


	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> NOV 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> <b>1 de 18</b>

# GUIA CLINICA DE TERAPIA PARA PACIENTES CON DISFEMIA.

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	LIC. TCH MARIA DEL CARMEN CORES MAZA	DRA COLUMBA EDITH REYES GARCIA	DRA. LAURA ELIZABETH CHAMLATI AGUIRRE
Firma			

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 2 de 18

## 1. Propósito

Elabora y aplicar metodologías, estrategias y técnicas para que el paciente pueda acceder al proceso de las características de la voz, tono, timbre e intensidad, mediante una detección temprana, diagnósticos bien definidos y una enseñanza terapéutica rehabilitatoria específica para el paciente con disfemia

## 2. Alcance

- Aplica a todo personal adscrito al Servicio de Terapia de Voz, Habla y Deglución.
- A nivel interno, el procedimiento permite la programación adecuada del tratamiento de los pacientes con alteraciones del Habla, Voz y Deglución.
- A nivel externo, el procedimiento favorece la integración adecuada del paciente a su medio ambiente familiar, escolar, laboral y social.

## 3. Responsabilidades

### **Subdirector de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje:**

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.

### **Jefe de la División de Terapia de Comunicación Humana:**

- Supervisar y procurar el cumplimiento de la guía clínica.

### **Jefe de Servicio:**



- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma
- Procurar el cumplimiento de la misma

### **Licenciada Terapeuta en Comunicación Humana:**

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión

## 4. Políticas de operación y normas.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 3 de 18

## DISFEMIA

### 5. Definición

A sujetos que presentan un marcado deterioro en la fluidez verbal, caracterizada por repeticiones y/o prolongaciones de los elementos del habla tales como sonidos, sílabas, palabras y frases. Definiéndola así, como un trastorno en la fluidez verbal (Gallardo y Gallego, 1995).

La disfemia es un trastorno de la fluidez del habla que se caracteriza por una expresión verbal interrumpida en su ritmo de un modo más o menos brusco. La interrupción del discurso se acompaña de otros signos anormales que afectan funcionalmente a la coordinación fonorrespiratoria y al tono muscular junto con respuestas emocionales y neurovegetativas.

En la disfemia se ve comprometido el ritmo articulatorio de la palabra, que no deriva de ningún tipo de anomalía de los órganos articulatorios.

El término “disfemia” o “tartamudez” ha experimentado notables transformaciones a lo largo del tiempo en cuanto a su conceptualización.



El DSM-IV entiende el tartamudeo como una alteración de la fluidez y de la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por la concurrencia frecuente de uno o más de los siguientes fenómenos:

- Repeticiones de sonidos y sílabas.
- Prolongaciones de sonidos.
- Interjecciones.
- Palabras fragmentadas por pausas.
- Bloqueos audibles o silenciosos.
- Circunloquios para sustituir palabras problemáticas.
- Palabras producidas por un exceso de tensión física.
- Repeticiones de palabras monosilábicas.

### 6. Etiología

**Las causas por las que puede haber disfemia o tartamudez son:**

- Predisposición genética.
- Sexo y trastornos en el sistema hormonal.
- Trastornos de la lateralización.
- Trastornos neurológicos.
- Diferencias Estructurales.
- Diferencias Funcionales.
- Trastornos en la estructuración temporo-espacial.
- Alteraciones psicolingüísticas.
- Alteraciones psicológicas.

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 4 de 18

## 7. Diagnostico

### 7.1 Cuadro clínico

Los síntomas de la disfemia son:

- Interrupciones bruscas acompañadas de bloqueos y contracciones musculares.
- Escasas habilidades de coordinación fonorespiratoria
- Se presenta con anterioridad a los cinco años de edad, siendo característico tanto en niños como en adultos.
- Se detecta una fuerte resistencia a la intervención.

### 7.2 Manifestaciones lingüísticas



- Uso de muletillas verbales.
- Taquilalia (ritmo del discurso acelerado).
- Alteraciones sintácticas, frases incompletas.
- Abuso de sinónimos.
- Discurso sin coherencia.
- Desorganización entre el pensamiento y el lenguaje.
- La lectura es mejor que el habla espontánea
- Aparecen disartrias (sustituciones y omisiones).
- El canto no suele verse afectado.
- Cuando hablan en voz alta solos, hablan mejor.
- Es muy frecuente que tengan problemas al decir palabras significativas.
- En situaciones disfóricas suelen mejorar
- Empeoran en situación de cansancio forma física o psíquica baja.

