

¿Cómo evaluar e intervenir sobre la tartamudez? Un análisis de percepciones de especialistas en logopedia

Rama Rodríguez, A.¹, Rehakova Novosadova, L.¹, Vidal Bouzas, M.¹, Latorre-Coscolluela, C.², Ayllón-Negrillo², E., y Vieiro Iglesias¹, P.

Recibido 23 de abril de 2022 / Primera revisión 7 de julio de 2022 / Aceptado 1 de agosto de 2022

Resumen. La tartamudez se define como un trastorno de la fluidez del habla que afecta a la comunicación. Este trastorno, resulta complejo y puede suponer un importante desafío para muchos logopedas y otros profesionales. Hasta el momento, no abundan las investigaciones focalizadas acerca de cómo evaluar e intervenir en la tartamudez desde la perspectiva de los profesionales en logopedia. Precisamente por ello, el objetivo del presente estudio es conocer cuáles son los principales métodos de evaluación e intervención para la tartamudez que utilizan los logopedas en el contexto español y la satisfacción que tienen con éstos. Para ello, se administró una encuesta en la que participaron un total de 123 logopedas y, posteriormente, se efectuó un análisis cuantitativo de los datos obtenidos. Los resultados permitieron conocer los diferentes métodos de evaluación e intervención más ampliamente utilizados en el tratamiento de la tartamudez, aunque se han observado ciertas dificultades para alcanzar un consenso en la utilización de los mismos. Además, los logopedas reclaman la necesidad de confeccionar nuevos instrumentos de evaluación y de una mayor colaboración por parte de los centros escolares. Por tanto, resultaría primordial adoptar un enfoque holístico tratando de enseñar a los sujetos con tartamudez estrategias para afrontar la fluidez y, a la vez, aprender a convivir y manejar el trastorno.

Palabras clave: Evaluación; Intervención; Logopedia; Percepción; Tartamudez.

[en] How to evaluate and intervene on stuttering? An analysis of perceptions of specialists in speech therapy

Abstract. Stuttering is defined as a speech fluency disorder that affects communication. This disorder is complex and can be a major challenge for many speech therapists and other professionals. To date, there is not much research focused on how to assess and intervene in stuttering from the perspective of speech therapy professionals. Precisely for this reason, the objective of this study is to find out what are the main evaluation and intervention methods for stuttering used by speech therapists in the Spanish context and the satisfaction they have with them. For this, a survey was administered in which a total of 123 speech therapists participated and, subsequently, a quantitative analysis of the data obtained was carried out. The results made it possible to discover the different evaluation and intervention methods that are most widely used in the treatment of stuttering, although certain difficulties have been observed in reaching a consensus on their use. In addition, speech therapists claim the need to develop new evaluation instruments and greater collaboration by schools. Therefore, it would be essential to adopt a holistic approach trying to teach subjects with stuttering strategies to deal with fluency and, at the same time, learn to live with and manage the disorder.

Key words: Assessment; Intervention; Perception; Speech therapist; Stuttering.

Sumario: Introducción. Materiales y métodos. Participantes. Instrumento y procedimiento de análisis de datos. Resultados. Discusión. Conclusiones. Bibliografía.

Cómo citar: Rama Rodríguez, A., Rehakova Novosadova, L., Vidal Bouzas, M., Latorre-Coscolluela, C., Ayllón-Negrillo, E., y Vieiro Iglesias, P. (2023). ¿Cómo evaluar e intervenir sobre la tartamudez? Un análisis de percepciones de especialistas en logopedia. *Revista de Investigación en Logopedia* 13(1), e81643. <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.81643>

Introducción

La tartamudez es un trastorno del habla caracterizado por disfluencias inusuales. Se manifiesta principalmente por un habla con interrupciones y alteraciones en la fluidez que afectan a la continuidad, a la velocidad y al

¹ Universidad de La Coruña.
alba.rama.rodriguez@udc.es

² Universidad de Zaragoza.

ritmo del discurso. Se producen repeticiones de sonidos, palabras o frases, prolongaciones en los sonidos, bloqueos o pausas y, todo ello, puede ir acompañado de movimientos involuntarios, asociados al habla y signos de esfuerzo (Fernández-Zúñiga, 2014). El origen de la tartamudez se desconoce a pesar de que se han propuesto diferentes hipótesis que, si bien no han logrado encontrar una evidencia clara, han permitido conocer variables relacionadas con el origen y mantenimiento del trastorno, facilitando de esta manera su tratamiento. Existen, por tanto, ciertos factores que influyen en la génesis y desarrollo de la tartamudez como los factores genéticos, lingüísticos, psicosociales y fisiológicos.

En las últimas décadas se documentan estudios respaldados por neuroimágenes en niños y adultos que nos aportan entendimientos destacables sobre las bases neurobiológicas sobre la tartamudez. Entre los hallazgos de mayor impacto, se menciona la disminución de la integridad de la materia blanca a lo largo del fascículo arqueado superior izquierdo, ensamblando las áreas auditivas y motoras del habla facilitando el mapeo entre sonidos del habla y la planificación motora (Chang et al., 2008). Los estudios aportan que estas áreas difieren en los sujetos con tartamudez.

Mohan y Weber (2015), destaparon la incógnita que atañe tanto la persistencia o la recuperación de la tartamudez. Se compararon los datos de un grupo de niños con tartamudez persistente y un grupo control, el primero de ellos presentaba una lateralización atípica en relación con los del otro grupo. Así mismo se detectó un retraso madurativo en la coordinación motora del habla en niños de 5 a 7 años que tartamudeaban de forma perseverante en comparación con el grupo de control (Usler et al., 2017).

En el mismo marco los autores Kotz et al. (2016), destacan la existencia de un marco neural específico para el riesgo de tartamudeo, la persistencia y la recuperación enfatizando alteraciones en el nivel del circuito neural que repercute en la planificación y ejecución de secuencias de sonido. Los mecanismos subyacentes a los síntomas principales de la tartamudez atañen una disfunción de los circuitos neuronales, sin embargo, la exhibición de un patrón de tartamudeo puede diferir según las circunstancias tales como: respuestas emocionales, conductas motoras adaptativas que pueden intervenir con las alteraciones neurales centrales (Smith y Weber, 2017). Tal y como afirman los autores Chang et al. (2018), sería esperanzador que las futuras investigaciones de las bases biológicas involucradas en la tartamudez puedan conducir a aplicaciones clínicas significativas que permitan contar con nuevos métodos de intervención, basadas en un entendimiento mecánico de la fundamentación de la tartamudez. En este sentido, una mejor comprensión de la base neural podría ser beneficiosa en la detección y tratamiento de los niños con riesgo de tartamudear.

La edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (APA, 2013), incluye la tartamudez dentro de los Trastornos de la Comunicación, diferenciando el Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia del Trastorno de la fluidez de inicio en el adulto. Las disfluencias en el habla son habituales cuando se está desarrollando el lenguaje, pero cuando estas son inusuales pueden indicar la presencia de un tartamudeo incipiente (Fernández-Zúñiga, 2014). Siendo más frecuente la aparición del mismo cuando existen antecedentes familiares y si estas faltas de fluidez persisten por un tiempo mayor de 3 meses (Escobar y Torres, 2022). La tartamudez puede afectar a otros factores comportamentales, emocionales y cognitivos asociados que, en ocasiones, repercuten en la autoestima de la persona (Bloodstein, Ratner, & Brundage, 2021)

Entre las conductas primarias o elementos centrales y asociados a la tartamudez se encuentran las disfluencias tipo tartamudez (repeticiones, prolongaciones, bloqueos), manifestaciones motoras secundarias (sonidos anómalos, muecas faciales, etc.), manifestaciones verbales y vocales secundarias, reacciones emocionales asociadas (miedos, ansiedad, frustración, culpa, etc.) y respuestas fisiológicas (Salgado, 2010).

La incidencia de la tartamudez se sitúa en un 5% entre la población infantil preescolar, estableciéndose la prevalencia en un 1% en escolares y un porcentaje menor en adultos (Fernández-Zúñiga, 2014), con un mayor riesgo para tartamudear entre los 3 y 4 años (Yairi & Ambrose, 2005). No es habitual que aparezcan nuevos casos después de la infancia (12 años). Es más frecuente en hombres que en mujeres, con una relación de prevalencia de 1.6 a 3.6 veces más en los primeros tal y como indican McAllister & Collier (2014).

En lo referente a la evaluación, se pueden emplear diferentes instrumentos (Fernández-Zúñiga, 2005): la entrevista con los padres y con el sujeto, evaluación del habla del sujeto, evaluación de la interacción del niño con sus padres, registros de conducta, cuestionarios de fluidez para los padres, cuestionarios para el colegio y otras informaciones como la evaluación de la relación entre tartamudez y otros problemas del lenguaje y habla. Esto se lleva a cabo utilizando una serie de instrumentos de probada validez para valorar la comprensión, memoria, fluidez, vocabulario, morfosintaxis, semántica y pragmática. También existen algunas pruebas e instrumentos tales como, por ejemplo, el Protocolo de Evaluación para Tartamudez (Escobar, 2021), en su versión infantil (PRET-I) y escolar, adolescente y adulta (PRET-A) junto a la calculadora para la Tartamudez. Otros instrumentos incluyen el Stuttering Severity Instrument-3 (SSI-3) (Riley, 1994), la Escala de Iowa de Severidad de la Tartamudez (Johnson et al., 1963) y la escala OASES (Yaruss y Quesal, 2006), que realiza una evaluación general de la experiencia de la tartamudez por parte del hablante.

En lo que respecta a la intervención de la tartamudez, tradicionalmente se han utilizado terapias orientadas a tratar los síntomas basados en técnicas de rehabilitación del habla o en el uso de aparatos y terapias para proporcionar herramientas que ayuden a controlar y esconder la tartamudez (Rodríguez-Carrillo, 2020). Por

tanto, como bien indica Fernández-Zúñiga (2005), la intervención se ha desarrollado desde diversos enfoques aplicando diferentes métodos para tratar el trastorno. Las orientaciones de los programas se basan a veces en conseguir específicamente la fluidez del habla y, en otras ocasiones, se trata de intervenciones más globales, incluyendo la modificación del ambiente y de las distintas interacciones. En este sentido, algunas de las técnicas que se pueden emplear incluyen: tratar de cambiar el modo de interpretar y analizar el problema y de generar cambios cognitivos, realizar una reestructuración cognitiva y manejo de las evitaciones, intervención directa en el habla por medio del moldeamiento de la fluidez y modificación de la tartamudez (Salgado Ruiz, 2008) y, también, múltiples técnicas de control del habla (relajación, desensibilización, etc.). Además, existen distintos programas de Intervención en Tartamudez (Leal, Junqueira y Escobar-Díaz, 2015).

Si bien se han localizado varios estudios que analizan la eficacia de métodos de evaluación e intervención, han sido pocos los estudios publicados hasta la fecha en los que se realizan encuestas a profesionales para poder analizar cuál de los múltiples métodos de evaluación e intervención existentes resultan más adecuados para aplicar en los casos de tartamudez, ya sea temprana o adquirida. Puesto que la tartamudez es un trastorno complejo, Álvarez Ramírez (2018), hace alusión a un cuestionario destinado a conocer la situación actual de la tartamudez y también las discriminaciones de las personas que sufren dicho trastorno. En él, participaron un total de 64 personas con tartamudez y algunos familiares directos y fue difundido por la Fundación Española de la Tartamudez en el año 2016. La mayoría de las preguntas realizadas se centraron en conocer la discriminación que sufrían las personas en los distintos ámbitos de su vida. Una de las preguntas vinculada al contexto educativo puso de manifiesto que el 48% de las personas experimentaron dificultades para ser incluidos en el sistema educativo ordinario. De ellas, el 48% indicó que las dificultades fueron de tipo psicológico, el 38% por barreras de comunicación, el 8% debido a problemas en el diseño curricular y el restante 6% se refirió a otro tipo de dificultades. Otra de las preguntas se focalizó en la atención sanitaria y la discriminación en este ámbito. Los resultados indicaron que había sido recibida por tan solo el 16% de los participantes. El 59% consideraba que las barreras en este ámbito se refieren a la comunicación, el 19% son barreras de tipo psicológico, el 16% son barreras de otro tipo y algunas respuestas indicaron que se les hacía caso omiso y que la atención se reducía a la logopedia sin considerar otros ámbitos como el psicológico.

