y lo pone en práctica con la voz o con instrumentos, reconoce un esquema de tonalidad simple y percibe el carácter inacabado de una frase rítmica, y es capaz, en la percepción polifónica, discriminar mejor los agudos que los graves ⁽¹²⁾.

Entre los 8 a 10 años:

- Expresión: Se espera que el niño tenga una maduración motriz importante y un gusto por los instrumentos musicales, pudiendo tocar un instrumento de percusión en grupo o a dúo, haciendo, además, pequeñas composiciones musicales; claramente hay un mayor sentido rítmico y habilidad para tocar instrumentos ⁽¹²⁾.
- Percepción: Se ve que el niño aprecia ritmos más complejos, aunque cada uno adquiere su valor individual del ritmo; además, se ha visto que reconocen compases binarios, ternarios y cuaternarios, pero los 6/8 y otros compases de subdivisión ternaria son difíciles de reconocer ⁽¹²⁾.

Entre los 10 a 12 años:

- **Expresión:** Se espera ver diferencias en cuanto a actividades rítmico motrices entre niños y niñas, y ahora las canciones y piezas instrumentales no deben tener necesariamente un componente lúdico, siendo capaces de reconocer distintos tipos de partituras ⁽¹²⁾.
- **Percepción:** Se observa el desarrollo de la memoria melódica y armónica, y buscan, ante todo, variedad en los géneros y estilos más diversos, de ritmos, estructuras métricas irregulares, ritmos sincopados (jazz, rock) ⁽¹²⁾.

1.3.9. Frecuencia de palabras tartamudeadas

Los niños con tartamudez tienen una frecuencia de errores que es al menos el doble que la de los niños con difluencia normal. En un estudio realizado en este ámbito se concluyó que el porcentaje de palabras tartamudeadas por cada 100 está en torno al 7%, mientras que los grupos de niños con tartamudez presentan medias en torno al 15%, que serían el 17% si lo ponemos en términos de sílabas. Además, como indicador adicional parece que esta cifra estaría en torno al 20% de sílabas si se evalúa a los niños cerca del inicio del problema, produciéndose los picos de mayor difluencia entre los dos y los tres años, y a partir de ahí decrecer. Estas cifras llevan a muchos autores a establecer como uno de los criterios de intervención la presencia de más de un 10% de palabras tartamudeadas ⁽¹²⁾.

1.3.10. Terapias del tartamudeo.

1.3.10.1. Terapias actuales.

➤ **Cómo ayudar a un niño con tartamudez:** Lo primero en estos casos es tranquilizar a los padres sobre la gravedad del asunto, ya que en parte mantiene el problema. Se ha de advertir a los padres, de la evolución natural del lenguaje en los niños, y la importancia de dar la atención justa a los errores que el niño en principio cometa. Por lo tanto se recomienda no corregirle en cualquier error, y darle tiempo para que hable correctamente ⁽¹³⁾.

Si el problema persiste y se está convencido que el niño tartamudea de forma sistemática, habrá que estudiar los antecedentes del problema, factores que incidieron originariamente, imitación de un familiar o vecino de su patrón de habla o de algún compañero (sobre todo alguna niña) que hable mucho más rápido y claro y él trate sencillamente de imitarla ⁽¹³⁾.

Las razones iniciales o antecedentes del problema tienen importancia, pero no demasiada. Hay que determinar sobre todo algunas cuestiones, operativizando la conducta de tartamudeo lo más posible:

➤ **Cuanto tartamudea.** ¿Es o no es tartamudo?. La forma de hablar de una persona que tartamudea y de una persona tartamuda no es fácilmente diferenciable. Estas difluencias del habla no son el factor que permite diferenciarlos. Ambos pueden bloquearse o repetir con frecuencia sílabas, palabras e incluso frases, pero solo se considerarán a sí mismas tartamudas si llegan a modificar ciertos aspectos de su vida, como no acudir a una entrevista de trabajo ante la convicción de que van a tartamudear. El reconocimiento de la propia incapacidad para hablar correctamente va a ser el factor predominante para diagnosticar a una persona de tartamuda ⁽¹³⁾.

El poder que tienen las creencias del sujeto sobre su forma de hablar y su imposibilidad de hablar bien determina en buena parte el curso del trastorno y su curación. Es importante saber cómo se ha llegado a tener estas creencias ⁽¹³⁾. Para llegar a etiquetarse como tartamudo hace falta, en primer lugar tiempo, hacen falta múltiples y repetidos ensayos. Al producirse los primeros errores, el entorno reacciona, sugiriendo al niño con mayor o menor delicadeza que deje de tartamudear, “que hable bien”, y que se esfuerce en vocalizar. Está haciendo algo “mal”, y debe hacerlo bien. Entonces trata de no tartamudear y pone en práctica todo tipo de soluciones. Ahí empieza el problema, ya que para no tartamudear no hay que hacer nada, mientras que para tartamudear hay que hacer cosas especiales. La recuperación espontánea aparece, por que los niños comienzan a no encontrar soluciones para evitar el tartamudeo a los 6 o 7 años, se olviden de que de vez en cuando se equivocan, y empiezan a hablar más relajados, sin tensión ⁽¹³⁾.

Algunos niños sí encuentran estrategias parciales con lo que no contribuyen sino a desarrollar su tartamudez, van probando diferentes formas de controlar el problema cambiando de forma de tartamudez ⁽¹³⁾.

➤ **Alternativas que adoptan los niños para no tartamudear :** Algunas de las más características son, por ejemplo, no pararse; ven que es al inicio del discurso cuando suelen tener errores y que luego dicen seis o siete palabras sin tartamudear, así que inspiran profundamente y *disparan* una serie de palabras, hacen una pequeña pausa y seguidamente un nuevo disparo: “Aayer...

fuialcineconmispadresa...vvverunapeliculaquemegusto...mmmmuchoaunquenoerade aventuras..."⁽¹³⁾.

Tratan de aprovechar el aire de los pulmones para decir el máximo de palabras de carrerilla, por lo que hacen las pausas de forma inadecuada y al soltar la última gota de aire tendrá fuerte tensión en los músculos intercostales (del diafragma)⁽¹³⁾. Otra solución es esforzarse en decir una palabra. Es normal que los adultos les pidan que hagan un esfuerzo para conseguir hacer algo que les cuesta, pero en este caso, el esfuerzo supone tensión de los músculos que intervienen en el habla. Hacen fuerza apretando las mandíbulas, cierran los labios, tensan las cuerdas vocales y en general se produce un aumento en la actividad EMG. Dirán palabras como: "p-p-p-puerta"⁽¹³⁾.

Conseguirán decir la palabra achacándolo a su esfuerzo, sin darse cuenta que es este mismo esfuerzo el que les ha hecho tartamudear.

El último intento inadecuado de solución consiste en repetir la sílaba o palabra anterior, que han pronunciado correctamente, para poder decir la bloqueada, tienen la seguridad de decir una bien, y si la repiten conseguirán saber la forma que lo han hecho para utilizarla en la que no les sale. Por ello el habla tartamuda está plagada de muletillas, que se usan de apoyo cuando hay un bloqueo⁽¹³⁾.

Evitan palabras absteniéndose totalmente de decirlas, evitan ciertas palabras cambiándolas por otras parecidas, y evitan situaciones desagradables para ellos. Son técnicas de evitación⁽¹³⁾.

También pueden darse aplazamientos, que consisten en alargar una palabra que va antes de la que están intentando decir: "Estuve en la.a.a.a tienda" o "Estaba en la sabes en la tienda"⁽¹³⁾.

Los trucos como estos, puede que en principio, sigan usándose, sin embargo no son una solución, por lo que a pesar de su uso pierden efectividad.

Con estos intentos de solución se consiguen varias cosas:

- ✓ Modificar la entonación normal del habla.
- ✓ Aumentar la frecuencia del tartamudeo.
- ✓ Anticipar el tartamudeo, el niño teme que va a tartamudear, pone en marcha "sus soluciones" que le llevan a tartamudear mejor.
- ✓ Percepción exacta de su tartamudeo. Percibe mejor cualquier error del habla del que generalmente no somos conscientes.

- ✓ Actitud negativa hacia la comunicación, cree hacer el ridículo que le regañen o critiquen.
- ✓ Reconoce su incapacidad para hablar correctamente, evitará situaciones concretas y entonces ya sí tenemos una persona tartamuda ⁽¹³⁾ .

Es una cuestión que siempre hay que plantearse para explicar el comportamiento de otro, analizando las consecuencias que un determinado comportamiento tiene para un individuo en particular. Conviene averiguar qué ocurre cuando un niño tartamudea, más atención, se fijan más en lo que dice que cuando habla normalmente, muestras de preocupación, tristeza o enfado, y eso pueda interesarle a su hijo. Sea cual sea la reacción de los padres, siempre supondrá un incremento de atención hacia el niño ⁽¹³⁾ .

Puede que ahora no sea así, pero sí lo fue en el pasado.

Otra consecuencia que puede obtener, son ciertos privilegios, como que el profesor no le pregunte o no le haga hacer lecturas en voz alta, salvándose de riñas y castigos en la escuela ⁽¹³⁾ .

Las consecuencias de nuestra conducta son muy importantes para explicar la frecuencia de ejecución de la misma, es una ley de aprendizaje contra la que no se puede luchar. Puede que el niño no obtenga consecuencias positivas con su forma de hablar, y aún así tartamudea: lo que consigue es comunicarse, a pesar de lo complicado de la situación de habla para él. Aprende que aún estando nervioso, estas soluciones de tensar la cara o repetir la primera sílaba, son las que le permiten hablar ⁽¹³⁾.