### 7.3 Manifestaciones conductuales.

- Mutismo defensivo e inhibición temporales.
- Tendencia al aislamiento y logofobia.
- Reacciones de angustia y ansiedad a la hora de comunicarse.
- Conductas de evitación en situaciones en las que debe comunicarse.

### 7.3 Manifestaciones corporales y respiratorias.

- Sincinesias corporales (movimientos del tronco, cabeza, brazos, pies...)
- Tics.
- Bloqueos espasmódicos que interrumpen la emisión de la palabra y rigidez facial.
- Hipertensión muscular, rictus faciales.
- Alteración fonorrespiratoria funcional.

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 5 de 18

## 8. Clasificación

Se pueden diferenciar dos formas de disfemia:

**8.1 Tónica:** Caracterizado por un habla entrecortada con espasmos que afectan a diversos grupos musculares relacionados con la fonación, que provocan un gran bloqueo en el habla. El disfémico trata de resolver el bloqueo con gran esfuerzo que intensifica aún más el tono muscular y provoca un habla explosiva y violenta.

**8.2 Clónico:** Producido por breves y rápidas contracciones bucales que dan lugar a una repetición compulsiva de vocablos.



### 8.3 Mixta

## 9. Evaluación de la Tartamudez

Se recomienda la siguiente guía de evaluación ya que puede ubicarnos como terapeutas en la descripción de las características y de la gravedad de la tartamudez. Esta escala se empezara a implementar en el servicio de voz, habla y deglución.

### CUADRO-GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA TARTAMUDEZ (M.E. WINGATE)

EVALUACIÓN GLOBAL	EVALUACIÓN DESCRIPTIVA		
	FRECUENCIA (por palabras habladas)	ESFUERZO	RASGOS SECUNDARIOS
<b>Muy ligera</b>	1/100 1%	Ninguna tensión aparente	Ninguno
<b>Ligera</b>	1/50 2%	Tensión perceptible, pero con "bloqueos" superados con facilidad.	Mínimos (ojos abiertos, parpadeos, movimiento de la musculatura facial)
<b>Moderada</b>	1/15 7%	Clara identificación de tensión o esfuerzo durante dos segundos (aprox.) de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial
<b>Grave</b>	1/7 15%	Clara identificación de tensión o esfuerzo durante dos a cuatro segundos de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial
<b>Muy grave</b>	1/4 25%	Esfuerzos considerables; cinco a más segundos de duración; intentos repetidos y consistentes	Actividad muscular enérgica. Facial u otra cualquiera

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 6 de 18

## 10. Tratamiento Rehabilitatorio

A partir del año 1827 Thomas Hunt. Desarrolló un método de ejercicios articulatorios y respiratorios y en 1828, el médico Neil Arnott vio la causa de la tartamudez en los espasmos de la glotis para lo cual propuso mantenerla abierta, anteponiendo a cada palabra un sonido vocálico como e, a y pronunciar las palabras con lentitud, procedimiento vigente en algunos métodos.

Para Henry Butterfield en 1846 la tartamudez se debía a una posición incorrecta de labios y lengua, que hacían que la laringe se negase a hablar y recomendó un método de respiración y un alfabeto ideado para actuar sobre la concentración de la mente y sobre las cuerdas vocales simultáneamente. Algunos de estos procedimientos son utilizados en la actualidad y dieron lugar a la creación de los métodos diversivos.

Existen en el tratamiento de la tartamudez los métodos tradicionales: diversivos y reflexivos encaminados a disminuir o corregir la tartamudez y los métodos contemporáneos con el mismo fin: combinados, integral y quirúrgico

### 10.1 Métodos Diversivos



Son aquellos que tienen como objetivo desviar la atención del tartamudo sobre su habla. Se utiliza el método de la masticación sonora, logorrítmico, hilarante, el canto y el baile. Los representantes de esta corriente son: Fröschels, Blöch y sus respectivas escuelas.

**Liebman** En este método se inicia el tratamiento con frases cortas y lecturas que se practican lentamente, prolongando las vocales. El terapeuta habla y lee simultáneamente con el paciente, el rehabilitador deberá ir hablado con su voz al mismo ritmo, intensidad, tono, posteriormente deberá ir haciendo la voz más débil hasta que continúe hablando sólo el paciente. Da importancia a hablar libremente primero según un texto y luego sobre un tema dado siempre en alta voz y con los labios abiertos. Prohíbe la autoobservación sobre el mecanismo del habla y la preocupación sobre los sonidos difíciles, impide hablar rápido y que se acompañe de movimientos innecesarios.