También se disponen algunos artículos recientes de revisión sistemática como, por ejemplo, aquel llevado a cabo por Mercado y Páez (2020), en el que analizan desde el área de la fonoaudiología cuál es el test más efectivo para realizar el diagnóstico de la tartamudez infantil. Para ello, los autores revisan diferentes estudios y llegan a la conclusión de que existe una cantidad de literatura muy reducida acerca de los diferentes métodos de evaluación del habla. De hecho, sólo pudieron analizar el *Stuttering Severity Instrumental*, llegando a la conclusión de que existen diferentes adaptaciones de este instrumento a diferentes lenguas (entre ellas, el español o inglés).

En un estudio realizado por Shelley et al. (2021) se destaca el desafío que existe en las evaluaciones con personas con tartamudez. Por este motivo, realizaron un estudio para llegar a un consenso en las áreas a evaluar en las personas con este trastorno. Los autores ponen de manifiesto la dificultad para evaluar la tartamudez dada la divergencia de opiniones y filosofías subyacentes a la misma. Otros investigadores como Guitar (2019) y Logan (2020) sugieren diferentes pruebas y medidas y destacan la evaluación de aspectos distintos. En respuesta a este desafío, estos autores han dejado de destacar las diferencias en los enfoques centrándose en identificar los puntos comunes.

Finalmente, los resultados del estudio de Shelley et al. (2021), inspirándose en las diversas ideas recogidas por Álvarez Ramírez (2018), indican que una evaluación global de los sujetos que cursan con tartamudez debe centrarse en otros aspectos y no sólo en la fluidez del habla o tartamudez del habla, lo que supone medir las reacciones emocionales, conductuales y cognitivas. En la misma línea, Blugmart, Tran, Yaruss, & Craig, (2012) enfatizan que, para abordar el tratamiento, se precisan múltiples objetivos dependiendo de las necesidades individuales que presenta cada paciente, puesto que se trata de un trastorno multidimensional. Un enfoque más integral del tratamiento podría solventar una mayor fluidez, pero también otros objetivos como aceptar la tartamudez, mejorar habilidades comunicativas, minimizar los comportamientos secundarios, aumentar las expectativas de autoeficacia, manejar la situación de amenaza de forma óptima y reducir el impacto nocivo de la tartamudez en el contexto del individuo. En este sentido, los resultados de las investigaciones de Benzie y Mychasiuk (2009), han destacado el vínculo entre la resiliencia y la autorregulación que subyace del modelo etiológico. Postulan que el temperamento es un elemento fundamental de las destrezas de resiliencia, y hace alusión a las diferencias de base genética en la reactividad emocional y autorregulación (Rothbart, Ahadi, Hershey & Fisher, 2001). De esta forma, los sujetos que afrontan la adversidad son capaces de controlar sus respuestas emocionales mediante el ejercicio de la autorregulación (Kesebir, Duru, Kucuksubasi & Yaylaci, 2013).

En lo que refiere a estudios sobre la intervención, se han encontrado varias investigaciones que tratan de analizar la eficacia de distintos métodos de intervención. Scott y Quesal, (2001) indican la dificultad que supone intervenir en esta patología para muchos terapeutas del habla. En un estudio llevado a cabo con nuevas tecnologías, Kalinowski, Guntupalli, Stuart & Saltuklaroglu, (2004) analizaron los beneficios a largo plazo del uso del dispositivo de alteración del feedback auditivo en una muestra de 105 pacientes, los cuales indicaron una mejora después del uso del mismo. En su estudio sobre la intervención de la tartamudez temprana con el

Programa Lidcombe, Jones et al. (2008), observaron que la mayoría de los niños en edad preescolar podían completar exitosamente este programa manteniendo el porcentaje de sílabas tartamudeadas por debajo del 1% durante varios años. Sin embargo, una minoría de niños recae y requiere el restablecimiento del procedimiento de tratamiento por parte de sus padres. Por su parte, en el estudio de Koushik, Shenker, & Onslow, (2009) los progenitores indicaron gran satisfacción con dicho programa. La revisión bibliográfica realizada por Fernández-Martínez et al. (2016), con la intención de analizar los programas más recientes para la intervención en el trastorno, destacan que los estudios examinados no refieren evaluaciones acerca de la ansiedad, autoeficacia, disposición del sujeto, ni se consideran diversas medidas en distintos dominios del habla.

En lo referente a abordajes multifactoriales, Yaruss et al. (2006) efectuó un estudio en el cual aplicó un tratamiento centrado en la familia para niños en edad preescolar que tiene en cuenta los comportamientos de comunicación y las reacciones actitudinales que los niños y sus familiares pueden tener respecto a la tartamudez, en el estudio participaron 17 niños de 31 meses a 62 meses; los resultados mostraron que todos los participantes mejoraron su fluidez y los progenitores redujeron su preocupación. Millard et al. (2018), emplearon el programa Palin Parent-Child (Kelman & Nicholas, 2008) de tratamiento indirecto, donde los resultados mostraron una frecuencia del tartamudeo menor y una mejora en la actitud hacia el habla.

Por su parte, el modelo de capacidades y demandas de Starkweather (1990) centra la intervención de la tartamudez en dos puntos, por un lado, la reducción de las demandas ambientales (realizando sesiones tanto con el sujeto como con sus padres) y por otro, incrementando las capacidades de fluidez del niño (Starkweather y Gottwald, 1990). La eficacia del RESTART-DCM ha sido probada en dos estudios un pequeño experimento de 12 semanas (Franken, Kielstra-Van der Schalk & Boelens, 2005). y un ensayo aleatorizado de 199 participantes (de Sonnevile-Koedoot, Stolk, Rietveld & Franken, 2015). En ambos casos se realizó una comparación de este método con el Programa Lidcombe; encontrándose en el segundo de los estudios una reducida diferencia entre ambos enfoques tras 18 meses de tratamiento.