1.3.10.2. Terapias que inciden en el error de retroalimentación auditiva.

Afirman que el origen de la tartamudez se encuentra en la imposibilidad de los tartamudos de percibir el momento adecuado de las palabras que acaban de emitir, es decir las diferencias en la velocidad de transmisión de los tres canales de retroalimentación (auditivo, óseo y propioceptivo). Las técnicas utilizadas son: ⁽¹³⁾.

➤ Técnica de seguimiento o eco.

La persona ha de repetir de forma inmediata lo que dice otra persona que está hablando o leyendo un texto, en voz alta. Va repitiendo lo que oye con voz suave, de modo que habla y escucha al mismo tiempo. Se pretende que la persona atienda prioritariamente a la información que le llega por el canal auditivo. Finalmente ha de

conseguir imitar el patrón de habla prosódico de la otra persona como si de su eco se tratase ⁽¹³⁾.

➤ Técnica del encubrimiento o enmascaramiento.

Consiste esencialmente en hacer sonar un ruido formando una amplia gama de tonos (lo que se denomina ruido blanco), mientras la persona que tartamudea está hablando o leyendo en voz alta, eliminando la retroalimentación auditiva y ósea, y el desfase entre ambas, que según esta técnica es el origen de la tartamudez. Lo que se consigue es que la persona hable como en ambientes con mucho ruido: volumen alto y haciendo pausas cada dos o tres palabras. En definitiva se consigue que cambie el patrón de habla. El ruido se irá retirando paulatinamente, consiguiendo que se mantenga el patrón de habla ⁽¹³⁾.

El hablante no tiene que realizar ningún esfuerzo para mejorar su tartamudeo y sea cual sea el alivio es inmediato. Como desventajas están tener que llevar micrófono, auriculares, hilos y caja de control, no oírse hablar a uno mismo, soportar el ruido que produce al hablar en los propios oídos y ver si se mantiene la mejoría una vez desconectado el aparato ⁽¹³⁾.

➤ Técnica del habla rítmica, silabeo o metrónomo.

Se pretende enseñar a hablar a la persona tartamuda con un ritmo determinado, generalmente más lento que el suyo habitual, marcando el sonido con un metrónomo, el balanceo de brazos o el silabeo del habla. El objetivo es que el ritmo se ajuste a uno predeterminado y no a su propia retroalimentación. Se le impone un ritmo de habla específico ⁽¹³⁾.

Se aprende a usar el mismo tiempo y a dar el mismo énfasis a cada sílaba. “Me llamo José Martín”, por “Me llamo Jo se Mar tin”.

➤ Retroalimentación auditiva demorada.

Consiste en hacer escuchar al sujeto lo que está diciendo a través de los auriculares, que le devuelven el contenido de su discurso unos segundos después de acabarlo de emitir (doscientos milisegundos). La RAD retrasa el feedback auditivo que recibe la persona que tartamudea, que para escuchar lo que está diciendo, deberá enlentecer su ritmo de habla y hacer pausas más frecuentes. Esto reduce el

tartamudeo, a veces de forma espectacular. Con este sistema se deduce que el tartamudeo está íntimamente relacionado con el *tiempo transcurrido* entre la emisión de la palabra y la recepción posterior de la misma, cuando llega al oído ⁽¹³⁾.

➤ El metrónomo electrónico.

El paciente lleva un auricular que transmite una señal a su oído, la frecuencia de la señal se puede regular. La tarea consiste en hacer coincidir el énfasis natural de su habla con la señal. Ej: si decimos “estuve paseando en la playa”, las palabras “estuve” y “playa” se destacan entre las otras, estas dos palabras deben coincidir con la señal del metrónomo. En esta terapia la relación con el terapeuta es inexistente. El paciente recibe las instrucciones y realiza los ejercicios por su cuenta ⁽¹³⁾.

1.3.10.3. Terapias basadas en condicionamiento operante: la tartamudez como respuesta aprendida.

Considera este trastorno como resultado de la interacción entre el hablante y el entorno físico. El aprendizaje operante admite que las consecuencias que siguen a un determinado comportamiento establecen la probabilidad de aparición futura de dicha conducta. Se han utilizado diversas modalidades combinadas en el tratamiento de la tartamudez: el refuerzo positivo asociado a respuestas alternativas, la extinción y la técnica de tiempo fuera. Todas ellas se basan en que la tartamudez es una conducta adquirida por aprendizaje operante, es decir, por que en algún momento de su desarrollo ha sido forzada, premiada ⁽¹³⁾.

Para contrarrestar los efectos positivos del tartamudeo, en el reforzamiento se trataría de que el niño obtuviese premios cuando ejecutase respuestas alternativas a la tartamudez (cuando hable despacio y haciendo pausas). Su finalidad es incrementar de forma consistente la probabilidad de aparición de la conducta. De esta manera, entre la conducta (habla fluida) y el reforzador (positivo) se establece una relación de dependencia mutua que garantiza la probabilidad de que la conducta deseada ocurra con frecuencia ⁽¹³⁾.

El tiempo fuera, consiste en interrumpir el habla de un sujeto cada vez que la conducta de tartamudeo aflore. Resulta eficaz cuando se conoce el refuerzo que mantiene la conducta. El hablante debe interrumpir su expresión, durante un tiempo, tan pronto como surja el trastorno. Al sujeto se le priva temporalmente del acceso a las fuentes de reforzamiento. Con este alejamiento se consigue reducir la tensión muscular y se rompe la asociación con el tartamudeo ⁽¹³⁾ .

La extinción, consiste en suprimir las consecuencias derivadas de una determinada conducta, para alcanzar una reducción gradual en la frecuencia de dichas respuestas hasta su total desaparición. La dificultad estriba en identificar el reforzador de una conducta. Al retirar dicho reforzador se producirá un debilitamiento de la conducta (tartamudeo), tanto en intensidad como en frecuencia ⁽¹³⁾.

1.3.10.4. Terapias basadas en la teoría de la tartamudez como respuesta de reducción de la ansiedad.

La teoría de la tartamudez como respuesta a la ansiedad, se basa en que las personas tartamudean en las situaciones de tensión, de fobias, rechazos y temores que elevan su nivel de ansiedad, y dejan de hacerlo en aquellas que se sienten relajados. El objetivo de estas técnicas es reducir los hábitos adquiridos que sostienen el trastorno. Cualquier técnica, por tanto que induzca relajación será efectiva para superar la tartamudez ⁽¹⁴⁾.

➤ Desensibilización sistemática.

Aconsejada en aquellos casos en que la tartamudez aflore como consecuencia de situaciones de ansiedad que vive el sujeto. La versión básica de este procedimiento consiste en describir a la persona tartamuda, durante la sesión de tratamiento, las situaciones que le producen, de menor a mayor ansiedad dentro de una jerarquía, haciendo que se imagine que está viviendo esas situaciones, pero en un estado de relajación. La persona asocia el estado de relajación con las situaciones o personas ante las que más tartamudean. Es útil si está asociada a estímulos específicos. ⁽¹³⁾.

- Relajación: Se usa como técnica complementaria básica, contribuyendo eficazmente al tratamiento. Se recupera el tono muscular, el hablante alcanza suficiente control de la motricidad voluntaria, aliviando el tartamudeo ⁽¹⁴⁾.

➤ Entrenamiento en habilidades sociales.

Es un componente más dentro del conjunto de técnicas. La posible evitación de las situaciones sociales, situaciones en las que tenga que participar en una conversación, pueden haber provocado en estas personas un déficit en habilidades para tratar con los demás ⁽¹⁴⁾.

➤ Técnicas cognitivas.

Se usa para incidir en las creencias, expectativas y pensamientos que tenga la persona tartamuda respecto a su problema. Una de las creencias que tienen es su convencimiento de que no podría hablar sin tartamudear. Es necesario modificar estas cogniciones mediante: intención paradójica, auto instrucciones, reestructuración cognitiva, etc. Lo principal es conseguir que él no se defina como *tartamudo* como una condición intrínseca de la que no se puede desprender ⁽¹⁴⁾.

➤ Técnicas de control de las respuestas psicofisiológicas.

La importancia de la respiración en la tartamudez es algo que está asumido por todos los autores. Se ha comprobado en los últimos años la eficacia de la técnica de biofeedback para el control de la respiración: la persona observa un registro gráfico o auditivo de su respuesta respiratoria mientras habla, de forma que puede comprobar como se modifica según atiende a las instrucciones del terapeuta.

En el mismo sentido se usa el biofeedback de la tensión muscular, que es la otra variable determinante en el problema de la tartamudez ⁽¹⁴⁾.

Suele hablarse además de tratamiento farmacológico a base de tranquilizantes, sedantes, etc., en casos puntuales en que el nivel de tensión no permita la aplicación de las terapias como intervención prioritaria ⁽¹⁴⁾.

En ningún caso los tratamientos apuntados deben entenderse como intervenciones excluyentes entre sí sino más bien como actuaciones complementarias que deberían combinarse en función del habla tartamuda y de forma individualizada ⁽¹⁴⁾.

Otras técnicas complementarias, pretenden normalizar aún más el tartamudeo mediante el uso de nuevos gestos y “formas de hablar”, para contrarrestar las manifestaciones faciales y corporales arraigadas en la expresión del sujeto.

Entre ellas tenemos:

➤ El habla gesticulada:

Consiste en inculcar al sujeto, cuando habla, el uso consciente de una serie de gestos, ya que le facilitarán la adopción de una nueva forma de hablar más fluida y normalizada. Estos gestos, le servirán de “muletillas gestuales” para combatir los vicios faciales y corporales previos y suavizar sus espasmos. Se trata de desviar la excesiva atención del hablante disfémico sobre su habla, recurriendo al uso de la mímica y al empleo armónico de gestos con sus brazos y manos al hablar, con el fin de modificar su actitud corporal previa ⁽¹⁴⁾.