### 10.2 Método de Masticación Sonora

En este método uno de los autores que lo describió fue Cabanas el autor lo fundamenta en el aspecto ontogenético, al describir la existencia de una función unitaria primaria originada de ambas actividades, explica la posibilidad de que en la fonación "emocional" se rodujeran movimientos de masticación que dieron origen al habla articulada.

Desde el punto de vista anatomofisiológico señala que los actos de masticar y articular se efectúan utilizando los mismo órganos y músculos y la misma red inervatoria que disponen de un mismo centro cortical-motor para dirigir ambos movimientos, todo esto condiciona que fisiológicamente existan conexiones entre las dos funciones.

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 7 de 18

Desde el punto de vista terapéutico, se ha demostrado que la masticación sonora aporta una notable mejoría en toda una serie de afectaciones del lenguaje, el habla y la voz, entre las cuales se encuentra la tartamudez. Fröschels propuso que al ejecutar los movimientos de masticación, pronunciar palabras, frases y finalmente recitaciones cortas, pero siempre en alta voz y con los labios abiertos. Luego masticar su idioma, a través del lenguaje automatizado como sería serie de números, días de la semana, canciones, rezos, etc y posteriormente frases simples para terminar la conversación siempre pensar en que debe masticar las palabras.

### **10.3 Método Hilarante, lo emplea Blöch**

Este método partirá de ejercicios de la risa, ejercicios de relajación, seguidos por la respiración y finalmente la espiración sonora. Posteriormente ejercicios de risa con la boca cerrada. Reír al compás del metrónomo a distintas velocidades e intensidades de la voz, risas y frases alternativamente y emisión de frases con la actitud mental. La cara debe guardar una posición de media sonrisa.

Hay otros métodos dentro de los hilarantes que van a dar importancia terapéutica a la música, el canto y al lenguaje rítmico, son empleados por varios autores, que en general son, maestros de canto o poseen conocimientos musicales (Sorift, 1919, Essen, 1939, Gleesen, 1956, Taubitz, 1966, Vlasova, 1966), se caracterizan por: ejercicios respiratorios con emisión vocálica y de frases con ritmo melódico ascendente y descendentes, marcar la curva melódica, el baile, el canto, poesía con aumento de complejidad de ritmos, primero leída y luego recitada.

### **10.4 Los Métodos Reflexivos**

Este método se fundamenta en el aprendizaje analítico del proceso del lenguaje, tiene como objetivo el centrar la atención en el habla del niños/as, se trabaja la reeducación respiratoria, articuladora, el ritmo y la entonación del lenguaje así como el desarrollo del pensamiento verbal.



#### **10.4.1 Método de Gutzmann**

Se basa en el desplazamiento de la atención a los movimientos articulatorios utilizados en la fonación. El tratamiento comienza por el control del aire espirado, a través de ejercicios de soplo y emisión de voz débil y monótona, hasta agotar el flujo respiratorio. En una segunda etapa se va a trabajar la intensidad y modulación de la voz, Sólo después del control fonatorio y espiratorio se realiza la articulación, siendo en primera instancia áfonos y posteriormente se articulan sílabas, palabras y frases.

#### **10.4.2 Método de Fröschels,**

Este se fundamenta sobre bases psicológicas y fisiológicas, utiliza los ejercicios consistentes en pronunciar tantas sílabas como sea posible sin interrupción, en una sola espiración. Comenzar por los llamados ejercicios de laeo y posteriormente pasar a la repetición de frases y al lenguaje libre.



	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 8 de 18

### 10.4.3 Método de Stein

El autor utiliza técnicas de prelingüística y afectiva estas serían el llanto, el grito, el balbuceo, todo a través del sentido lúdico que permita reencontrar el placer comunicativo infantil, elaboró una terapéutica bio-psicológica recreativa apoyada en sonidos emocionales como reírse y llorar, y no desviar la atención del proceso de articulación, la persona debe imaginarse que se ha vuelto niños/as y empieza a balbucear repitiendo las sílabas, al percatarse que se vuelve ridículo, se esfuerza por hablar correctamente.

### 10.5 Métodos Contemporáneos

El método de Kopp Se basa sobre los mecanismos del habla y elementos de base, ejercitando los músculos y órganos que intervienen en el habla,

Se va a desarrollar la respiración costoabdominal y la fonación por medio de ejercicios de extensión, variando los niveles tonales y la intensidad, coordinando la respiración y la fonación. Se trabajará la resonancia a través de la imitación de voces de animales o personas y la articulación por medio de ejercicios con los músculos articulatorios. Por último la cerebración: el sujeto debe admitir que sufre un trastorno del habla.

