

# Evaluación y abordaje terapéutico en un desorden de fluidez

## Evaluation and therapeutic approach in a fluency disorder

Laura V Buelvas Hernández<sup>1</sup> ; Lía C Cerro Cáliz<sup>1</sup> ; Camila A Hernández Mejía<sup>1</sup> ;  
Andrea C Passos Julio<sup>1</sup> ; Dayana Sierra Paternina<sup>1</sup> ; Glayred Marchán Cárdenas<sup>1\*</sup> .

<sup>1</sup>Universidad de Sucre. Programa de Fonoaudiología. Sincelejo, Colombia.

\*Correspondencia: [glayred.marchan@unisucrevirtual.edu.co](mailto:glayred.marchan@unisucrevirtual.edu.co)

Recepción: 10 septiembre 2023 | Aprobación: 18 diciembre 2023 | Publicación: 2 febrero 2024

## RESUMEN

El presente artículo trata del caso de un infante de 11 años de edad, que consulta al servicio de fonoaudiología por presentar dificultades en el ritmo del habla, alegando que ellas afectan su óptimo desempeño comunicativo. Teniendo en cuenta el motivo de consulta, se diseña y se ejecuta valoración fonoaudiológica, basada en los criterios evaluativos establecidos por Fernández Zúñiga. Se hace exploración el área de habla (fluidez, respiración, estructuras fono-articulatorias y comportamiento músculo esquelético) acompañado de evaluación de funciones cerebrales relacionadas con los procesos motores del habla (praxias orofaciales y Gnosia auditiva). Al analizar los resultados obtenidos de la evaluación, se establece diagnóstico comunicativo de desorden de fluidez moderada y se planteó un tratamiento integral con enfoque biopsicosocial.

**Palabras clave:** Fluidez; trastorno; comunicación; difluencias; repeticiones; prolongaciones; bloqueos; habla; sonido; palabras; tartamudez; respiración; desorden.

## ABSTRACT

This article deals with the case of an 11-year-old child who consults the speech therapy service for presenting difficulties in the rhythm of speech, alleging that they affect his optimal communicative performance. Taking into account the reason for consultation, a speech therapy assessment is designed and carried out, based on the evaluative criteria established by Fernández Zúñiga. The speech area is explored (fluency, breathing, phono-articulatory structures and musculoskeletal behavior) accompanied by evaluation of brain functions related to the motor processes of speech (orofacial praxias and auditory Gnosia). By analyzing the results obtained from the evaluation, a communicative diagnosis of moderate fluency disorder was established and a comprehensive treatment with a biopsychosocial approach was proposed.

**Keywords:** Fluency, Disorder, Communication, Disfluencies, Repetitions, Extensions, Blocks, Speech, Sound, Words, Stuttering, Breathing, disorder.

---

### Como citar (Vancouver).

Buelvas HLV, Cerro CLC, Hernández MCA, Passos JAC, Sierra PD, Marchán CG. Evaluación y abordaje terapéutico en un desorden de fluidez. ReviSalud. 2024; 12(1):e1092. <https://doi.org/10.24188/revisalud1092>

## INTRODUCCIÓN

La tartamudez es un trastorno de la fluidez del habla que se manifiesta de diferentes maneras, con una gran variedad de síntomas y una gran diversidad interpersonal, si bien en todos los casos, los oyentes (y el propio sujeto) perciben como si las palabras se negasen a salir de la boca con suficiente suavidad, velocidad y ritmo (1).

Las faltas de fluidez son normales en todo ser humano y se hacen más habituales en los inicios del desarrollo del lenguaje, cuando los niños están aprendiendo a hablar. Sin embargo, cuando estas disfluencias son recurrentes y afectan la calidad expresiva del infante, puede ser una señal de alarma de un tartamudeo incipiente.

La tartamudez (falta de fluidez patológica) se manifiesta por una forma de hablar interrumpida con alteraciones de la fluidez que afectan a la continuidad, al ritmo y a la velocidad del habla. Estas dificultades se presentan con una frecuencia inusual y consisten en repeticiones de sonidos, palabras o frases, prolongación de sonidos, bloqueos o pausas inadecuadas en el discurso. En ocasiones pueden aparecer signos de esfuerzo o movimientos asociados al habla, en alguna parte del cuerpo (2).