1.4 Justificación de la investigación

El habla es la función mediante la cual el lenguaje es exteriorizado, podemos entonces determinar la importancia fundamental que tiene este mecanismo para el adecuado desarrollo psicosocial de las personas, ya que para que el habla se realice en forma óptima se debe cumplir con una serie de requisitos en las esferas emocional, física, cognitiva y neurológica. Es decir, el sujeto debe tener la intención de manifestar una idea, sentimientos y emociones, a través de un sistema laríngeo que le permita emitir voz y del movimiento de los músculos involucrados en la fono articulación, los que se producen gracias a una serie de conexiones neurológicas involucradas en la programación y ejecución del habla . Así también con todo lo mencionado anteriormente, se necesita de una fluencia adecuada en la emisión de sonidos, sílabas, palabras y frases, la cual es un elemento considerado dentro de lo que se denomina habla. Dependiendo de esta fluencia, de la complejidad del mensaje y de la calidad de la articulación se logrará una emisión del lenguaje más o menos clara para el interlocutor.

La tartamudez es uno de los defectos más conocidos del habla, caracterizada por un trastorno en la fluidez de la expresión verbal, que afecta aproximadamente a muchas

personas en el mundo y que es necesario detectarlo a temprana edad para poder superarlo.

Por tanto esta investigación surge de una necesidad del quehacer pedagógico de indagar acerca de los criterios de normalidad de estos componentes de la fluidez a lo largo del desarrollo del niño, ya que en nuestro medio existe escasa información referente a la evolución de estos. El propósito es conocer los patrones de normalidad del desarrollo de la fluidez verbal en sus componentes de velocidad y ritmo en niños de educación primaria y contar con un instrumento que permita medirla, ya que estos componentes contribuyen a realizar un diagnóstico en los trastornos de la fluidez del habla.

La presente investigación es significativa porque servirá para que los docentes de educación primaria tengan un referente para detectar los problemas de lenguaje en especial el de la tartamudez así como aplicar las estrategias adecuadas que permitan ayudar a superarla. Así mismo permitirá que el docente pueda ayudar y orientar a los padres de familia para que participen en el mejoramiento de este problema ofreciendo a sus hijos mejores oportunidades para estimular su lenguaje. Pues como se sabe la acción educativa que los padres y el docente ejercen en los niños juega un papel importante en el desarrollo de su capacidad lingüística.

Esta investigación permitirá incrementar la calidad educativa, ya que permitirá que los docentes cuenten con un instrumento que les permita evaluar a sus niños en la fluidez del lenguaje y la podrán reflexionar acerca del uso de estrategias para superar dichos problemas

1.5 Formulación de objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar el nivel y tipo de tartamudez en los estudiantes del segundo grado de educación primaria de las instituciones estatales de las zonas urbana y urbano marginal de la Provincia de Huarmey en el año 2011.

1.5.2 Objetivos específicos

- Determinar el porcentaje de estudiantes de segundo grado de educación primaria que presentan problemas de tartamudez.

- Identificar el nivel de tartamudez en los estudiantes de segundo grado de educación primaria por institución educativa.
- Identificar el tipo de tartamudez que presentan los estudiantes de segundo grado de educación primaria por institución educativa.
- Describir las características más frecuentes en niños con problemas de tartamudez.

2. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y nivel de investigación

2.1.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación que orienta la presente investigación es cuantitativo por tanto los datos a obtener serán numéricos, se cuantificarán y se someterán a análisis estadísticos.

2.1.2 Nivel de investigación

El nivel de la investigación es descriptivo ya que permitió describir y analizar una situación en un determinado momento y en un tiempo único ⁽¹⁵⁾.

2.2. Diseño de la investigación.

Para esta investigación se empleó un diseño descriptivo simple que adopta el siguiente esquema:

M **→** **O**

Donde:

M =Estudiantes de segundo grado de educación primaria que integran la muestra

O = Nivel y tipo de tartamudez

2.3. Universo o población y muestra

2.3.1 Universo o Población: está conformada por los niños de segundo grado de educación primaria de las instituciones estatales de la zona urbano y urbano marginal del distrito de Huarmey, matriculados en el año lectivo 2011.

Tabla 1
Población de la investigación

ÁMBITO	Zona	Institución Educativa	Sección	N ^a de niños
DISTRITO DE HUARMEY	Urbana	I.E José Carlos Mariátegui	2do "A"	20
			2do "B"	22
			2do "C"	15
			2do "D"	20
		I.E Virgen de Fátima	2do "A"	32
			2do "B"	31
			2do "C"	34
		I.E Inca Garcilaso de la Vega	2do "A"	18
			2do "B"	20
			2do "C"	20
		I.E.P. San Diego de Alcalá	2do	11
		I.E.P. San Juan Bosco	2do "A"	26
			2do "B"	17
		I.E.P. Santa Rosa de Lima	2do	08
	I.E.P. Stella Maris	2do	06	
	Urbano marginal	I.E Miguel Grau	2do	09
			I.E San Martín de Porras	2do "A"
2do "B"				22

		I.E Santa Rosa	2do	20
		I.E N° 88059	2do	03
		I.E.P.Santa Rosita de Huarmey	2do	06
	Total		21	382

Fuente : UGEL Huarmey

2.2.2 Muestra: estuvo conformada por 114 niños de segundo grado de las instituciones estatales de la zona urbana y urbana marginal del distrito de Huarmey. La muestra se seleccionó en forma intencional por el investigador.

Tabla 2
Muestra de la investigación

AMBITO	Zona	Institución Educativa	Sección	Nª de niños
DISTRITO DE HUARMEY	Urbano marginal	I.E San Martín de Porras	2do "A"	22
			2do "B"	22
		I.E Santa Rosa de Lima	2do Única	20
	Urbana	I.E José Carlos Mariátegui	2do "A"	20
			2do "B"	22
		I.E Inca Garcilazo de la Vega	2do "A"	18
			2do "B"	20
	Total		7	144

Fuente: UGEL Huarmey - Municipalidad de Huarmey.

2.4 Definición y operacionalización de las variables.

2.4.1. Definición conceptual

- **Nivel de tartamudez:** Es la intensidad en que se presenta la tartamudez en alumnos en relación a los componentes de fluidez con el que se podrá determinar en que se visualiza en las bases funcionales del habla y puede ser leve, moderada o grave.

- **Tipo de tartamudez:** Es el tipo de tartamudez que tiene los alumnos que se visualiza en las bases funcionales del habla y los componentes de fluidez con el que se podrá determinar en : tónico y clónico y en intensidad grave, moderado o leve.

2.4.2 Definición operacional

Tabla 3. Operacionalización de variables

Problema	Variable	Sub variable	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
¿Cuál es el nivel de la Tartamudez en los estudiantes del segundo grado de educación primaria de las instituciones educativas estatales de la Provincia de Huarmey en el año 2011?	Nivel de tartamudez	Bases funcionales del habla	Respiración	✓ Habla espontánea ✓ Lectura	Escala ordinal • Ligera: 1/20 (5%) (95%) • Moderada: 1/7 (15%) (85%) • Grave: 1/4 (25%) (75%)
			Tonicidad	✓ Expresión corporal ✓ Gestos faciales	
			Voz	✓ Expresión oral Habla	
		Componentes de fluidez	Velocidad	✓ espontánea Lectura ✓	
			Fluencia	Repetición de ✓ palabras o frases Descripción de una lámina ✓	
			Ritmo	Repetición de sonidos	
	Tipo de tartamudez	-----	-----	✓	Escala nominal • Tónicos: 30 - 36 puntos • Clónicos: 21 - 29 puntos • Tónicos-Clónicos: Menor de 21 puntos

2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

TÉCNICA:

Se utilizó la técnica de la evaluación la cual permitió controlar en base a parámetros pre establecidos la legitimidad de los tipos y niveles de tartamudez en que se encuentra el niño.

INSTRUMENTO:

El instrumento que se empleó es una ficha de evaluación, la cual permitió recoger información de la fluidez en el lenguaje de los niños de segundo grado de las instituciones educativas del distrito de Huarmey.

La pauta de evaluación de las difluencia o tartamudez consta de:

- ✓ Datos informativos del niño a evaluar
- ✓ Actividades para evaluar los siguientes aspectos:
 - Bases Funcionales del Habla: Involucra los parámetros de Respiración, Tonicidad y voz.
 - Componentes de la Fluidez: Involucra los parámetros de velocidad, fluencia, ritmo y valoración del número y tipo de espasmos.

Valoración del número y tipo de espasmos

✓ Valoración de la frecuencia

Este ítem se evaluará contando la cantidad de espasmos observados durante la lectura y/o recontado y el habla espontánea. Para ello, ambas instancias deberán ser grabadas.

También se podrá medir la cantidad de espasmos a través de la descripción de una lámina.

✓ Valoración de la intensidad

La evaluación de este ítem se basará en como influyen en la comunicación los espasmos observados en el niño durante las tareas de habla espontánea, lectura y/o recontado.

✓ Valoración del tipo de espasmos

Esta parte de la evaluación permitirá determinar el tipo de espasmos que presenta el niño según sus características.

Estos se observarán en tareas de habla espontánea, lectura y/o recontado, determinando los sonidos en donde se presentan los espasmos con mayor frecuencia. Esto es con respecto al modo articulatorio (sonidos fricativos, oclusivos, africados), punto articulatorio (bilabial, labiodental, post-dental, alveolar, velar), posición de la sílaba (sílaba inicial, medial, final.), etc.

2.6 Plan de análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó haciendo uso de la estadística descriptiva, para describir las variables en estudio, las cuales se presentaron en tablas de distribución de frecuencias y gráficos circulares.

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 18 para el procesamiento de los datos.