Dentro de los métodos contemporáneos esta el autor J. Perelló, (1989), refiere que es absurdo establecer un método exclusivo pues se dirigen más a eliminar el síntoma de tartamudez que a curar la enfermedad disfémica. Establece técnicas para mejorar las condiciones somáticas y nerviosas procurar un sueño tranquilo y prolongado, influir en la voluntad, el carácter, la respiración a través de ejercicios gimnásticos y la práctica de deportes. La terapéutica foniátrica se realiza con el objetivo de proporcionar un lenguaje exteriormente correcto, ejercitando el aparato de la fonación para que el sujeto aprenda a hacerlo espontáneamente.



#### 10.5.1 Método de C. Dinville

Establece los siguientes pasos en el caso de la tartamudez:

El autor va a recomendar primero ejercicios de facilitación que ayuden a la relajación del ritmo verbal, por ejemplo: gestos de regulación, golpes con las manos, con el brazo, trazar curvas de entonación, el uso de metrónomo, el ataque verbal espirado, o sea, escapar un poquito de aire antes de realizar la emisión vocal.

En una segunda etapa va a incluir técnicas de reeducación en el que sugiere ejercicios de vocalización, pronunciar palabras con el ritmo del metrónomo, ejercicios con frases sencillas. Al disfémico se le da una palabra y debe terminarla a través de una frase, recordar alguna imagen y luego que lo diga verbalmente y en conversaciones, las cuales se harán a través de una pequeña narración del tema a tratar a modo de preparación inicial. Posteriormente incluye la reeducación de la tartamudez, donde se le da importancia al tratamiento psicoterapéutico a través de ayudas psicológicas para abordar y solucionar problemas y mejorar el habla.





	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 9 de 18

## 10.6 Planeación Rehabilitatoria

En base a los diferentes métodos rehabilitatorios del paciente con tartamudez se recomienda, incluir en los planes de terapia los siguiente:

### 10.6.1 Desarrollo de las Capacidades

CAPACIDADES	AREAS DE INTERVENCIÓN
<b>Capacidades de Carácter Motriz.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tono Muscular. La leve contracción sostenida de los músculos de cabeza y cuello.</li> <li>• Postura. Alineación en la línea media.</li> <li>• Reacciones de Equilibrio Enderezamiento.</li> <li>• Praxias órganos de la articulación.</li> <li>• Capacidad de coordinación de los movimientos.</li> <li>• Relajación global y segmentaria</li> <li>• Dominar la función respiratoria costo diafragmática y coordinación neumofónica.</li> </ul>
<b>Capacidades de Carácter Cognitivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar la capacidad de atención.</li> <li>• Desarrollar la capacidad de imitación</li> <li>• Memoria.</li> <li>• Desarrollar la capacidad de discriminación auditiva y fonológica</li> </ul>
<b>Capacidades de Carácter Comunicativo Lingüístico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir los contrastes del sistema fonológico</li> <li>• Expresarse mediante emisiones sintácticas</li> <li>• Desarrollar los procesos de ideación y selección léxica. Procesos semánticos.</li> <li>• Organización de los procesos pragmáticos.</li> </ul>

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 10 de 18

### Capacidades de Carácter Afectivo-Social

- Desarrollar la iniciativa e intervención en contextos comunicativos.
- Adquirir confianza en sí mismo en los intercambios comunicativos

## 10.6.2 Procesos terapéuticos

### 10.6.2.1 La Respiración:

Una vez descartada la posible obstrucción nasal o física que impida o dificulte la respiración nasal se procede a la reeducación de la respiración. Para conseguir una respiración nasal debemos enseñar a respirar por la nariz:

- Aumentando la capacidad pulmonar
- Lograr un ritmo respiratorio de inspiración-espирación lento y profundo.
- Conseguir una postura correcta de la espalda
- Enseñar a limpiar, utilizar y desarrollar las vías nasales
- Los ejercicios de respiración son muy importantes dentro de la disfemia.
- Cada ejercicio se debe de repetir un mínimo de 5 veces. Tras estas 5 repeticiones se deja un descanso de 1 minuto. Posteriormente, se puede volver a repetir el ejercicio otras 5 veces. Hay que tener en cuenta dejar siempre un tiempo de descanso porque son ejercicios que producen fatiga.
- El control de los órganos implicados en la articulación se lleva a cabo poniendo al paciente delante de un espejo.

### 10.6.2.2 La articulación y la dicción

- Restaurar el balance muscular orofacial normal.
- Mejorar los aspectos del habla afectados corrigiendo el desequilibrio de las fuerzas musculares en la articulación de los sonidos

### 10.6.2.3 Tono Muscular:

En la hipertonía moderada se aplica el método de masticar incrementando la base fisiológica de la masticación primordial en el habla.