Se estima que el 1% de la población entre los 3 y 4 años de edad, tienen mayor riesgo de padecer disfluencias, también conocida como tartamudez. Según un estudio nacional de 2014, la tartamudez puede originarse de forma espontánea en el 4% de los niños; de los cuales, el 75% se recupera durante la infancia y el 25% sigue presentando episodios de disfluencias durante la adultez. La Organización Mundial de la Salud, manifiesta que alrededor de 70 millones de personas presentan dificultades en el habla, lo equivalente al 1% de la población (3).

La fonoaudiología juega un papel crucial en el tratamiento de la tartamudez, ya que, como profesionales en la comunicación y los trastornos del habla, proporcionan estrategias y técnicas para ayudar a las personas que tartamudean a mejorar su fluidez y a manejar su trastorno. En todos los casos de tartamudez, se hace imprescindible realizar un proceso de evaluación, dando un diagnóstico, valorando la gravedad y el pronóstico del trastorno, para así poder establecer los objetivos de la intervención.

La intervención temprana es óptima en la rehabilitación del problema. Los estudios y la práctica clínica indican que, si se remite al niño de forma temprana a un profesional experto, puede evitarse que el problema se afiance proponiendo acciones encaminadas a prevenir el trastorno. La orientación a los padres es fundamental para que favorezcan pautas de comunicación que ayuden al niño a desarrollar un habla fluida. Además, se deben analizar los factores de riesgo que pueda presentar el caso en particular y realizar una intervención temprana sobre ellos lo antes posible y desde momento que surge la dificultad, sin esperar a una posible desaparición espontánea del trastorno (4).

Partiendo de lo anterior, es importante dar a conocer un estudio de caso de un niño de 11 años de edad cronológica, que asiste al servicio de Fonoaudiología de prácticas formativas de la Universidad de Sucre, el cual presenta disfluencias en el habla, que afectan su desempeño comunicativo; por lo que, se decidió realizar una valoración en el área de habla, abarcando las sub áreas de fluidez, respiración, articulación y de comportamiento músculo esquelético. En este reportaje de caso, se muestran los resultados obtenidos de la valoración, diagnóstico y tratamiento con su respectiva correlación teórica y científica. Se espera que este artículo sea de gran provecho y aprendizaje a todos los que lo leen.

## Descripción del Caso

Se trata de un niño de 11 años de edad, quien consultó por presentar dificultades en el ritmo del habla. Inicialmente, se realizó la toma de consentimiento informado y anamnesis al padre de familia, quien manifestó como antecedente importante a familiares paternos como tíos y sobrinos con tartamudez; las cuales, no han sido diagnosticadas, pero con evidencias de signos clínicos correspondientes a la patología. Se llevó a cabo valoración fonoaudiológica, mediante la aplicación de pruebas cuantitativas y cualitativas en las áreas de: Habla (Fluidez, respiración, estructuras fono-articulatorias y

comportamiento músculo esquelético) y Funciones cerebrales relacionadas con los procesos motores del habla (praxias orofaciales y Gnosia auditiva). Luego de una valoración exhaustiva y detallada, se diagnostica al usuario con Desorden de fluidez (Según el Manual de procedimiento fonoaudiológico MPPF-II), 6A01.1 Trastorno del desarrollo de la fluidez del habla (Según la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE 11) y Trastorno de fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia (Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSMV).

El tratamiento tuvo como objetivo principal reeducar al paciente en nuevas técnicas de habla, con el fin de disminuir las disfluencias atípicas, lograr un autocontrol del habla y garantizar una adecuada participación en las actividades de la vida diaria.

El tratamiento se diseñó bajo un enfoque global y con el modelo biopsicosocial a manera de abordar integralmente al paciente, así:

Componente biológico: tratamiento para la fluidez (técnicas de control de habla), comportamiento musculo esquelético (relajación muscular) y respiración (control respiratorio).

Componente psicológico: Autorregulación e inteligencia emocional.

Componente social: abordaje del paciente y de su patología desde aspectos relacionales y contextuales, incluyendo su entorno familiar, social y cultural.

## RESULTADOS

Área: Procesos Motores del Habla.

**Subárea: Respiración.** El componente de respiración se evaluó cualitativamente a través de la ficha del comportamiento respiratorio en niños, encontrando en el menor:

Tipo respiratorio pulmonar-torácico, modo de respiración nasal/nasal en reposo y nasal/bucal en fonación, con adecuada permeabilidad nasal; frecuencia respiratoria levemente disminuida (diecisiete (17) respiraciones por minuto) y soplo respiratorio deficiente (/s/ = 0,36 segundos - /a/= 0,6 segundos). Se halló disminución en la eficiencia respiratoria- fonatoria en función de la palabra con un valor de diez (10) palabras por inspiración.