3. RESULTADOS

En esta parte se presentarán los resultados en función a los objetivos de la investigación:

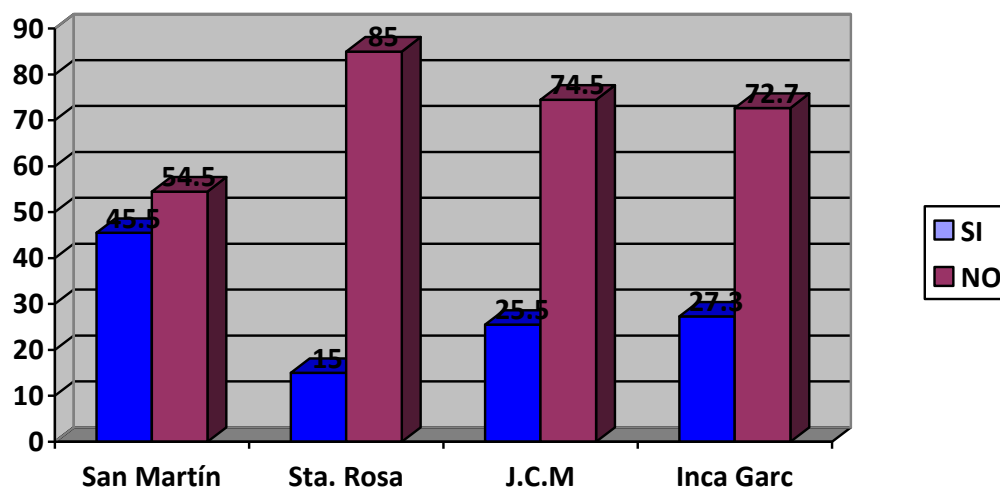
3.1 En relación al objetivo: Porcentaje de estudiantes de segundo grado de educación primaria presentan problemas de tartamudez.

Tabla 4. Número de estudiantes con problema de tartamudez por institución educativa.

Institución Educativa	¿Presentan problemas de tartamudez?			
	Sí		No	
	N	%	n	%
San Martín de Porras	20	45.5	24	54.5
Santa Rosa de Lima	3	15.0	17	85.0
José Carlos Mariátegui	12	25.5	35	74.5
Inca Garcilazo de la Vega	9	27.3	24	72.7
Total	44	30.6	100	69.4

Fuente: Ficha de evaluación aplicada a los estudiantes de segundo grado de Educación primaria.

Gráfico 1. Número de estudiantes con problema de tartamudez por institución educativa.



Fuente: Tabla 4

En la tabla 4 y gráfico 1, en relación al número de estudiantes con problemas de tartamudez de las cuatro instituciones educativas se observa que en la que hay mayor porcentaje de incidencia de tartamudez es la I.E San Martín de Porras en un 45.5%, seguida de la I.E Inca Garcilazo de la Vega en un 27.3%, y la que tiene menor porcentaje de incidencia con niños con tartamudez es en la I.E Santa Rosa en un porcentaje de 15 %

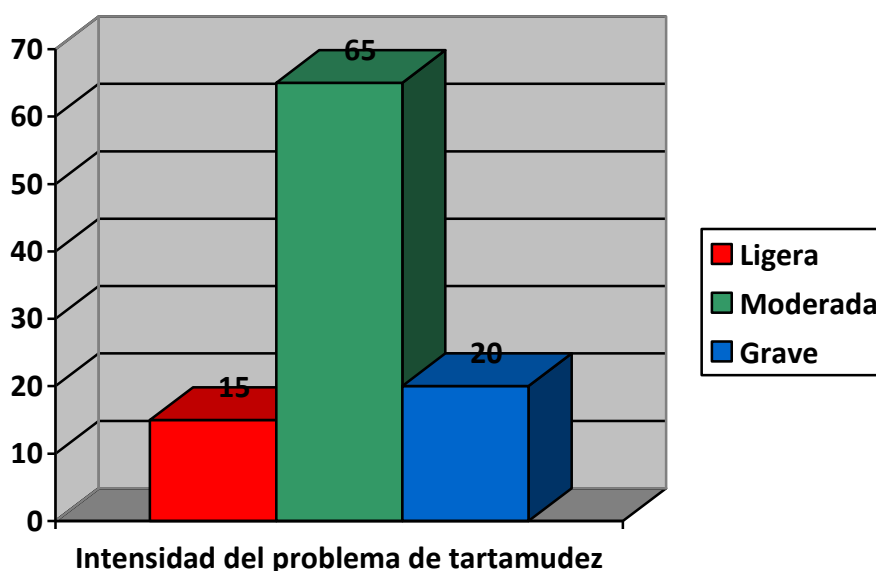
3.2 En relación al objetivo: Nivel de tartamudez en los estudiantes de segundo grado de educación primaria por institución educativa.

Tabla 5. Intensidad del problema de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “San Martín de Porras” del Distrito de Huarmey

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Ligera	3	15.0
Moderada	13	65.0
Grave	4	20.0
Total	20	100.0

Fuente: Ficha de evaluación aplicada a los estudiantes de segundo grado de educación primaria.

Gráfico 2. Intensidad del problema de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “San Martín de Porras” del Distrito de Huarmey



Fuente: Tabla 5

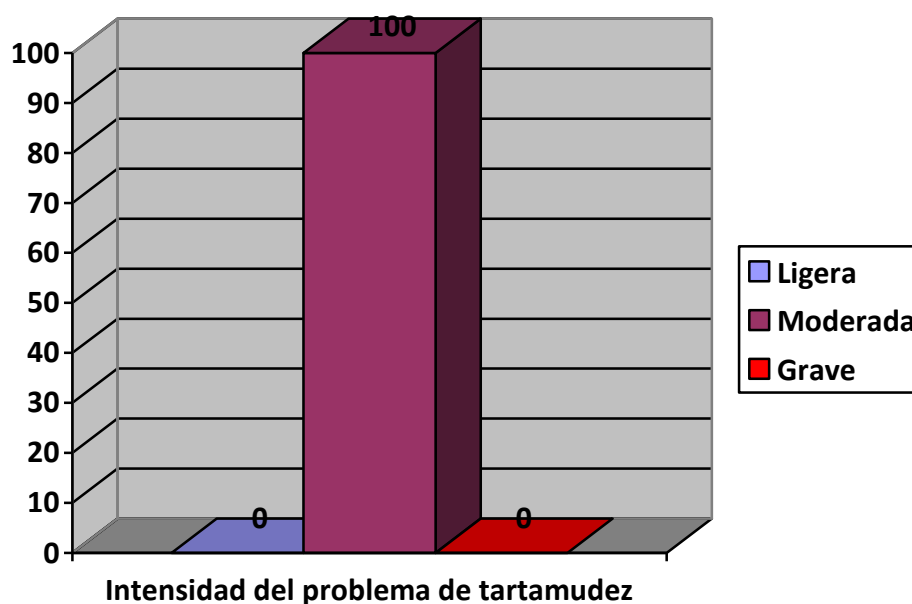
En la tabla 5 y gráfico 2, en relación al número de estudiantes con problemas de tartamudez de la institución educativa San Martín de Porras, se observa que la mayoría presentan tartamudez moderada en un 65% seguida de un 20% que presenta tartamudez grave y la que tiene la minoría de incidencia es la tartamudez ligera en un 15%.

Tabla 6. Intensidad del problema de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “Santa Rosa de Lima” del Distrito de Huarney

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Ligera	0	0.0
Moderada	3	100.0
Grave	0	0.0
Total	3	100.0

Fuente: Ficha de evaluación aplicada a los estudiantes de segundo grado de educación primaria.

Gráfico 3. Intensidad del problema de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “Santa Rosa de Lima” del Distrito de Huarney



Fuente: Tabla 6

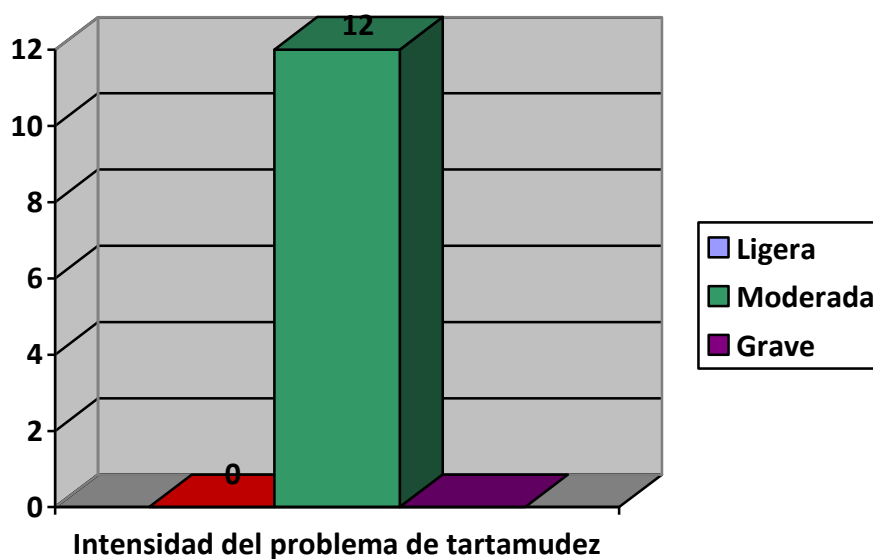
En la tabla 6 y gráfico 3, en relación al número de estudiantes con problemas de tartamudez de la institución educativa Santa Rosa de Lima, se observa que del total de estudiantes (100%) que presentan tartamudez están en intensidad moderada.

Tabla 7. Intensidad del problema de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “José Carlos Mariátegui” del Distrito de Huarmey

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Ligera	0	0.0
Moderada	12	100.0
Grave	0	0.0
Total	12	100.0

Fuente: Ficha de evaluación aplicada a los estudiantes de segundo grado de educación primaria.