En la hipotonía y parálisis se estimula el esfuerzo en el habla. Se procura una postura en la que pueda empujar con los brazos apoyados hacia abajo para aumentar la energía del movimiento del habla.

### 10.6.2.4 Fuerza Muscular:

Ejercicios repetitivos de protrusión de lengua y mandíbula, elevación de lengua y paladar; extensión, apertura y cierre de labios.

Oponer resistencias con los dedos contra mandíbula y labios.

Uso de diversos instrumentos: corchos, botones

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 11 de 18

Los primeros ejercicios con lengua son pasivos al principio (protrusión y elevación). En el paladar blando se hace masaje y estimulación

#### **10.6.2.5 La Percepción y Discriminación Auditiva.**

Es este otro factor importante cuya alteración puede ocasionar dificultades y alteraciones en el habla del niño. Los ámbitos a desarrollar se relacionan con:

- La Atención Auditiva
- La Discriminación Auditiva Global
- Discriminación Auditiva Selectiva
- Reconocimiento de los Estímulos Sonoros
- Discriminación de Fonemas aislados
- Discriminación de Fonemas dentro de palabras
- Discriminación del Orden Sucesivo de Sonidos.
- Discriminación del Orden Sucesivo de Fonemas en las Sílabas.
- Imitación de Sonidos y Secuencias de Sonidos.
- Imitación de Secuencias Rítmicas.



#### **10.6.2.6 Fluidez del Habla**

Intervención que faciliten la fluidez están:

- Utilizar el gesto acompañando de la expresión.
- Los juegos de señas, exagerando la expresión gestual, la pantomima y la dramatización.
- El habla rítmica con entonación marcada y amplia, siguiendo las pautas de la prosodia del idioma.
- Coordinar la fluidez verbal con la fluidez respiratoria.
- Si existe insuficiencia lingüoespeculativa (S. Borel-Maisonny) la cual supone bien un desequilibrio por un predominio del pensamiento sensoactorial, bien un déficit de la capacidad de expresar el pensamiento en palabras o frases, se incidirá sobre la impulsividad de la conducta verbal mediante procedimientos de habla relajada, potenciando la atención del niño sobre el contenido de su expresión así como exigiendo al niño que exprese la idea sólo cuando la tenga bien concebida

Si el niño disfémico ha alcanzado la fase de concienciación de su problema será preciso:

- Distrar su atención mediante el uso de estímulos externos condicionándole a dejar de hablar en el instante en que aparece el tartamudeo.
- Estimular el placer de hablar y aumentar las circunstancias en que pueda expresarse libremente asociadas al habla fluida.
- Utilizaremos procedimientos de: habla dramatizada; juegos verbales; habla entonada para mejorar la fluidez.

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 12 de 18

- Para corregir las actitudes corporales de tensión al hablar se ejercitará el habla lenta y relajada.
- No prestar atención a los fallos verbales. Procurar que el niño no desarrolle una atención auditiva exagerada hacia su habla.
- Reforzar el habla fluida y atender al contenido de lo que el niño dice.
- El restablecimiento de una buena relación comunicativa padres-niño es condición fundamental para ayudar a solucionar el problema.

#### 10.6.2.7 Nivel Pragmatico

##### Objetivos:

- Aumentar el repertorio de funciones comunicativas teniendo en cuenta las diversas situaciones y contextos.
- Seleccionar el procedimiento adecuado, con procedimientos claros ofreciendo toda una serie de demostraciones previas que sirvan como modelo.
- Ofrecer el modelo idóneo para cada actividad. Las demostraciones, exposiciones y los refuerzos utilizados deben ser diseñados para lograr la efectividad de los mensajes apoyando la intención de los mensajes y la integración de los aspectos tanto verbales como no verbales de la comunicación.
- Cada actividad debería ser diseñada para facilitar múltiples formas de seleccionar y formular el mismo acto de habla, o función comunicativa.
- Los terapeutas deben ofrecer una respuesta contingente en forma de refuerzo a todos los actos de habla de manera diferencial en función de la calidad de ellas.



El trabajo en pragmática estará orientado fundamentalmente a tres grandes áreas:

- Intencionalidad,
- Discurso
- Narración.

##### Actividades para el desarrollo de la Intencionalidad.

Mediante las cuales los niños realizan acciones adaptadas y apoyadas por el adulto. Los sujetos deberán asumir diferentes papeles que se puedan intercambiar y en las que la cooperación es un requisito imprescindible.