En otras investigaciones a nivel internacional como la desarrollada por Kelman & Wheeler, (2015) se destaca la utilización de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de niños con tartamudez y sus padres. Este tipo de intervención permite a los niños tomar el control de sus emociones y cogniciones consiguiendo de esta manera que estas no influyan de una manera tan significativa en sus comportamientos (en este caso del tartamudeo), permitiéndoles rebatir esos pensamientos intrusivos ante la situación de habla y consiguiendo adquirir estrategias de afrontamiento a las situaciones de habla. En esta misma línea Johnson (1957), señala que el problema central del tartamudeo es la anticipación de la situación de tartamudeo por parte del sujeto estas expectativas y el resultado de esa situación, es decir, su reacción ante la misma, anticipando así la terapia cognitivo conductual. Por su parte, Prins & Ingham (2009), establecen que, en la actualidad, el manejo del tartamudeo y el modelado de la fluidez siguen siendo los métodos de intervención más utilizados en el tratamiento de la tartamudez. Aún con ello, es cierto que no funcionan en todos los casos en adultos y pueden detectarse ciertas recaídas. Así mismo, señalan que las estrategias de modelado y autogestión han demostrado tener grandes resultados en el mantenimiento y generalización de los cambios, que era uno de los problemas del manejo del tartamudeo y el modelado de la fluidez.

Con el objetivo de analizar algunos métodos de tratamiento para disfluencias en el habla, Fernández-Martín, Ruiz y González, (2016) llevaron a cabo una revisión sistemática de las nuevas tecnologías empleadas en la intervención. Entre los estudios que analizaron, se emplearon programas como el Camperdown o los que utilizaban el dispositivo *Speecheasy*. Los resultados que se obtuvieron en los estudios fueron, por lo general, positivos, aunque no generalizables al resto de la población con este trastorno. Además, los autores destacan la necesidad de llevar a cabo investigaciones más amplias que permitan analizar con mayor profundidad la eficacia de dichos métodos de intervención.

En el contexto educativo, los profesionales de la etapa de Educación Infantil manifiestan un conocimiento básico sobre la tartamudez, el cual incide en sus percepciones acerca del alumnado de sus aulas que tartamudean (Grigoropoulos, 2020). Se observan actitudes más positivas hacia la tartamudez cuanto mayor es su conocimiento sobre esta alteración. En el estudio de Silva et al. (2016), los autores concluyeron que, a pesar de que los educadores de educación infantil tienen algunos conocimientos sobre la tartamudez, estos no son suficientes.

Además, observaron que los educadores de las escuelas privadas tienen un mejor conocimiento sobre la tartamudez que los de las escuelas públicas. Así mismo, estos autores presentaron un programa de formación para ampliar los conocimientos sobre la tartamudez en estos profesionales. A pesar de que este programa fue más eficaz en la etiología y las características de la tartamudez, que, en las actitudes de los educadores en relación con las dificultades de los niños tartamudos, sus resultados fueron muy positivos.

Considerando los antecedentes hasta el momento expuestos, se aprecia una escasez de investigaciones fundamentadas en enfoques tanto cuantitativos como cualitativos cuyo foco de interés resida en el análisis de percepciones de especialistas en lenguaje y comunicación (Álvarez Ramírez, 2017). Si bien existen diversos estudios que analizan las percepciones de las personas con tartamudez y sus experiencias (o bien las de su entorno más próximo), no se encuentran investigaciones que aborden las percepciones de los profesionales de la logopedia responsables de los procesos de evaluación e intervención sobre este trastorno del habla.

Precisamente por ello, el objetivo general de la presente investigación es analizar las percepciones de los profesionales de la logopedia acerca de los modos de evaluación e intervención en la tartamudez. Como objetivos específicos del estudio, se plantean los siguientes:

- a. Analizar los métodos de evaluación más empleados en la actualidad.
- b. Averiguar si existe alguna tendencia en función de la experiencia por parte de los terapeutas.
- c. Analizar si los instrumentos de evaluación permiten explorar todas las áreas requeridas de forma satisfactoria.
- d. Conocer los métodos de intervención que más se suelen utilizar y el éxito obtenido con los pacientes.

Materiales y métodos

Se presenta un estudio cuantitativo con un diseño de encuesta descriptivo basado en la adopción de un cuestionario. En este sentido, se trata de abordar el objetivo del estudio sin introducir modificaciones en las variables para descubrirlo y describirlo (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, y Baptista-Lucio, 2006). Este tipo de diseño descriptivo permite la descripción sistemática de las características y eventos de la población de manera objetiva y verificable (Colás y Rebollo, 1993). Por lo tanto, constituye una valiosa fuente de información para el análisis de las percepciones de los logopedas.

Participantes

La muestra de este estudio se encuentra conformada por un total de 123 logopedas, ejercientes y colegiados en los diferentes Colegios Profesionales de Logopedas de España. Por otra parte, y encontrándose distribuidos en cinco niveles, un 2,4 % de los logopedas no cuenta con ninguna experiencia con sujetos con tartamudez, un 35,8% posee una experiencia de menos de 5 sujetos, un 27,6% reporta entre 5 y 10 casos de experiencia, un 13,8% afirma tener de 10 a 15 casos de experiencia en tartamudez y, finalmente un 20,3% de los encuestados indica contar con más de 15 casos de experiencia. La encuesta fue realizada asegurando en todo momento la confidencialidad y anonimato en las respuestas de los participantes. Consecuentemente, la muestra está integrada por aquellos profesionales logopedas que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

Instrumento y procedimiento de análisis de datos

Para obtener los datos sobre las percepciones de los logopedas en referencia a la evaluación e intervención de la tartamudez, se confeccionó un cuestionario *ad hoc*, para ello se tomó como fuente de información la obra de Álvarez Ramírez (2017). El instrumento está conformado por 15 ítems de diversos tipos: en primer lugar, se presentan preguntas cerradas de respuesta única; en segundo lugar, se disponen preguntas cerradas de respuesta múltiple: aquí, se emplea el método de dicotomías múltiples que consiste en definir una variable dicotómica para cada una de las respuestas a las que se les asignó el valor 1 si se marcó esa respuesta y 0 en caso contrario; en tercer lugar, preguntas abiertas, en las que fue preciso hacer una codificación de las repuestas para poder analizar la frecuencia de las respuestas; y, finalmente, el cuestionario constaba de preguntas dicotómicas.