Gráfico 4. Intensidad del problema de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “José Carlos Mariátegui” del Distrito de Huarmey



Fuente: Tabla 7

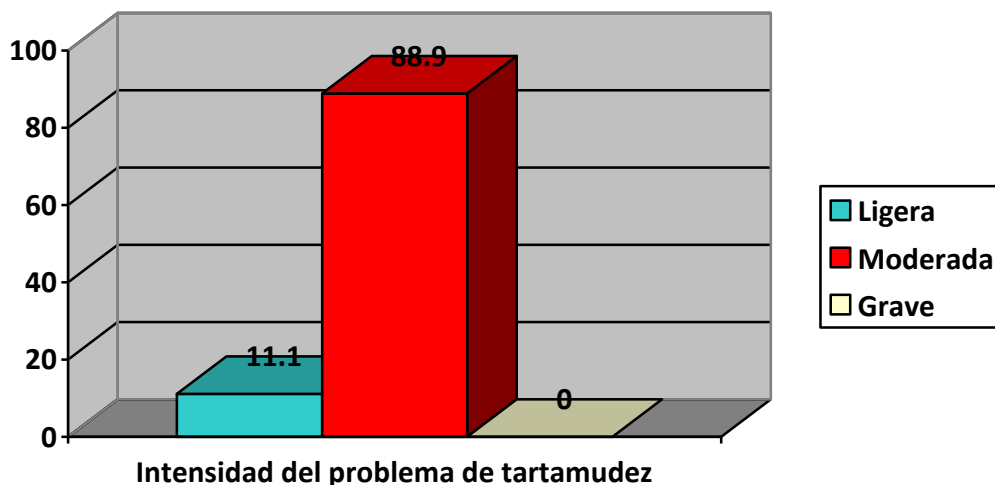
En la tabla 7 y gráfico 4, en relación al número de estudiantes con problemas de tartamudez de la institución educativa José Carlos Mariátegui, se observa que del 100% de los alumnos que presentan tartamudez moderada.

Tabla 8. Intensidad del problema de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “Inca Garcilazo de la Vega” del Distrito de Huarney

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Ligera	1	11.1
Moderada	8	88.9
Grave	0	0.0
Total	9	100.0

Fuente: Ficha de evaluación aplicada a los estudiantes de segundo grado de educación primaria.

Gráfico 5. Intensidad del problema de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “Inca Garcilazo de la Vega” del Distrito de Huarney



Fuente: Tabla 8

En la tabla 8 y gráfico 5, en relación al número de estudiantes con problemas de tartamudez de la institución educativa José Carlos Mariátegui, se observa que del

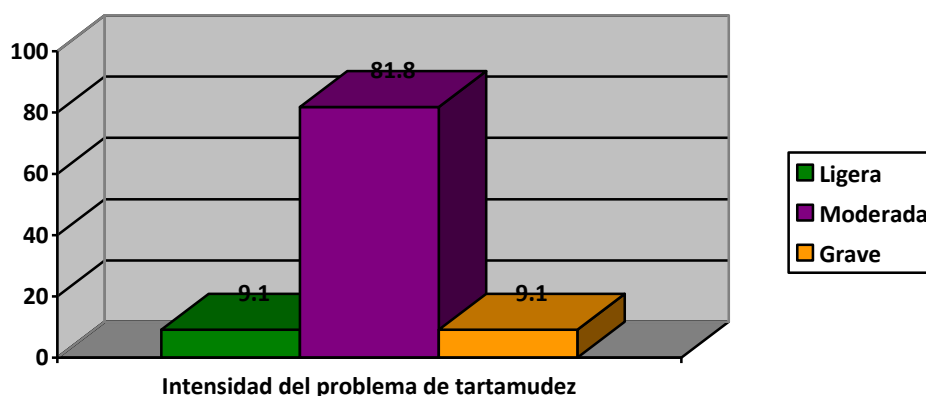
100% de los alumnos que presentan tartamudez, la mayoría tiene tartamudez moderada en un porcentaje de 88.9% y la minoría presenta tartamudez ligera en un 11.1% .

Tabla 9. Intensidad del problema de tartamudez en la totalidad de niños que participaron en la investigación

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Ligera	4	9.1
Moderada	36	81.8
Grave	4	9.1
Total	44	100.0

Fuente: Ficha de evaluación aplicada a los estudiantes de segundo grado de educación primaria.

Gráfico 6. Intensidad del problema de tartamudez en la totalidad de niños que participaron en la investigación



Fuente: Tabla 9

En la tabla 9 y gráfico 6, en relación al número de estudiantes con problemas de tartamudez, se observa que la mayoría tiene tartamudez moderada en el 84% y un bajo porcentaje tiene tartamudez ligera en un 9.1% y tartamudez grave en un 9.1%.

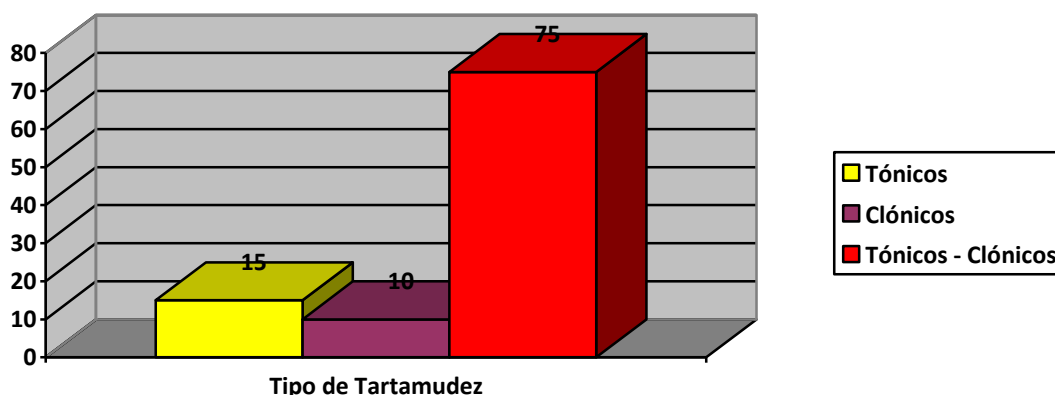
3.3 En relación al objetivo: Tipo de tartamudez que presentan los estudiantes de segundo grado de Educación Primaria por institución educativa.

Tabla 10. Tipo de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “San Martín de Porras” del Distrito de Huarney

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Tónicos	3	15,0
Clónicos	2	10,0
Tónicos-clónicos	15	75,0
Total	20	100,0

Fuente: Ficha de evaluación aplicada a los estudiantes de segundo grado de educación primaria.

Gráfico 7. Tipo de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “San Martín de Porras” del Distrito de Huarney



Fuente: Tabla 10

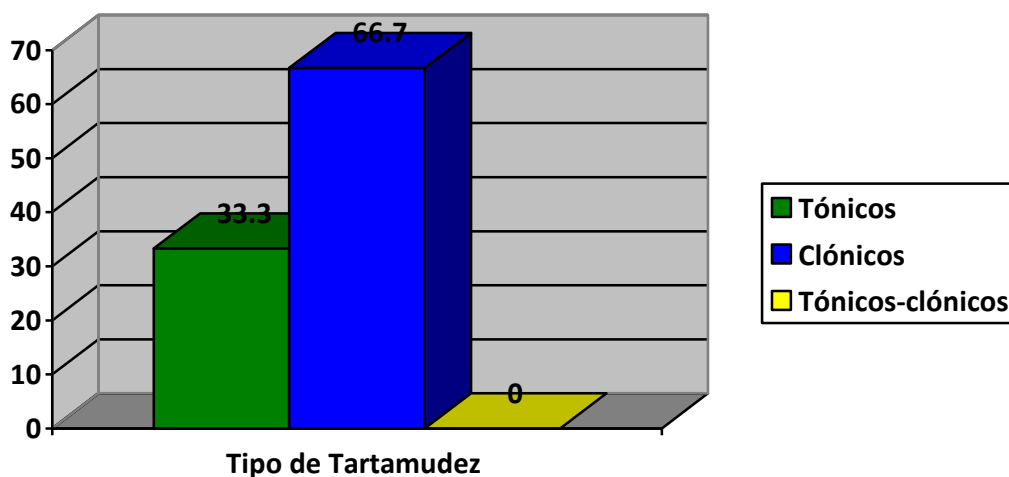
En la tabla No 10, gráfico 7 en la I.E San Martín de Porras se observa que la mayoría presenta tipo de tartamudez tónicos – clónicos en un 75%, un mínimo porcentaje presentan tartamudez clónicos y hay un 15% que son tónicos clónicos.

Tabla 11. Tipo de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “Santa Rosa de Lima” del Distrito de Huarmey

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Tónicos	1	33.3
Clónicos	2	66.7
Tónicos-clónicos	0	0.0
Total	3	100.0

Fuente: Ficha de evaluación aplicada a los estudiantes de segundo grado de educación primaria.

Gráfico 8. Tipo de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “Santa Rosa de Lima” del Distrito de Huarmey



Fuente : Tabla 11

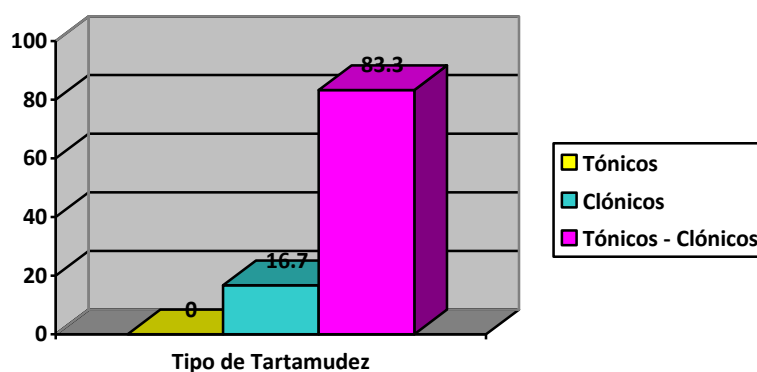
En la tabla 11, en la Institución Educativa Santa Rosa en relación al Tipo de tartamudez, se observa que la mayoría presenta el tipo de tartamudez clónica en un 66.7%, seguido y la minoría presenta tartamudez tónicos en un 33.3%.