- Apoyo contextual a los eventos: descripción de lo que hacen a lo largo de una actividad o explicación de los pasos de cómo se desarrollará una situación imaginaria.
- Comunicación referencial: situaciones con dos series de referentes iguales sobre los que se realizan peticiones, descripciones, explicaciones.
- Scripts o Guiones: representación de un evento con una secuencia ordenada de acciones organizadas alrededor de un objetivo e incluye actores, acciones y apoyos. Por ejemplo la situación de restaurante; prepararse para ir al colegio; ir de compras al supermercado, visita al médico; Formatos de Juegos. Si contienen el requisito de favorecer la comunicación interpersonal: juegos con

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 13 de 18

títeres; entrevistas para la televisión; canciones; dibujar y contar una historia; completar un dibujo.

#### **Actividades para el desarrollo del Discurso Conversacional.**

Cuyos rasgos fundamentales son el respeto al orden cronológico de los acontecimientos; la identificación clara para el interlocutor de personajes, lugares y referencias temporales básicas; la detección de las intenciones de los personajes y las relaciones causa-efecto existente entre los acontecimientos del relato.

- Tiempo para hablar: dedicar todos los días un tiempo a esta actividad siendo muy expresivos y cuidando todos los aspectos relacionados con la comunicación no verbal y con las propiedades suprasegmentales del habla.
- Hablar de sus Experiencias
- Descripciones de Eventos: de situaciones que estén ocurriendo en la clase. Por ejemplo el recorrido que está haciendo un niño.
- Hablar de la familia
- Contar historias con sentimientos.
- Conversaciones por teléfono.
- Hacer viajes utilizando un cuaderno.
- Hacer predicciones.
- Planificar eventos.
- Fomentar conversaciones a partir de construcciones hechas por los alumnos.



#### **Actividades para el desarrollo de la Narración.**

Supone la producción de enunciados encadenados. Puede ser interesante la lectura de imágenes y de libros como actividad básica para fomentar el discurso narrativo. Habrá que considerar los siguientes aspectos:

La capacidad para atender, seleccionar y almacenar la información relevante de la historia; realizar respuestas adecuadas; disposición de un feedback continuo en forma de clarificaciones y reinterpretaciones; participación activa; comprensión de las relaciones expresadas a lo largo de la historia.

##### **10.6.2.8 Ritmo**

- A cada dedo se le asigna una vocal y cada vez que pronuncia una vocal, el/la paciente debe de dar un golpe con el dedo que la represente. Se puede hacer igual con las consonantes.
- Pronunciar las palabras silabeando (haciendo hincapié en cada una de las sílabas que la conforman) y a la misma vez acompañar a cada una de las sílabas con los dedos de la mano.

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 14 de 18

## 11 Evaluación de resultados

### 11.1 Cuantitativo

La Profesional en Comunicación Humana recibe al paciente con informe clínico el cual será un parámetro para analizar el tipo de tratamiento que se requiere, en base a esto aplicara una serie de valoraciones terapéuticas y entrevista clínica que servirán como base para establecer el plan rehabilitatorio, las revaloraciones se realizaran dependiendo de la evolución y los parámetros establecidos en el informe clínico dado por el servicio de foniatría se emitirán informes posteriores con las recomendaciones a seguir, el terapeuta ira recopilando y establecerá un análisis entre lo esperado y lo alcanzado y sugerirá en el momento oportuno el alta para cuando se realice la siguiente revaloración medica.

### 11.2 Cualitativo

El Servicio de foniatría emite informe clínico, que describe el padecimiento inicial, subsecuente y final

La Licenciada encargada de cada paciente elaborará la valoración inicial, y un informe de acuerdo a los resultados que observe en las áreas trabajadas y superadas, las valoraciones posteriores estarán a cargo de diagnostico.



## 12 Criterios de Alta

Se considerará alta de terapia cuando el paciente al pasar a revaloración médica tenga todos los elementos que requiere para alcanzar los procesos habilitados, restablecidos, integrados o en vías de superación.