A través de una breve carta explicativa al comienzo del mismo, se definió la finalidad del presente estudio con intención de obtener información sobre la muestra: número de casos intervenidos con tartamudez a lo largo de su trayectoria profesional, experiencia social con el ámbito escolar, los instrumentos de evaluación más empleados, uso de diversos métodos terapéuticos o éxito con las intervenciones realizadas. Seis de los ítems de la encuesta se centran en la valoración de los instrumentos de evaluación disponibles tales como: cuestionarios, análisis de muestra del habla, entrevistas, observaciones y autoinformes. Los nueve ítems restantes, estaban centrados en recabar información acerca de los métodos de la intervención y el grado del éxito obtenido en las terapias por parte de los logopedas. Para el análisis de datos se emplearon gráficos de frecuencia, incluyendo en el eje de abscisas las variables cualitativas, objeto de análisis asociadas por grupos de experiencia y, en el eje de ordenadas, la frecuencia de las respuestas expresada en porcentajes del número de individuos de cada grupo de experiencia.

A través del Colegio de Logopedas de Galicia, se solicitó colaboración para difundir la encuesta entre los miembros colegiados. En una segunda fase, se difundió la encuesta a un contexto geográfico más extenso, en este caso a nivel nacional. Una vez administrada la encuesta, se procedió al análisis descriptivo a través del programa IBM SPSS.

Resultados

Tras el análisis de los datos extraídos se obtuvieron los siguientes resultados. Tal como se aprecia en la tabla 1, la mayoría de los profesionales encuestados manifestó tener poca experiencia en el manejo del trastorno. Los miembros del grupo más numeroso de encuestados (un 35,8%) han tratado menos de 5 casos, en contraste con un 20,3% de sujetos que han intervenido en más de 15 casos durante su trayectoria laboral.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos: nº de encuestados en función de la experiencia (N=120 casos válidos).

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	0	3	2,4
	Menos de 5	44	35,8
	De 10 a 15	17	13,8
	De 5 a 10	34	27,6
	Más de 15	25	20,3
	Total	123	100,0

En la tabla 2 se observa la valoración de escalas y pruebas actuales. Tal como cabe esperar, entre los grupos de mayor experiencia disminuye el número de encuestados que no suelen usar pruebas y escalas actuales (12%), esto es, conforme se adquiere experiencia se va utilizando cada vez más este tipo de pruebas y escalas con una leve tendencia al incremento de la proporción de profesionales satisfechos con su uso, un 20%, pero una apreciable tendencia al aumento del número de facultativos conscientes de las limitaciones de los mismos, siendo el porcentaje de un 68%. Se presentó otra cuestión sobre el tipo de instrumento de evaluación más utilizado en este tipo de pacientes. Entre las percepciones de los logopedas encuestados, se encontró que las más utilizadas fueron la observación y la recogida de muestras de habla.

Respecto a sus opiniones sobre la prueba que más suelen emplear en la evaluación de la tartamudez, se pudo comprobar que la mayoría no tiene ninguna inclinación hacia una prueba preferida entre los instrumentos más ampliamente adoptados en la evaluación. El método de observación apenas lo emplea un 10% de los encuestados, aunque se aprecia una tendencia de uso creciente en función de la experiencia. Se observa que la muestra de habla tiene una tendencia de uso decreciente a medida que aumenta la experiencia del grupo.

En cuanto a la aplicación de algún tipo de cuestionario o autoinforme, las respuestas de los logopedas han permitido concluir que, a medida que se consigue experiencia, los profesionales van adquiriendo criterio respecto al uso de cuestionarios o autoinformes (la tendencia de la respuesta no/no tengo preferido es manifiestamente descendente). Se observa que, con la experiencia, focalizan más su interés en pruebas específicas de su confianza.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos: valoración de escalas y pruebas empleadas actualmente en tartamudez (N=120 casos válidos).

	0 a 5 casos		5 a 10 casos		10 a 15 casos		Más de 15 casos	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
No suelo usar	23	52,3	11	32,4	5	29,4	3	12
Son las adecuadas	3	6,8	2	5,9	2	11,8	5	20
Se necesitan nuevas	18	40,9	21	61,8	10	58,8	17	68
Total	44	100	34	100	17	100	25	100

En la Tabla 3 se observa que, entre las pruebas de mayor divulgación, pueden incluirse la entrevista con familia y con el sujeto, la observación conductual y la evaluación de la fluidez. Cabe señalar que a medida que se adquiere experiencia, se enfatiza más el uso del cuestionario del colegio y el uso de la prueba PRET, como puede apreciarse con el aumento del valor de los porcentajes a medida que va aumentando la experiencia. Como añadido a todo ello, el análisis de muestra del habla espontánea se trata de una prueba ampliamente aceptada para analizar la fluidez, ya que cuenta con una aceptación prácticamente del 100% de los terapeutas encuestados independientemente de su experiencia. Escasamente un 20% emplea pruebas distintas de las tres especificadas. A medida que aumenta la experiencia, incrementa la interacción con los padres.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos: Frecuencia de pruebas de mayor divulgación (N=120 casos válidos)

Pruebas de evaluación de tartamudez	Experiencia en número de casos			
	Menos de 5	De 5 a 10	De 10 a 15	Más de 15
Entrevista familia	88,6%	100,0%	100,0%	96,0%
Entrevista sujeto	68,2%	85,3%	88,2%	96,0%
Observación conductual	81,8%	79,4%	82,4%	80,0%
Evaluación cognitiva	11,4%	23,5%	11,8%	28,0%
Evaluación lenguaje	50,0%	64,7%	52,9%	72,0%
Evaluación fluidez	72,7%	73,5%	82,4%	88,0%
Cuestionario colegio	13,6%	32,4%	17,6%	60,0%
PRET	20,5%	29,4%	35,3%	52,0%
Oases	0,0%	2,9%	5,9%	24,0%

De acuerdo con los estadísticos derivados del análisis de los datos, las técnicas de control de habla más empleadas en la intervención infantil incluyen la Terapia Personalizada del Control de la Fluidez, el Programa Lidcombe, el Sistema de Desarrollo de la Fluidez para niños pequeños y el Entrenamiento Sistemático de la Fluidez. Se observa que el programa de reglas para la fluidez es totalmente descartado por el grupo de individuos de mayor experiencia con un porcentaje del 0%. En cada uno de los grupos en función de la experiencia, un pequeño porcentaje no utilizaba ninguno de los propuestos y, a partir de esta cuestión, se realizó otra pregunta para que, aquellos que habían contestado la opción de respuesta “otros”, indicasen aquellos programas que solían emplear. Algunos de los profesionales especificaron que utilizan intervenciones que ellos mismos han diseñado basándose en otros programas e informaciones que han leído, adaptándolos a cada paciente de acuerdo con su criterio personal y profesional. Otros de los encuestados emplean programas o se basan en los libros de autores como, por ejemplo, Rodríguez Morejón, Fernández-Zúñiga, Borel-Maisonny o el tratamiento integral de la tartamudez, entre otros.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos: programas más utilizados en la intervención infantil de la tartamudez (N=43 casos válidos).