Tabla 12. Tipo del problema de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “José Carlos Mariátegui” del Distrito de Huarmey

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Tónicos	0	0,0
Clónicos	2	16,7
Tónicos-clónicos	10	83,3
Total	12	100,0

Fuente: Ficha de evaluación aplicada a los estudiantes de segundo grado de educación primaria.

Gráfico 9. Tipo del problema de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “José Carlos Mariátegui” del Distrito de Huarmey



Fuente: Tabla 12

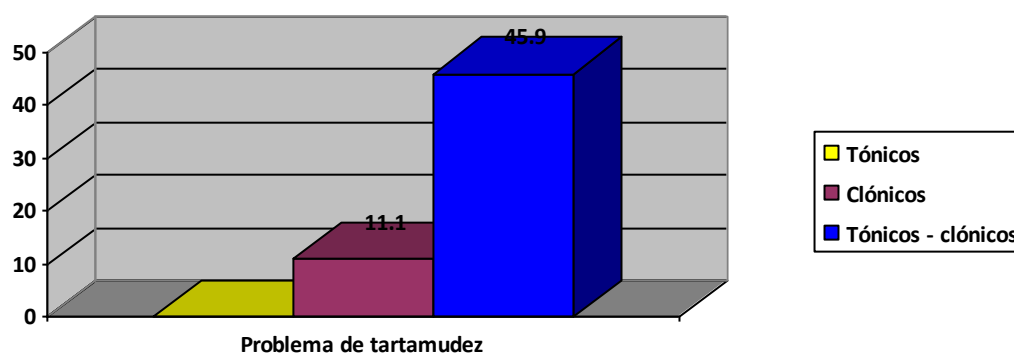
En la tabla 12, en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui en relación al Tipo de tartamudez, se observa que el mayor porcentaje son tónico – clónicos en un 83.3% y un mínimo porcentaje presentan el tipo clónico en un 16.7%.

Tabla 13. Tipo del problema de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “Inca Garcilazo de la Vega” del Distrito de Huarney

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Tónicos	0	0,0
Clónicos	1	11,1
Tónicos-clónicos	8	88,9
Total	9	100,0

Fuente: Ficha de evaluación aplicada a los estudiantes de segundo grado de educación primaria.

Gráfico 10. Tipo del problema de tartamudez en los niños de la Institución Educativa “Inca Garcilazo de la Vega” del Distrito de Huarney



Fuente : Tabla 13

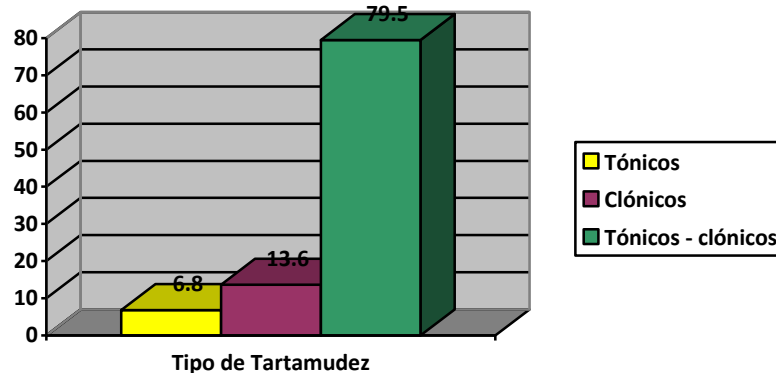
En la tabla 13, en la Institución Educativa Inca Garcilazo de la Vega en relación al tipo de tartamudez, se observa que la mayoría presenta tartamudez de tipo tónico clónico en un 88.9% y un mínimo porcentaje presenta tartamudez de tipo clónicos en un 11.1%

Tabla 14. Tipo de tartamudez en la totalidad de niños que participaron en la investigación

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Tónicos	3	6.8
Clónicos	6	13.6
Tónicos-clónicos	35	79.5
Total	44	100.0

Fuente: Ficha de evaluación aplicada a los estudiantes de segundo grado de educación primaria.

Gráfico 11. Tipo de tartamudez de la totalidad de la muestra de los niños de las instituciones educativas del Distrito de Huarmey



Fuente : Tabla 14

En la tabla 14, se presenta el total de alumnos de la muestra de las instituciones educativas: Inca Garcilazo de la Vega, Santa Rosa de Lima, José Carlos Mariategui y San Martín de Porras de las cuales la mayoría presenta tartamudez de tipo tónicos – Clónicos en un 79.5% y una minoría presenta tartamudez tónica en un 6.8% y existe un porcentaje de 13.6% que presenta tartamudez clónica.

3.4 En relación al objetivo: Características más frecuentes en niños con problemas de tartamudez.

Tabla 15. Características más frecuentes en niños con problemas de tartamudez.

EMOCIONAL		
Actitud emocional	n	%
• Se come las uñas	23	52.3
• Se chupa el dedo	6	13.6
• Hay sudoración palmar	15	34.1
Total	44	100.0
LENGUAJE ESPONTÁNEO		
➤ Fluidez verbal	n	%
• Sí	4	9.1
• No	40	90.9
Total	44	100.0
➤ Uso de muletillas y/o espasmos	n	%
• En frase	24	54.5
• En oración	16	36.4
• En párrafo	4	9.1
Total	44	100.0
➤ Repeticiones de palabras	n	%
• En frase	24	54.5
• En oración	19	43.2
• En párrafo	1	2.3
Total	44	100.0
Estructuración	n	%
• Semántica	19	43.2
• Morfosintáctica	24	54.5
• Pragmática	1	2.3

Total	44	100.0
➤ Tipo de voz	n	%
• Nasalizada	4	9.1
• Débil	14	31.8
• Forzada	26	59.1
Total	44	100.0
RESPIRACIÓN		
Tipo de respiración	n	%
• Nasal	12	27.3
• Bucal	17	38,6
• Naso-bucal	14	31.8
• Tensión muscular	1	2.3
Total	44	100.0
Frecuencia de la respiración	n	%
• Normal	10	22.7
• Lenta	12	27.3
• Rápida	9	20.5
• Con bloques	13	29.5
Total	44	100.0

Fuente: Ficha de evaluación aplicada a los estudiantes de segundo grado de educación primaria.

En la tabla 15, respecto a las características más frecuentes en niños que presentan tartamudez se observa que:

- En relación a la actitud emocional, el 52.3% de los niños y niñas se come las uñas y una minoría presenta sudoración palmar que presentan al momento de comunicarse.
- En relación al lenguaje espontáneo: fluidez verbal, existe un 90.9% que no tiene fluidez verbal visualizado en bloqueos o palabras entrecortadas como consecuencia de la tartamudez. En relación al uso de muletillas es decir las

expresiones más o menos estereotipadas que se utilizan de manera automática al hablar, el 54.5% de los niños de la muestra lo utilizan en frases y en oraciones el 43.2%. Por otro lado en la estructuración del lenguaje espontáneo se observa que el 54.5% es morfosintáctico es decir los niños utilizan un conjunto de elementos y reglas que le permiten construir sus oraciones con sentido y carentes de ambigüedades y el 43.2% es semántico es decir los niños cuentan con un vocabulario que le permite comunicarse utilizando palabras que conocen y entienden.

- En relación a la respiración: el tipo de respiración que presenta la mayoría en un 38.6 % es bucal, es decir por la boca, demostrando que los niños han aprendido a respirar mal ; así mismo en relación a la frecuencia en la respiración la gran mayoría lo hace por bloques en un 29.5% , seguido de un 27.3% que lo hace de manera lenta.

4. DISCUSIÓN

4.1 En relación al objetivo específico: Determinar el porcentaje de estudiantes de segundo grado de educación primaria presentan problemas de tartamudez

Se estimó los resultados a partir de la aplicación de la Ficha de evaluación denominada “Pauta de evaluación de la tartamudez” determinando que un porcentaje de 30.6% de estudiantes de segundo grado de las instituciones educativas de la zona urbana y urbano marginal del distrito de Huarmey presentan problemas de tartamudez, a decir de Santacreu J y Froján M⁽⁹⁾, la tartamudez “es la alteración en el ritmo del habla que se manifiesta con interrupción en la fluidez de la palabra”. Por tanto el niño presenta repetición o alargamiento involuntario de, sílabas o palabras esto afecta la comunicación y muchas veces la burla de sus compañeros, lo que hace que el niño se aíse o decida no hablar más.

La tartamudez así mismo suele acompañarse con movimientos bruscos en todo el cuerpo. Los síntomas de la tartamudez aparecen con frecuencia entre los tres y los siete años y suelen ir aumentando con la edad, si bien puede haber periodos en que remita sensibilidad⁽⁹⁾.

4.2 Con respecto al objetivo específico: Identificar el nivel de tartamudez en los estudiantes de segundo grado de educación primaria por institución educativa.