**Subárea: Fluidez.** La valoración de este aspecto se realizó de manera cualitativa, a través de una muestra de habla espontánea, repetida y dirigida; la cual, fue analizada con la finalidad de conocer el perfil de fluidez del menor.

El análisis, reflejó un perfil de habla disrítica o disfluente, caracterizada por diecisiete disfluencias comunes (nueve repeticiones de segmentos, cinco palabras incompletas y dos hesitaciones y una revisión de frases) y treinta y dos disfluencias tartamudeadas (diez repeticiones de sonidos, nueve bloqueos, siete repeticiones de palabras monosilábicas y seis pausas); con velocidad de habla aumentada (64 palabras y 120 sílabas por minuto) y comportamientos fisiológicos secundarios como parpadeo y temblores de musculatura facial.

En cuanto a las frecuencias de rupturas, el paciente obtuvo un porcentaje de discontinuidad de 24,5%, lo cual según Andrade es un indicador de que el habla del sujeto es disfluente, ya que se excede del 10% de discontinuidad. El porcentaje de disfluencias atípicas del paciente es de 16% (mayor al 3% es indicador de tartamudez, según Andrade).

Es de anotar, que no se evidenció en el paciente dificultades con otros aspectos suprasegmentales del habla, tales como la entonación y el acento. Por otra parte, la articulación de los sonidos del habla está conservada.

Al aplicar el cuestionario de respuestas emocionales (Adaptación de Fernández-Zúñiga, 2008, a partir de Crowe, Di Lollo y Crowe, 2000); se encontró aceptación de la dificultad por parte del sujeto, pero con respuestas emocionales frecuentes de frustración, culpabilidad y enojo ante la presentación de los síntomas; no obstante, reitera su motivación y esperanza de mejorar con la terapia.

**Comportamiento músculo-esquelético.** Al evaluar el comportamiento músculo-esquelético, mediante la observación y palpación, se encontró afectación en musculatura facial (maseteros y pterigoideos) y paravertebral (esternocleidomastoideos, escalenos y trapecios) con signos clínicos característicos de contracturas, tales como dolor, abultamientos y restricciones del movimiento.

**Estructuras fonoarticulatorias.** Este apartado fue evaluado a través de una prueba cualitativa, haciendo uso de la ficha de evaluación de los órganos fonoarticulatorios (O.F.A), observando:

Mejillas simétricas, nariz normal sin desviación del septum nasal, labios con tamaño y aspecto adecuado (sin presencia de fisuras), con adecuada fijación por frenillos superior e inferior.

Se observó lengua con tamaño y frenillo normal, paladar duro y blando con un aspecto adecuado. Así mismo, la úvula se encuentra presente con normalidad, las amígdalas estuvieron con un tamaño ligeramente aumentado, clasificándose en un grado 2 según la escala de Brosky. En lo referente a la dentición, el usuario presenta dientes y algunos molares permanentes, en buen estado y sin afectaciones de la oclusión.

### ***Funciones cerebrales superiores relacionadas con los procesos motores del habla.***

Área: Praxias.

**Subárea: praxias orofaciales.** Se observó adecuada ejecución de movimientos orofaciales voluntarios como: apertura, cierre, protrusión, retrusión, lateralización, elevación, descenso, chasquido, barrido y vibración con órganos fonoarticuladores (lengua, labios y mandíbula).

Área: Gnosias.

**Subárea: Gnosia auditiva.** La evaluación de este componente se realizó de forma cualitativa, encontrando en cada habilidad auditiva, lo siguiente:

-Discriminación auditiva: El menor logra identificar estímulos sonoros ambientales, del propio cuerpo, onomatopéyicos y palabras sin ningún tipo de dificultad; Así mismo, logra reconocer e identificar estímulos sonoros y sus cualidades (frecuencia, intensidad, duración y tiempo).

-Análisis y síntesis auditiva: Se pudo evidenciar que el menor tiene la capacidad para descomponer un estímulo sonoro en sus partes. Así mismo, tiene la habilidad para realizar integración de estímulos sonoros con una situación auditiva.