Programas de intervención infantil	Experiencia en número de casos			
	Menos de 5	De 5 a 10	De 10 a 15	Más de 15
Programa de Intervención en el Tartamudeo	10,0%	28,6%	16,7%	38,5%
Sistema de Desarrollo de la Fluidez para Niños Pequeños	10,0%	28,6%	16,7%	46,2%
Entrenamiento motor del habla	10,0%	28,6%	16,7%	15,4%
Programa de reglas para la fluidez	10,0%	21,4%	16,7%	0,0%
Programa de fluidez Monterrey	10,0%	14,3%	16,7%	15,4%
Entrenamiento Sistemático de la Fluidez para Niños Pequeños	0,0%	21,4%	16,7%	38,5%
Terapia Personalizada del Control de la Fluidez	30,0%	21,4%	16,7%	61,5%
Programa Lidcombe	20,0%	21,4%	33,3%	46,2%
Otros	30,0%	7,1%	33,3%	7,7%

En la Tabla 5 se visualizan las técnicas del control del habla empleadas en la intervención, permitiendo seleccionar varias de las opciones propuestas, lo que posibilita concluir que la Reducción de la Velocidad del Habla es el método más habitual y ronda el 90% en todos los casos. De igual modo, el Habla Rítmica no baja del 60%. El Comienzo Fácil presenta una tendencia ascendente en función de la experiencia hasta terminar en un 84%. La elección de La Técnica de Relajación y Control de Respiración nos muestra una tendencia descendente en función de la experiencia. El Control de la Respiración lo emplea alrededor de un 60%. En lo que refiere a técnica de Establecimiento de contacto articulatorio tiene una tendencia creciente en relación con la experiencia, llegando hasta un 64% en el grupo con más experiencia en número de casos. La Desensibilización es otro de los métodos con la tendencia creciente en función de experiencia, llegando hasta un 48%. La técnica de enmascaramiento oscila alrededor de un 30% en todos los grupos. La técnica de Retroalimentación demorada la emplea un 57,6% de los encuestados. El Seguimiento y el habla en coro es la técnica

ca que emplea un total 26% de los encuestados y, en casos con más experiencia, la llega a adoptar hasta un 44% de los terapeutas. El Aumento de la longitud y la complejidad incrementa en función de experiencia, llegando hasta un 60%. Finalmente, la Facilitación de la coordinación motora es la técnica que suele usar un 30,5% de los encuestados.

Además, se añadió una pregunta cerrada acerca de la intervención para consultar si los/as logopedas empleaban nuevas tecnologías o algún programa informático en la intervención. Del total de encuestados, un 61,6% respondió que no las utilizan frente a un 38,4% que sí que hacen uso de ellas. También se preguntó acerca de si consideraban que la intervención logopédica debería comenzarse lo más tempranamente posible y antes de la edad escolar, habiendo sido la respuesta de un 87,6% para los que consideraban que sí, frente a un 12,4% que respondieron que no.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos: Técnicas de control de habla empleadas en la intervención (N0=118 casos válidos) según grupos con experiencia en número de casos

Técnicas del habla en intervención	Experiencia en número de casos					
	< 5	De 5 a 10	De 10 a 15	> 15 N	Total	
Reducción de la velocidad del habla	90,7%	91,2%	93,8%	88%	107	90,6%
Habla rítmica	65,1%	76,5%	62,5%	60%	79	66,9%
Comienzo fácil	76,7%	73,5%	81,3%	84%	92	77,9%
Relajación	67,4%	61,8%	43,8%	56%	71	60,1%
Control de la respiración	62,6%	61,8%	56,3%	56%	71	60,1%
Establecimiento de contactos art.	16,3%	44,1%	50%	64%	46	38,9%
Desensibilización	18,6%	20,6%	37,5%	48%	33	27,9%
Enmascaramiento	32,6%	29,4%	37,5%	36%	39	33%
RAD	60,5%	52,9%	68,8%	52%	68	57,6%
Seguimiento y habla en coro	16,3%	29,4%	18,8%	44%	31	26,2%
Aumento de la long. y complejidad	37,2%	41,2%	37,5%	60%	51	43,2%
Facilitación de la coord. motora	23,3%	35,3%	6,3%	52%	36	30,5%

Atendiendo a los resultados expuestos en la tabla 6, se observa un incremento de la valoración positiva de la intervención en la tartamudez en función de la experiencia del grupo. Analizando los datos del grupo total, sin hacer distinción en función de la experiencia, el 25% de los encuestados no ha respondido a esta pregunta y un 20% de ellos coincide en que se trata de una intervención compleja, mientras que el 10% reconoce una falta de formación para afrontar este tipo de intervención. Finalmente, y en lo que concierne al porcentaje de satisfacción de los profesionales sobre su intervención en pacientes con tartamudez, los datos reflejaron que un 6,7% de los logopedas quedó completamente satisfecho frente a un 2,5% que no lo estarían. En base a su experiencia, los datos muestran un incremento del porcentaje de éxito en las intervenciones.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos: valoración de la intervención con tartamudez según la experiencia (N0=120 casos válidos)

Valoración interv. experiencia	Experiencia en número de casos					
	< 5	De 5 a 10	De 10 a 15	> 15	N	Total
Buena	20,5%	35,3%	35,3%	40%	37	30,8%
Compleja	27,3%	11,8%	23,5%	16%	24	20%
Depende	2,3%	2,9%	17,6%	0%	5	4,2%
Falto de formación	13,6%	5,9%	5,9%	16%	13	10,8%
Muy buena	4,5%	8,8%	0%	12%	8	6,7%
Negativa	4,5%	2,9%	0%	0%	3	2,5%
Ns/Nc	27,3%	32,4%	17,6%	16%	30	25%

Discusión

Uno de los objetivos de la encuesta aludía a la obtención de datos acerca del proceso de evaluación y del grado de satisfacción de los instrumentos de evaluación actuales en la tartamudez que perciben los especialistas en logopedia del contexto español. De acuerdo con autores como Álvarez (2018), existe una ausencia de investigaciones de tipo cuantitativo fundamentadas en encuestas de base estadística y, aunque pueden encontrarse algunas desarrolladas bajo enfoques cualitativos, resultan ciertamente escasas para contrastar con ellas los resultados del presente estudio.