En relación al objetivo planteado : identificar el nivel de tartamudez en los estudiantes de segundo grado de educación primaria por institución educativa podemos concluir que mencionar que la mayoría presenta nivel de tartamudez moderada en un 81.8%. Así mismo las cuatro instituciones de la muestra presentan mayor porcentaje de tartamudez moderada y un bajo porcentaje de tartamudez ligera y grave. Estos datos permiten establecer a decir por Santacreu J y Froján M ⁽⁹⁾ que se puede determinar una valoración de la intensidad con la que se produce el espasmo y/o tartamudez de la siguiente manera:

Grave: Si el bloqueo es tal que impide al paciente continuar con la actividad que está realizando en ese momento (lectura, descripción de láminas).

Moderado: Si el bloqueo dificulta la actividad que está realizando el paciente, pero logra resolverse permitiendo que continúe con lo que está realizando (lectura, descripción de láminas).

Leve: Si el bloqueo es resuelto de manera rápida y sin mayor dificultad.

Por tanto teniendo en cuenta que los niños de segundo grado tienen tartamudez moderada es necesario determinar cuál es la incidencia y buscar alternativas viables para dar solución a dicha problemática a través de las terapias actuales que consiste en : lo primero es tranquilizar a los padres sobre la gravedad del asunto, ya que en parte mantiene el problema. Se ha de advertir a los padres, de la evolución natural del lenguaje en los niños, y la importancia de dar la atención justa a los errores que el niño en principio cometa. Por lo tanto se recomienda no corregirle en cualquier error, y darle tiempo para que hable correctamente ⁽¹³⁾ .

Si el problema persiste y se está convencido que el niño tartamudea de forma sistemática, habrá que estudiar los antecedentes del problema, factores que incidieron originariamente, imitación de un familiar o vecino de su patrón de habla o de algún compañero (sobre todo alguna niña) que hable mucho más rápido y claro y él trate sencillamente de imitarla ⁽¹³⁾ .

Las razones iniciales o antecedentes del problema tienen importancia, pero no demasiada. Hay que determinar sobre todo algunas cuestiones, operativizando la conducta de tartamudeo lo más posible⁽¹³⁾.

4.3 En relación al objetivo específico: Identificar el tipo de tartamudez que presentan los estudiantes de segundo grado de Educación Primaria por institución educativa.

Se estimó los resultados a partir de la aplicación de la ficha de evaluación del lenguaje y en relación al tipo de tartamudez en los estudiantes de segundo grado de educación primaria de las instituciones educativas que la mayoría presenta el tipo tónico – clónico en un 79.5%, el tipo clónico en un 13.6% y la minoría en un 6.8% presentan tartamudez tónica, confirmando la investigación realizada por Ahumada D. ⁽³⁾ en su tesis “Diseño y aplicación de una pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez” quien a partir de la aplicación experimental de la Pauta de Evaluación Fonoaudiológica en niños y adolescentes que consulten por Tartamudez observó que el instrumento fue aplicable en forma funcional en la clínica, es decir, permitió determinar si es un instrumento de aplicación sencilla y de fácil registro y análisis de los resultados arrojados. Además, se logró conocer si las instrucciones estipuladas en la pauta, fueron fáciles de seguir y comprender por los pacientes que presentaron este cuadro, independiente de su nivel sociocultural, edad, etc

Así mismo teniendo en cuenta que para Santacreu J. y Froján M.⁽⁹⁾ la tartamudez presenta tres tipos que son:

La tartamudez de **tipo tónica**, se producen cuando el habla parece entrecortada por bloqueos que afectan a grupos musculares relacionados con la fono articulación, lo que conlleva a un habla explosiva y violenta a causa del gran esfuerzo y aumento del tono muscular que realiza el sujeto para solucionarlo.

La tartamudez de **tipo clónica**, se originan cuando el habla del sujeto presenta contracciones bucales breves y rápidas, produciéndose como consecuencia una repetición compulsiva de sílabas.

Las de tipo **tónica – clónica**, se presentan cuando el habla presenta una mezcla de ambos tipos de producciones del habla.

Además la investigación realizada muestra una mayor incidencia de tipo tónico – clónicos y teniendo en cuenta que los niños de segundo grado se encuentran en una edad aproximada de 7 años y relacionándolo con las características clínicas de los niños que presentan tartamudez tenemos que en esta edad presentan las siguientes características en el ritmo que son :

- Expresión: Se espera que el niño pueda, gracias a una maduración motriz considerable, sincronizar de forma perfecta los movimientos de manos y pies con la música y coordinar sonidos simultáneos; además, muestra una tendencia a acelerar los tiempos rítmicos y una preferencia a la interpretación de instrumentos de percusión escolar, y la capacidad de interpretar y reconocer las duraciones de las figuras y sus silencios⁽¹²⁾.
- Percepción: Se observa que el niño acepta el lenguaje musical si lo entiende y lo pone en práctica con la voz o con instrumentos, reconoce un esquema de tonalidad simple y percibe el carácter inacabado de una frase rítmica, y es capaz, en la percepción polifónica, discriminar mejor los agudos que los graves⁽¹²⁾.

4.4 Con respecto al objetivo específico : Describir las características más frecuentes en niños con problemas de tartamudez.

A partir de la aplicación del test de tartamudez se observó que en la actitud emocional, la mayoría se come las uñas como consecuencia de su ansiedad para comunicarse, al temor a ser el centro de burla de sus compañeros por su expresión entrecortada o a su impaciencia al no poder expresarse con regularidad al emitir las palabras; mostrando un 52.3 % de incidencia y una minoría presenta sudoración palmar que presentan al momento de comunicarse. En relación al lenguaje espontáneo existe un gran porcentaje traducido en un 90.9% que no tiene fluidez verbal definida como la capacidad de las personas de expresarse correctamente con cierta facilidad y espontaneidad, por el contrario se visualiza bloqueos o palabras entrecortadas como consecuencia de la tartamudez. En cuanto al uso de muletillas definida como las expresiones más o menos estereotipadas que se utilizan de manera automática al hablar, la mayoría de los niños de la muestra lo utilizan en frases que se observan en un 54.5% de incidencia más que en oraciones con una incidencia de 43.2%. En la estructuración del lenguaje espontáneo se observa que el 54.5% es morfosintáctico es decir los niños utilizan un conjunto de elementos y reglas que le permiten construir sus oraciones con sentido y carentes de ambigüedades y el 43.2% es semántico es decir los niños cuentan con un vocabulario que le permite comunicarse utilizando palabras que conocen y entienden. El tipo de respiración que presenta la mayoría de niños en un 38.6 % es bucal, es decir por la boca, demostrando que los niños no han aprendido a respirar

bien ; así mismo en relación a la frecuencia en la respiración la gran mayoría lo hace por bloques en un 29.5% , seguido de un 27.3% que lo hace de manera lenta.

CONCLUSIONES

La investigación realizada nos permitió arribar a las siguientes conclusiones :

- El 30.6% de los niños y niñas presentaron problemas de tartamudez. Así mismo en la institución que presentaron más incidencia de tartamudez es en la I.E San Martín de Porras en un 45.5 % de incidencia.
- En relación al nivel de tartamudez en los estudiantes de segundo grado de educación primaria de las instituciones educativas de la muestra la mayoría presenta tartamudez moderada en un 81.8% y la minoría presenta tartamudez ligera y grave en un 9.1% en cada tipo respectivamente. De los cuales en la institución educativa San Martín de Porras el 65% presenta tartamudez moderada y el 20% presenta tartamudez grave con un bajo porcentaje que presenta tartamudez ligera en un 15%. En la Institución Educativa Santa Rosa de Lima el 100% presenta tartamudez moderada al igual que la I.E José Carlos Mariátegui que presenta el mismo porcentaje. Finalmente en la Institución Educativa Inca Garcilazo de la Vega los niños presenta tartamudez moderada en un 88.9% y un 11.1 % presentan tartamudez ligera.
- En relación al tipo de tartamudez en los estudiantes de segundo grado de educación primaria de las instituciones educativas de la muestra la mayoría presenta el tipo tónico – clónico en un 79.5%, el tipo clónico en un 13.6% y la minoría en un 6.8% presentar tartamudez tónica. Del total se estudiantes; en la I.E San Martín de Porras el 75% presenta tartamudez tónico – clónicos y el resto presenta 15% el tipo tónicos y el 10% el tipo clónicos.. En la Institución Educativa Santa Rosa de Lima la mayoría en un 66.7% presentan tartamudez de tipo clónicos y un 33.3% presentan tartamudez de tipo tónico. En la Institución Educativa José Carlos Mariátegui la mayoría en un 83.3% presentan tartamudez de tipo tónico – clónico en un 83.3% y la minoría en un 16.7% presentan tartamudez de tipo clónico. Finalmente en la Institución Educativa Inca Garcilazo de la Vega la mayoría en un porcentaje de 79.5% presenta tartamudez de tipo tónico . clónico una minoría presente el tipo clónico en un porcentaje de 13.6% y la minoría presenta tartamudez de tipo tónico en un 6.8%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Abarzua R. Diseño y aplicación de tareas para evaluar velocidad y ritmo, como componentes de la fluidez, en niños preescolares entre 4 años 0 mes y 5 años 11 meses de edad. Santiago Chile; 2005
- (2) Castejón L. Contenidos de los estereotipos de los maestros sobre los alumnos tartamudos. Oviedo. España; 2005
- (3) Ahumada D Diseño y aplicación de una pauta de evaluación fonoaudiológica para sujetos que consulten por tartamudez. Santiago Chile; 2004
- (4) Santacreu J y Froján M. La Tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil. Madrid, España; 2001
- (5) Simon A. Tartamudeo del niño en el lenguaje del niño. Ed. Masson; 2003
- (6) Corredera T. Defectos en la dicción infantil. Procedimientos para su corrección. 8va ed. Argentina: Kapelusz S. A.; 1973
- (7) Felix P El lenguaje verbal del niño. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Ling%C3%BCistica/Leng_Ni%C3%B1o/Ni%C3%B1o_Tras_habla.html.
- (8) Rosseau M Informe técnico o no publicado: Perfiles de los sujetos que presentan Tartamudez. Buenos Aires, Argentina; 2004
- (9) Perelló J. Trastornos de Habla. Barcelona: Ed. Científico Médica; 1973
- (10) Orff C. 1930 en BETÉS DE TORO, M. Fundamentos de música terapia. Madrid: Morata; 2000
- (11) Muñoz P, Ochoa R. EL DICCIONARIO MUSICAL. <http://www.guitarraonline.com.ar/diccionario.html>.
- (12) Rodríguez A. Intervención Temprana En Tartamudez: Criterios Para Tomar decisiones. RevLogop Fon Audiol: XX; 2000