-Cierre auditivo: El niño tiene la capacidad para entender la totalidad de una palabra cuando falta parte de la misma.

-Figura-fondo auditivo: Fue capaz de identificar y reconocer con enmascaramiento (figura-fondo) estímulos auditivos y de identificar dos sonidos presentados en forma simultánea.

-Memoria secuencia auditiva: Se encontró que el menor puede almacenar y evocar secuencialmente 7 estímulos secuenciales auditivos, lo cual es adecuado para su edad.

Área: Audición

Fue estrictamente necesario, remitir al paciente para la realización de exploración de la función auditiva, con el fin conocer el estado de la sensibilidad auditiva y descartar posible causa de la tartamudez. Estos fueron los resultados:

-Otoscopia: conducto auditivo permeable y membrana timpánica integral bilateralmente.

**-Audiometría:**

OD: Curva semiplana con sensibilidad auditiva periférica normal con presencia de gap aéreo-óseo en todas las frecuencias.

OI: Curva semiplana con sensibilidad auditiva periférica normal.

**-Inmitancia Acústica**

OD: Timpanograma tipo C que sugiere función inadecuada de oído medio. Reflejos ipsilaterales ausentes de 0,5KHz a 2KHz y presente aumentado en 4KHz, reflejos contralaterales ausentes en 0,5KHz, 1 KHz y 4KHz y presente aumentado en 2KHz.

OI: Timpanograma tipo A con volumen físico del canal normal que sugiere buen funcionamiento de oído medio. Reflejos ipsilaterales presentes normales de 0,5KHz a 4KHz, reflejos contralaterales presentes aumentados en 0,5KHz, 1KHz y 4KHz y ausente en 2KHz.

## **Tratamiento planteado**

La tartamudez es un trastorno de la comunicación que puede permanecer durante toda la vida de un individuo, afectando en gran manera su desempeño efectivo en los diferentes contextos donde se desenvuelve y la realización de algunas actividades de la vida diaria que requieran de la expresión oral, pudiendo generar en la persona gran inestabilidad emocional y comportamental.

Los niños escolares, deben comunicarse de manera óptima a fin de garantizar un buen rendimiento académico, el establecimiento de buenas relaciones interpersonales, y una adecuada formación de la autoestima; no obstante, en los niños con tartamudez lo anterior se puede ver muy limitado, debido a las deficiencias comunicativas que acarrea la patología.

Las dificultades de las personas con tartamudez no solo se encierran en lo que viven como individuos a nivel físico, sino también a nivel social, laboral y emocional. Están en un grado superlativo de marginación social, laboral y socio sanitaria que viene dado sobre todo por el desconocimiento. La tartamudez es miedo, es la angustia anticipativa (5).

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea un tratamiento bajo el modelo biopsicosocial (Engel, 1977); el cual, se basa en la concepción de que en todos los estadios del proceso salud-enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales, tanto en lo que respecta a un estadio de salud como en los diferentes niveles de enfermedad. Este modelo ya no piensa en la persona dividida, como una mente que gobierna una máquina, el cuerpo; sino que la comprende de un modo holístico como la integración de sistemas y subsistemas siempre interrelacionados en un proceso dinámico y transaccional: determinantes biológicos de las enfermedades. Para el MBPS ya no es el cuerpo el que enferma, es el ser humano en su totalidad: una unidad bio-psico-social (6).

Con este modelo, se busca la rehabilitación integral del paciente, donde no sólo se pretende la reeducación de patrón de habla; sino, su adecuado desempeño comunicativo en todos los contextos donde se desenvuelve, garantizando su adecuada participación en las actividades de la vida diaria, eliminando o modificando todos aquellos factores (biológicos, psicológicos y sociales) que puedan restringir dicha participación.

Con base en lo anterior, se propuso un programa de tratamiento global con metodologías directas e indirectas. La parte directa, comprende el entrenamiento del niño (con técnicas conductuales, cognitivas, psicolingüísticas y de comunicación social) para controlar su tartamudeo, favorecer la relajación y el control respiratorio. Mientras que la parte indirecta, consiste en utilizar medios cercanos al niño como padres, familiares o docentes en el apoyo terapéutico, lo cual se indicó hacer mediante planes caseros.