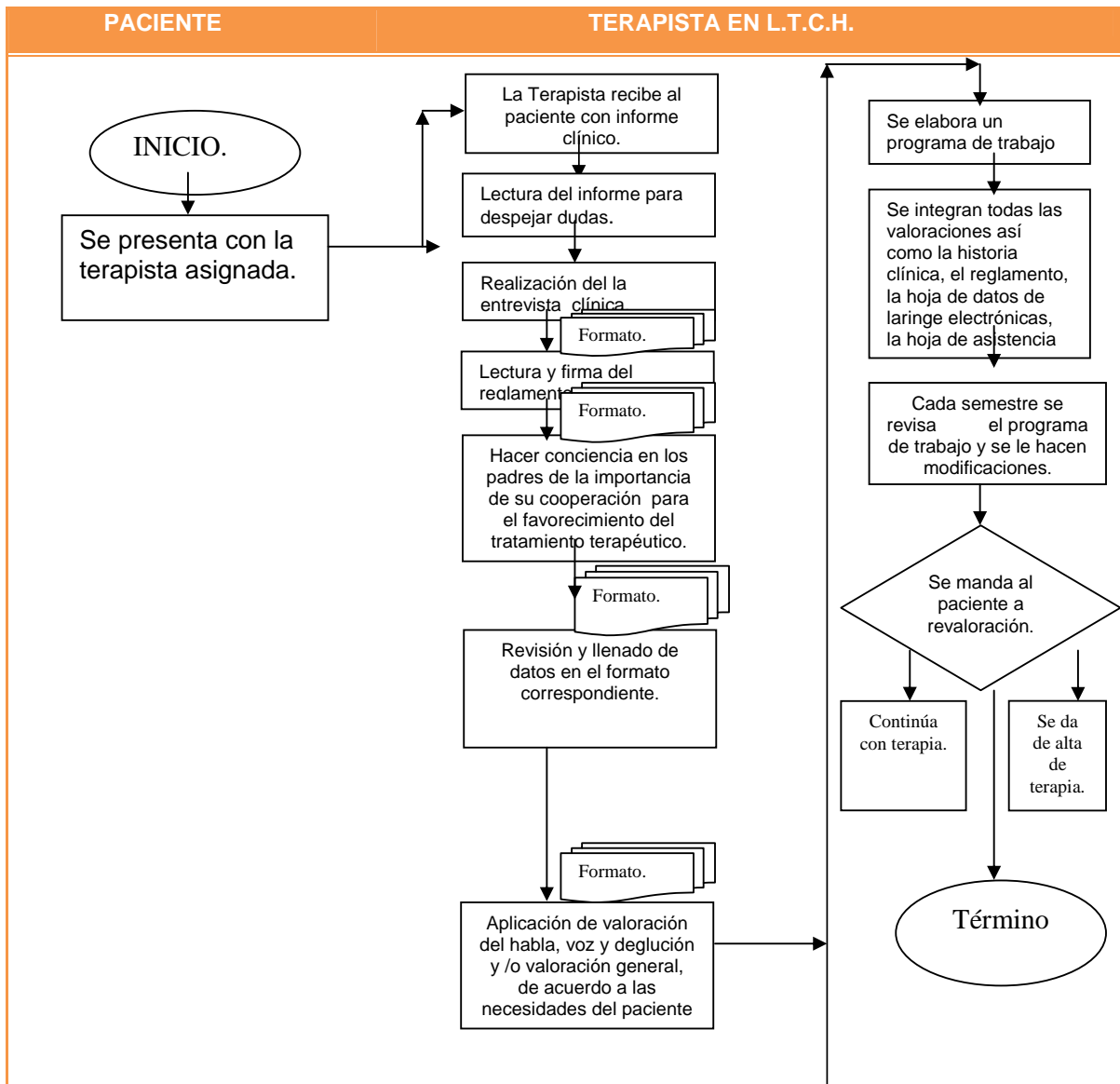
Al recibir el nuevo informe con las recomendaciones actuales en donde se contempla alta, La Licenciada encargada del caso dará las indicaciones finales para continuar el trabajo en casa.