(13) Rodríguez A. Intervención sobre la tartamudez temprana. Rev Logop Fon Audiol: XXI; 2001

(14) Rodríguez P. Cartas con un paciente (co-autor): Un proceso de terapia para la tartamudez, por Silvia Friedman. Chile; 1991

(15) Gomero G. Métodos de investigación científica. Lima Perú; 2001

ANEXOS

ANEXO N° 1: CRONOGRAMA DE ACCIONES

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA				
	M		A	M	
1.- Formulación del Plan	X				
2.- Presentación del Plan	X				
3.- Implementación de Marco Teórico		X			
4.- Elaboración de Instrumentos		X			
5.- Aplicación de Instrumentos		X			
6.- Tabulación de resultados			X		
7.- Interpretación de resultados				X	
8.- Elaboración de Informe					X
9.- Aprobación y sustentación del informe					X

ANEXO N°2:**PRESUPUESTO DEL PROYECTO.**

BIENES	COSTO	SERVICIO	COSTO
Hojas bond.	60.00	Movilidad.	300.00
Textos.	120.00	Biblioteca.	100.00
USB. / CD-ROM	70.00	Anillado.	20.00
Tinta.	70.00	Fotocopias.	200.00
Otros.	50.00	Asesoramiento	700.00
		Empastados.	80.00
		Otros.	200.00
Total.	370.00	Total.	1,600.00
Total.			1970.00

ANEXO No 03

Pauta para la evaluación de la Tartamudez

Nombre..... Edad Fecha

Escolaridad

Relato hecho por el paciente y/o familiar:

A) Antecedentes de problemas de lenguaje:

.....

B) Explicación posible del inicio del problema:

C) Actitud emocional

A que tienes miedo?:

Se come las uñas 1 chupa el dedo 2 Hay sudoración palmar 3 se orina 4

Se observa la presencia de algún movimiento involuntario y frecuente (tics) ¿Cuáles? ¿frecuencia ?.....

D) Lenguaje espontáneo

Fluidez verbal: Preguntar ¿Cuál es tu nombre, ¿ cuantos años tiene, como se llaman tus padres ? SI N

Uso de muletillas y/o espasmos

En frase 1 en oración 2 en párrafo 3

Repeticiones de palabras

En frase 1 en oración 2 en párrafo 3

Estructuración:

Semántica 1 Morfosintáctica 2 Pragmática 3

Tipo de bloqueo:

Tipo de voz: nasalizada 1 Débil 2 Forzada 3

Descripción(usando láminas, figuras, ambientes, etc.):

E) Postura corporal:

F) Respiración :

Tipo de respiración: Nasal 1 Naso Bucal 2 Bucal 3 Tensión Muscular 4

Frecuencia: Normal 1 Lenta rápida 2 con bloqueos 3

G) Lenguaje automática : (en voz alta)

Numeración : Assen . () Descend. ()

Días de semana : Ascend . () Descend . ()

Oración (rezo) Padre nuestro ()

Canto :()

H) **Lectura** (ANEXO 4)

I) **Comprensión**(Pregunta acerca de la lectura anterior).....

J) Repetición :

p- b-m-f-d-s-k-g-n-ch-y-j-rr-r-l (luego agregar una vocal)

K) **Escritura** : Espontánea() Dictado () Copiado ()

L) **Tono muscular** : Reposo() Movimiento ()

M) Habla

Captación de oraciones incompletas: Mi hermano es un niño, mi hermana es una ()

Reconocimiento de absurdos: Estoy resfriado y me voy a comer un helado ()

N) Sinónimos

Bonito (4 – 5 años).....(lindo)

Hogar (7 – 12 años) (casa)

Dar (11 – 15 años) (entregar)

Exactitud (16mas)(puntualidad)

O) Conclusiones :

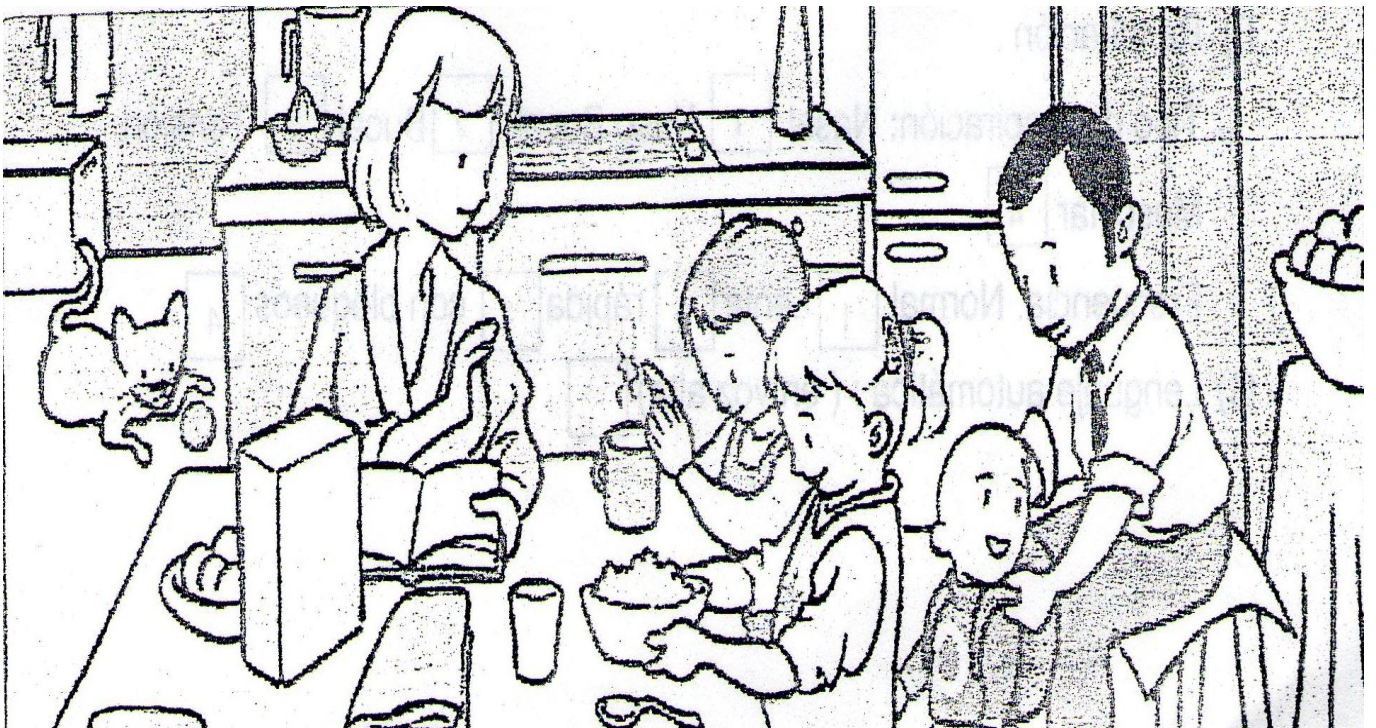
1 LIGERA 2 MODERADA 3 GRAVE

ANEXO No 04

Lecturas y Dibujo para detectar la Tartamudez

LECTURAS

- Este día tan especial quiero darte un regalito para tu ¡corazoncito! al dártelo y decirle bajito ¡te quiero mamita querida!.
- El pastelero fábrica: dulces, tortas y panes.
- Los pájaros viven sueltos.



ANEXO No 05

Test para detectar el Tipo de Tartamudez

Indicador	Intensidad		
	Siempre(3)	A veces(2)	Nunca(1)
Prolonga sonidos iniciales de palabras : ppppppppato, mmmmmmmmano, ffffffffoca, ratón			
Muestra tensión en la cara, garganta o cuerpo durante la prolongación			
Repite sonido de sílabas o frases : la, la, lápiz / me, me, mesa			
Repite frecuentemente sonidos de sílabas			
Repite frecuentemente sonidos de palabras			
Repite frecuentemente sonidos de frases			
Inserta sonidos innecesarios en los sonidos que repite (muletillas, mmmmmmmmmmm, laaaaaa, mmmmmaaaaa)			
Manifiesta pautas inadecuadas entre sílabas			
Manifiesta pautas inadecuadas entre palabras			
Manifiesta pautas inadecuadas entre frases			
Realiza movimientos respiratorios asociados			
Manifiesta tensión			

TONICA : De 30 a 36 puntos

CLONICA : DE 21 a 29 puntos

MIXTA : Menor de 21 puntos

ANEXO No 06

Sonidos en: Palabras , Sílabas y Frases

SONIDOS INICIALES EN PALABRAS:

PATO

MANO

FOCA

RATÓN

SONIDOS DE SÍLABAS O FRACES:

LÁPIZ

MESA

SONIDOS PRECUEDES EN SILABRAS, PALABRAS, FRACES:

LÁ-PIZ

ME-SA

MA-NO

LÁPIZ

MESA

MANO

ESTE ES MI LÁPIZ

LA MESA SE ROMPIÓ

MI MANO ESTA SUCIA