Las técnicas propuestas en el plan de tratamiento se acogen al modelo biopsicosocial, de la siguiente manera:

**-Técnicas conductuales:** Se basa en la modificación de la conducta, mediante modelos para controlar la fluidez. Se proporcionan recursos para conseguir un habla fluida y valorar la práctica correcta (7) **-Aspecto biológico-**.

- *Técnicas cognitivas*: Se basan en la capacidad de razonamiento del niño para que pueda aprender el proceso del pensamiento y comprender cómo piensa y qué tipo de reflexiones hace. Con ese conocimiento, entenderá que su conducta y sus emociones están en relación con sus pensamientos y que éstos inciden, a su vez en cómo habla. Así mismo enseña tanto al niño como a sus padres a detectar ideas, actitudes y valoraciones negativas que repercuten en la manera de hablar del niño y en los sentimientos que se generan ante las situaciones de comunicación (8) –Aspectos psicológico y social-.

- *Técnicas psicolingüísticas*: Busca controlar el grado de complejidad sintáctica y léxica del lenguaje y el tipo de tareas lingüísticas. Igualmente, se tienen en cuenta los aspectos comunicativos y el contexto social para favorecer la fluidez del niño (9) – Aspectos biológico, psicológico y social-.

- *Técnicas sociales y de comunicación social*: proporciona recursos al niño que le faciliten la interacción social con iguales y con adultos. Entrena habilidades sociales que ayuden a la solución de situaciones conflictivas, como las derivadas de enfrentarse a momentos comunicativos difíciles (por ejemplo, burlas) y a solucionar problemas con otros niños (10) – Aspecto social-.

En este tratamiento global con enfoque biopsicosocial, se incluye el trabajo con los padres y los docentes del usuario, para ello, se plantean sesiones periódicas de asesoramiento a los mismos.

Los padres son fundamentales en el proceso terapéutico; ya que, es importante que ellos identifiquen aspectos del ambiente familiar que pueden generar estrés en el niño y para que introduzcan cambios que favorezcan el habla fluida de su hijo. Asimismo, se pide su colaboración para la práctica diaria (terapia indirecta- plan casero), sesiones que deben hacer regularmente con el niño en casa según las tareas encomendadas por el terapeuta. El profesor también es un apoyo en las situaciones de comunicación y relación social fuera de casa, se debe orientar e informar al docente en estrategias que faciliten el habla en el colegio con otros niños (11, p 103, 104).

En el tratamiento se planearon treinta sesiones de intervención; de las cuales, sólo llevaron a cabo tres, debido al ingreso tardío del usuario al servicio de prácticas formativas de la Universidad de Sucre. En dichas sesiones de intervención, se realizaron dos de trabajo directo e indirecto con el usuario (terapia de control de habla con técnicas cognitivas y conductual; técnicas de relajación muscular y de modificación del tipo respiratorio) y una de asesoramiento con los padres de la familia y la docente, dando a conocer la patología del menor, la relevancia de sus participaciones en el proceso y algunas recomendaciones generales. Gracias a la escasez de intervenciones no se logró una evolución significativa del paciente, por lo que se recomendó continuar con dicho tratamiento en la siguiente práctica formativa y se dejó un plan casero, que el niño debía realizar durante el periodo vacacional.

## DISCUSIÓN

La evaluación realizada al paciente, estuvo basada en los criterios descritos por Fernández- Zúñiga, llevando a cabo entrevistas a padres y usuario, cuestionario de registros de conductas, y análisis del patrón de habla; lo cual, permitió conocer las individualidades del trastorno de fluidez del niño y con base en ello, planear su intervención fonoaudiológica. Fernández- Zúñiga y Caja del Castillo plantean que la evaluación no sólo debe centrarse en precisar la existencia de alteraciones en el habla, sino que debe valorar los diferentes aspectos implicados ya que el problema no sólo se manifiesta en la expresión. Hay que considerar al niño globalmente y atender a las manifestaciones asociadas, no explícitas o encubiertas (sentimientos, conductas de evitación), así como factores ambientales (actitudes de los padres, burlas) y aspectos psicológicos (autoestima, habilidades comunicativas, etc.) (11).