## 13. Anexos



### 13.1 Informe de Terapia para Revaloración.

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 15 de 18

#### 14. Diagrama de flujo







	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 16 de 18

## 15. Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

- 1.- **Acosta, V., León, S., Ramos, V.** “Dificultades del habla infantil: un enfoque clínico. Investigación, teoría y práctica”. Málaga: Aljibe. (1998).
- 2.- **Bee H:** “Developing child” Harper Row Publishers, New York, 1975
- 3.- **Boone.** "La Voz y el tratamiento de sus alteraciones". Ed Panamericana. (1990)
- 4.- **Bosch, L.** “Trastornos fonológicos”. *Rev. Logop., Fon., Audiol.*, Vol. VIII, Nº 4 (195-200). (1987).
- 5.- **Bustos, I.** Reeducción de los problemas de la voz. Madrid. (1996)  
CEPE.
- 6.- **Calais-Germain, B. (2005)** Anatomía para el movimiento. Tomo 1. Ed. La liebre de marzo.
- 7.- **Calais-Germain, B** “La Respiración. Anatomía para el movimiento”. Tomo IV. Ed. La liebre de Marzo. . (2006)
- 8.- **Casado, J. C.** “La evaluación clínica de la voz. Fundamentos médicos y logopédicos”. Málaga. Aljibe.
- 9.- **Dinville, C.** “La tartamudez. Sintomatología. Tratamiento”. Ed. Masson
10. **Dinville, C.** Los trastornos de la voz y su reeducación. Barcelona: Masson.
11. **Dickson** “Communication Disorders Remedial Principles and Practices”. Scott Foresman Co, Illinois, 1975.
12. - **Dunn C, Stoel Gammon C** “Normal and disorder Phonology in Children” University Park Press, Baltimore, 1985
13. **Echeverría Goñi, S.** La voz infantil. Educación y reeducación. Ed: CEPE. Madrid. (1998)
- 14.- **Guimaraes, I.** Os problemas de voz nos profesores: prevalência, causas, efeitos e formas de prevenção. Revista Portuguesa de Saude Publica. Vol. 22. (2004)
- 15.- **Juarez A y Monfort. M** “Estimulación del Lenguaje Oral” Ed. Santillana . Aula XXI. 1998.
- 16.- **Le Huche.** “ **La voz. (cuatro tomos)**” Ed. Masson. Barcelona.
- 17.- **Mallen Fortanet, D.** Trastornos del habla secundarios a un déficit instrumental: Paciente fisurado labiopalatino. Síndrome o secuencia de Pierre Robin. En: Jornada de Orientación e Intervención Psicopedagógica. Ámbito educativo personal y profesional. Universitat Jaume I. Barcelona, España. 2006. P.1-17.
- 18.- **McCallion, M.** El libro de la voz El libro de la voz. Ed. Urano, Barcelona. (2006)
19. - **Martin, S. & Darnley, L.** “The teaching voice”. London. Whurr Publishers Ltd. (1996)
- 20.- **Morrison, M. & Rammage, L** “Tratamiento de los trastornos de la Voz”. Masson. . (1996) Parameters for Evaluation and treatment of patients with cleft Lip/Palate or other craniofacial anomalies. Official Publication of the American Cleft palate–Craniofacial Association. March 1993

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 17 de 18

- 21.- **Perelló, J.** "Alteraciones de la voz". Barcelona, Ed. Científico médica. (1980)
- 22.- **Perelló, J.** "Evaluación del lenguaje el habla y la voz". Ed: Lebón. (1996)
- 23.- **Revista de Medicina.** Universidad de Navarra. Monográfico: Voces Especiales. Vol. 50, nº 3, 2006.
- 24.- **Rex J Prater** "Manual de terapéutica de la voz". Ed. Salvat. Madrid (1990)
- 25.- **Rivas Torres, R.M. y Fiuza Asorey, MJ.** "La voz y las disfonías funcionales. Prevención y tratamiento". Madrid. Pirámide. (2002)
- 26.- **Segre, R. & Naidich, S.** "Principios de foniatría para alumnos y profesionales del canto y la dicción". México D.F. Ed. Panamericana. (1981)
- 27.- **Santacreu, J y Forjan** "La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil". Madrid. Pirámide. 1997.
- 28.- **Santacreu, J** "Tratamiento conductual de la tartamudez", Valencia. Promolibro. (1985)
- 29.- **Tulón Arfelis, C.** "La voz. Técnica vocal para la rehabilitación de la voz en las disfonías funcionales". Barcelona. Paidotribo. (2000)
30. - **Van Riper, Ch:** "Speech correction principales and methods". Prentice Hall Inc New Jersey, 1978.
- 31.-**Westson Aj, Leonard BI** "Articulation Disorders: Method of evaluation and therapy". Cliffs Notes, Lincoln. 1976.

**Algunos artículos localizados en internet sobre la tartamudez**

**32.- Disfemia**



[http://www.saludline.com.ar/articulos/ver\\_articulo.asp?id=238](http://www.saludline.com.ar/articulos/ver_articulo.asp?id=238)

**33.- Tartamudez**

<http://www.psicologiaonline.com/formacion/online/clinica/tartamudez/>

**34.- Tartamudez**

<http://www.methodisthealth.com/spanish/oto/stutter.htm>

	<b>MANUAL DE GUIAS CLINICAS</b>		<b>Código:</b> MG-SAF-17
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>		<b>Fecha:</b> Nov 2010
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE....</b>		<b>Rev. 00</b>
			<b>Hoja:</b> 18 de 18

## 16. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
00	Incorporación a la documentación del SGC	NOVIEMBRE 2010