Los profesionales en logopedia encuestados en esta investigación consideran que la formación sobre la tartamudez es deficiente y, a medida que van adquiriendo experiencia en la intervención, reclaman el diseño de nuevos protocolos de evaluación de la tartamudez puesto que son conscientes de sus limitaciones. No existe un consenso en los métodos de evaluación más empleados entre los facultativos, dado que la mayoría no tiene una preferencia específica hacia alguna prueba. Se detectó que la observación y recogida de muestras son pruebas de uso generalizado entre todos los grupos de experiencia. Tal como afirma Álvarez (2018), excepto en estudios de tipo clínico y terapéutico, la tartamudez no se encuentra acreditada, lo cual genera una necesidad de movilizar instrumentos para reunir información sobre ella. Aún con ello, la entrevista sigue siendo una técnica eficaz, ya que facilita obtener experiencias e impresiones por parte de los informantes (Zúñiga, 2005). El presente estudio mostró que todos los terapeutas emplean este tipo de instrumento para recabar información.

Recientemente, se han desarrollado directrices de consenso para procedimientos de evaluación identificando seis áreas centrales como elementos comunes que deberían reflejar (Shelley et al., 2021): antecedentes vinculados con la tartamudez, desarrollo del habla, lenguaje y personalidad, falta de fluidez, reacciones del sujeto a la tartamudez, reacciones de las personas en el contexto ante el sujeto con tartamudez e impacto nocivo originado por el trastorno.

En lo que se refiere a los cuestionarios dirigidos a los docentes, con la experiencia se enfatiza más su uso, y también incrementa la interacción con los padres. Esta actitud puede indicar que la experiencia permite ser más consciente de la importancia del contexto social que rodea a las personas con tartamudez. También se detectó falta de información que tienen muchos centros educativos acerca de la tartamudez y una pobre valoración acerca de la intervención por parte del entorno escolar. Tal como apunta Álvarez (2017), a pesar de que cada vez se dispone de más información sobre la atención a los niños con tartamudez en el ámbito escolar, a día de hoy se observa que los docentes no están preparados para responder a las necesidades específicas de este alumnado. Existe un gran desconocimiento acerca de cómo abordar las situaciones que suceden en el aula, qué conlleva este trastorno y el impacto que pueden ocasionar a nivel emocional. Por otra parte, cabe señalar que la gran mayoría de adultos con tartamudez refieren que la etapa escolar les ha ocasionado nocivas consecuencias psicosociales.

Todo lo expuesto anteriormente conduce a una reflexión sobre el hecho de que un número notablemente reducido de los terapeutas encuestados en este estudio mencionó una escala para medir el impacto del ambiente sobre el paciente (OASES). Por otra parte, conviene resaltar que el eje de la intervención se centra en mejorar la fluidez con intención de obtener un habla menos disruptiva para la comunicación, pero no se focaliza en convivir con la tartamudez u optimizar la comunicación en el caso de que sigan tartamudeando. Un exitoso tratamiento implica ayudar a salir a los sujetos de un gabinete al mundo real.

Otro de los objetivos del estudio era recabar información acerca de la intervención terapéutica y valoración del éxito en las terapias por parte de los encuestados. Entre los programas de intervención temprana más empleados, puede destacarse la Terapia personalizada de control de fluidez del habla y Programa Lidcombe. Según algunos autores como Jones et al. (2005), el programa Lidcombe es un tratamiento conductual muy satisfactorio para las niñas/os con edades prescolares, ya que demostró una reducción clínicamente mayor de la tartamudez que la recuperación natural. Entre las pruebas más habituales, se incluyen la Reducción de la Velocidad del Habla, así como el Habla Rítmica. Tal como postulan Packman, Onslow & Menzies, (2000) los pacientes aprenden distintos patrones del habla novedosos a los que hace referencia la denominada Habla Prolongada, ya que permite suprimir la tartamudez con la reestructuración del habla. Estos efectos de mejoría se deben a una disminución de la actividad motora del habla que conlleva el uso del nuevo patrón.

Tal como se observa en los resultados, la gran mayoría de los logopedas han experimentado el éxito de la terapia en la tartamudez. Independientemente de ello, todavía quedan algunas incógnitas por resolver que aludirían, entre otras cuestiones, a la posibilidad de recaídas durante los procesos de tratamiento y a la temporalidad de las intervenciones (definitivas o temporales). En cualquier caso, resultaría de gran relevancia conocer la valoración de los pacientes sobre la intervención que han recibido.

Uno de los datos más significativos del estudio se refiere al porcentaje significativo de profesionales en logopedia que han reconocido tener poca formación en el abordaje de la tartamudez. En este sentido, Scott & Quesal, (2001) defienden que la intervención en la tartamudez genera una cierta incomodidad a los terapeutas. Uno de los factores explicativos constituye la creencia por parte de los logopedas de disponer de poca formación para abordar la complejidad del trastorno.

Además, muchas personas con tartamudez generan reacciones emocionales negativas a la misma, como por ejemplo ansiedad o conductas de escape y evitación ante ciertas situaciones, y algunos logopedas indican no disponer de suficiente preparación para solventar estos efectos emocionales o cognitivos, los cuales deberían ser abordados en todos los casos. A todo esto, se le añade la variabilidad en la que se manifiesta en el trastorno, por ello deberá tenerse en cuenta cada caso particular y realizar una intervención adaptada a cada sujeto tomando en consideración todos los factores que influyen en el trastorno y procurando conseguir la generalización de los objetivos, para que los sujetos puedan tener una comunicación óptima.

Conclusiones

En consonancia a los resultados encontrados en el presente estudio podemos concluir:

En primer lugar, que existe un número reducido de investigaciones tanto de tipo cuantitativo como cualitativo sobre los métodos de evaluación e intervención en la tartamudez, como observaron Mercado y Páez (2020), los cuales concluyeron la existencia de una bibliografía muy insuficiente acerca de los diferentes métodos de evaluación del habla.