En cuanto al plan de tratamiento, se fundamentó en un programa global con bases en el modelo biopsicosocial; puesto que, la disfasia es una patología que no sólo afecta la parte fisiológica del habla (calidad del ritmo del habla), sino que también acarrea consigo la perturbación psicológica y social de quien la padece y de sus allegados. Esto sucede mayormente en pacientes mayores de seis años, pues ya son conscientes de sus limitaciones comunicativas pudiendo apreciar sentimientos y pensamientos negativos sobre su habla y sobre sí mismos, llegando a las conductas evitativas. Por otra parte, los padres, familiares y personas cercanas al darse cuenta de las falencias sin mejoras del

niño, pueden llegar a preocuparse, intentando corregirlas mediante comportamientos inadecuados que logran exacerbar los síntomas de la patología.

Para este tipo de pacientes, los especialistas recomiendan programas donde el objetivo no sea sólo el control de la fluidez verbal, sino también los factores conductuales, cognitivos y emocionales asociados al problema de habla, como las respuestas de evitación en situaciones de comunicación, la sensación de tensión y los sentimientos de vergüenza o miedo (11).

El tratamiento planteado para el paciente, integra a los padres de familia y al profesor; pues, se hace necesario que la familia y los más allegados al paciente conozcan la patología, manejen empatía sobre ella y colaboren con abordaje terapéutico.

Los padres y demás adultos que rodean al niño, deben vincularse al tratamiento; puesto que, en ocasiones, basados en falsas creencias que los hacen asumir una actitud de rechazo ante la forma de hablar que presenta el niño, comienzan a corregirlo y a indicarle "cómo se habla correctamente". Esto unido a las burlas y preguntas de "¿por qué hablas así?" de sus pares hace que el escenario de habla se convierta en una situación desagradable de la que el niño prefiere escapar (12).

El hacer partícipe al docente en el tratamiento de la tartamudez es una decisión acertada, ya que, el apoyo del mismo, contribuye en la minimización de riesgos que empeoren el cuadro de tartamudez del paciente en el aula de clases y en situaciones escolares.

Una de las características más evidentes de la tartamudez es la variabilidad, este trastorno no es estable y puede variar según situaciones determinadas, siendo más notorias las disfluencias en momentos de comunicación tensos como exponer en público, responder preguntas, etc., tomando en cuenta esta característica podemos abordar la importancia del ambiente escolar en los niños con tartamudez; como ya es sabido, los docentes poseen un papel importante en la educación y socialización de estos niños, por ello se considera que deben estar preparados para situaciones puntuales con estrategias que favorezcan su participación y desarrollo, los docentes deben tener los conocimientos en pedagogía y además principios básicos sobre cómo intervenir en un aula con niños con tartamudez y a su vez los logopedas deben asesorar a los maestros sobre las estrategias a emplear (13).

Con el paciente se inició el tratamiento, logrando realizar tres sesiones terapéuticas, de las cuales, dos fueron de tratamiento directo con el usuario y una de asesoramiento a padres y docente. El tratamiento no pudo ser continuado debido a la culminación de la práctica formativa; sin embargo, se recomendó al paciente y al servicio de fonoaudiología darle continuidad a la intervención en las próximas prácticas formativas. Teniendo en cuenta lo anterior, no se obtuvieron avances significativos en el paciente; no obstante, se espera que éste logre evolución satisfactoria con la continuidad del tratamiento. Como recomendaciones generales en el plan de intervención, se propuso remitir al usuario a los servicios de psicología (con el fin de recibir apoyo en el componente emocional y social) y al servicio de fisioterapia (con el objetivo de afianzar la relajación muscular y el conocimiento del esquema corporal).

La Psicoterapia tiene como objetivo suprimir el sentimiento de inferioridad y la convicción de que todo el mundo espera que tartamudee antes de que empiece a hablar. Para Sheehan (1962) el tratamiento debe consistir en disminuir todos los impedimentos del habla. Estos pueden estar a diferentes niveles. De hecho, el bloqueo puede reflejar un conflicto entre la necesidad de hablar y el miedo a hablar, encontrar o variar una situación amenazante, expresar o inhibir sentimientos inaceptables, aceptar o rechazar ciertos papeles sociales o relaciones, etc, (Perelló, 1977). Como se ha mencionado con anterioridad la psicoterapia es recomendable como apoyo para un tratamiento global, ya que por sí sola parece no tener una eficacia a largo plazo. En todo caso la prescripción de psicoterapia y el tipo utilizado, debe estar ajustado a cada caso particular (14).

Es preciso mencionar que siempre que se detecte en el niño sensaciones físicas de tensión general o local, es conveniente introducir un entrenamiento en relajación. La relajación está especialmente indicada en aquellos casos que, paralelamente al tartamudeo, el niño presenta síntomas de ansiedad y la tensión se refleja en movimientos asociados en cara o cuerpo. (11).

## CONCLUSIONES

En el caso de sospecha de tartamudez, es necesario realizar una valoración exhaustiva y completa, que incluya el análisis de la producción del habla, afectaciones musculares y conductas asociadas, conductas de evitación en la comunicación, autopercepción y desempeño en habilidades sociales. Contar con un perfil claro y preciso del habla del niño y de sus implicaciones sociales y psicológicas, permitirá plantar objetivos alcanzables para el tratamiento.

El tratamiento global bajo el modelo biopsicosocial, es una de las corrientes de intervención más aceptadas y trabajadas en la tartamudez de niños mayores; ya que, no sólo aborda la rehabilitación de las dificultades del habla, sino también, los aspectos psicológicos y sociales que pueden restringir la participación del infante en actividades de la vida diaria, controlando los factores de riesgo que puedan desencadenar recaídas.

La intervención directa con el niño debe llevarse a cabo en conjunto con los padres y los docentes, con el fin de brindar orientación para el tratamiento indirecto y garantizar los avances en la generalización del tratamiento.

Debe tenerse en cuenta un abordaje interdisciplinar siempre que sea necesario, todo ello, con el fin de apoyar el tratamiento y obtener avances efectivos y en el menor tiempo posible.

Para este estudio de caso, se recomienda la continuidad y permanencia del usuario en el servicio de fonoaudiología de las prácticas formativas, con el fin de darle cumplimiento riguroso al tratamiento propuesto y mejorar la calidad de vida del paciente.

## Conflicto de intereses

Declaro no tener ningún tipo de conflicto de intereses en este artículo.

## REFERENCIAS

1. Salgado RA. Manual práctico de tartamudez. 3ª ed. Madrid: Síntesis S.A; 2007.
2. Fernández ZA. Disfemias. En: Jordi Peña Casanova. Manual de Logopedia. 4ta Edición. España: Elsevier; 2014.
3. Cabrera. TD. Por la pandemia aumentaron las consultas por tartamudez en el país. RCN Radio. 22 de octubre de 2021. <https://www.rcnradio.com/estilo-de-vida/por-la-pandemia-aumentaron-las-consultas-por-tartamudez-en-el-pais>
4. Fernández-Zúñiga M, Gamba MS. Evaluación, intervención y evolución en un caso de tartamudez temprana. Boletín Aelfa. 201; 11(2):39-44. <https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-aelfa-311-articulo-evaluacion-intervencion-evolucion-un-caso-X1137817411272479>
5. Tovar CM. La Tartamudez: Una Revisión Bibliográfica. Instituto Superior De Estudios Psicológicos: España; 2016. [https://www.researchgate.net/publication/344058788\\_LA\\_TARTAMUDEZ\\_UNA\\_REVISION\\_BIBLIOGRAFICA](https://www.researchgate.net/publication/344058788_LA_TARTAMUDEZ_UNA_REVISION_BIBLIOGRAFICA)
6. Calvo D. Los Modelos Biomedico Y Biopsicosocial En Medicina. Revista Médica La Paz, 2023; 29(2). [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582023000200112](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582023000200112)
7. Fernández-Zúñiga MA, Caja del Castillo R. Tratamiento de la tartamudez en niños. España: Elsevier; 2011.

8. Kendall 1984 y Stallard 2002; En: Fernández- Zúñiga Marcos de León A, Caja del Castillo R. Tratamiento de la tartamudez en niños. España: Elsevier; 2011.
9. Rodríguez C., Pedro R. Hablan los Tartamudos. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Coedición del Vicerrectorado Académico y Comisión de Estudios de Postgrado de la Facultad de Humanidades y Educación. 2005. [https://www.ttmib.org/documentos/La\\_tartamudez.pdf](https://www.ttmib.org/documentos/La_tartamudez.pdf)
10. Rehakova NL, Rama RA, Vidal BM, Latorre-Coscolluela C; Ayllón-Negrillo E, Vieiro IP. ¿Cómo evaluar e intervenir sobre la disfemia? Un análisis de percepciones de especialistas en logopedia. Dialnet. 2022; 13(1):1-12.
11. Molina J, Ampudia MS, Agulló MJ, Guasch L, Tomás J. Disfemia. Revista De Psiquiatría. 1999. <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/download/520/401/>