Así mismo, un gran número de terapeutas reconocen la falta de formación sobre la tartamudez y a medida que van adquiriendo mayor experiencia reclaman el diseño de nuevas pruebas de evaluación en la tartamudez. A pesar de que existen múltiples estudios que emplean diferentes métodos de intervención en tartamudez, ya sea infantil o establecida, no hay un consenso general entre los profesionales en los instrumentos terapéuticos más adecuados para abordar la intervención en tartamudez.

En lo que respecta a la colaboración con otros profesionales, se destaca poca participación por parte de los colegios a la hora de la intervención con los sujetos que presentan este trastorno. Referente a esto, autores como Álvarez (2018) y Silva et al., (2016), indican que pese a los avances los docentes todavía no están preparados para atender a este tipo de alumnos.

Pese a la dificultad expresada por los encuestados en la intervención de la tartamudez, existe una satisfacción mayoritaria sobre la intervención realizada. Cabe mencionar que, tal vez, se debería enfatizar la formación continua enfocada en trastornos de la fluidez dirigidos a los facultativos de la salud y de la educación y ofrecer servicio logopédico en los centros de salud y escolares para poder atender a las personas con dicho trastorno.

Por otra parte, una investigación más amplia sobre este trastorno puede abrir la puerta para solventar algunas incertidumbres que quedan por abordar, esta misma idea es apoyada por autores como Rodríguez-Morejón (2002), que indican que, a pesar del aumento de los estudios en los últimos años, estos siguen siendo insuficientes. Finalmente, sería conveniente tratar el trastorno teniendo en cuenta al sujeto y a su entorno y dotarlos de estrategias que les permitan afrontar la fluidez y a la vez aprender a convivir y manejar el trastorno.

De las presentes conclusiones, se extrae que debería tenerse en cuenta, para futuros estudios, la limitación de la muestra, así como la necesidad de comprobar la fiabilidad y validez de los ítems que componen el cuestionario.

Bibliografía

- Álvarez Ramírez, G. (2017). *Las personas con tartamudez en España: libro blanco*. Madrid: Grupo Editorial Cinca, SA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrews, G., & Cutler, J. (1974). Stuttering Therapy: The Relation between Changes in Symptom Level and Attitudes. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 39(3), 312-319. doi: <https://doi.org/10.1044/jshd.3903.312>
- Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child and Family Social Work*, 14(1), 103-114. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00586.x>
- Bloodstein, O., Ratner, N. B., Brundage, S. B. (2021). *A handbook on stuttering*. San Diego, CA: Plural Publishing, Inc.
- Blugmart E., Tran, Y., Yaruss, J. S., Craig, A. (2012). Australian normative data for the Overall Assessment of the Speakers Experience of Stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 37 (2), 83-90. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.12.002>
- Chang, E. S., Garnett, O. E., Etchell, A., Chow, M. H. (2019). Functional and Neuroanatomical Bases of Developmental Stuttering: Current Insights. *The Neuroscientist: a review journal bringing neurobiology, neurology and psychiatry*, 25 (6), 566-582. doi: 10.1177/1073858418803594
- Colás, M. P. y Rebollo, M. A. (1993). *Evaluación de programas. Una guía práctica*. Sevilla: Kronos.
- de Sonnevile-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., & Franken, M. C. (2015). Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. *PloS One*, 10(7), e0133758. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133758>
- Erickson, R. L. (1969). Assessing communication attitudes among stutterers. *Journal of Speech Hearing Res.*, 12, 711-724. doi: <https://doi.org/10.1044/jshr.1204.711>

- Escobar, R. (2021). *Protocolo de Evaluación de la Tartamudez Escolar, Adolescente y Adulta (PRET-A)*. Registro n°:SC-26-21.
- Escobar, R. (2021). *Protocolo de Evaluación de la Tartamudez Infantil (PRET-I)*. Registro n°:SC-27-21.
- Escobar, R y Torres, M. (2022). *Algoritmo para la toma de decisiones ante un niño con tartamudez*. <https://raquelescobarlogopeda.com/algoritmo-para-la-toma-de-decisiones-ante-un-nino-con-tartamudez/>
- Fernández-Zúñiga, A. (2005). *Guía de intervención logopédica en tartamudez infantil*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Martín, M. F., Ruiz, N. C., y González, J. A. (2016). Nuevas tecnologías empleadas en la intervención de la tartamudez: una revisión. *Revista de Investigación en Logopedia*, 6(2), 88-106. doi: <https://doi.org/10.5209/rlog.58544>
- Franken, M. C., Kielstra-Van der Schalk, C. J., & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: a preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 30(3), 189–199. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2005.05.002>
- Grigoropoulos I. (2020). Early childhood educators' knowledge and attitudes toward young children who stutter. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 31(4), 352–356. doi: <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.314.352>
- Guitar, B. E. (2019). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment (5th ed.)*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2006). Análisis de los datos cuantitativos. *Metodología de la Investigación*, 407-499.
- Johnson, W. (1957). Perceptual and evaluational factors in stuttering. In L. E. Travis (Ed.), *Handbook of speech pathology* (pp. 897–915). New York, Appleton-Century Crofts, Inc.
- Johnson, W., Darley, F. L., & Spriesterbach, D. C. (1963). *Diagnostic methods in speech pathology*. New York: Harper & Row.
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S., Hearne, A., Williams, S., Ormond, T., & Schwarz, I. (2008). Extended follow-up of a randomized controlled trial of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43(6), 649–661. doi: <https://doi.org/10.1080/13682820801895599>
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., & Gebski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *bmj*, 331(7518), 659-661. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38520.451840.E0>
- Kalinowski, J., Guntupalli, V. K., Stuart, A., & Saltuklaroglu, T. (2004). Self-reported efficacy of an ear-level prosthetic device that delivers altered auditory feedback for the management of stuttering. *International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung. Revue Internationale de Recherches de Readaptation*, 27(2), 167–170. doi: <https://doi.org/10.1097/01.mrr.0000128063.76934.pdf>
- Kelman, E., & Wheeler, S. (2015). Cognitive behaviour therapy with children who stutter. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 165-174. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.256>
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2008). *Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach*. Speechmark Publishing Ltd.
- Kesebir, S., Duru, G, Kucuksubasi, Y., & Yaylaci, E. (2013). The relation between affective temperament and resilience in depression: A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 148, 352–356. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.023>.
- Kotz, A. S., Brown, M. R., Schwartz, M. (2016). Cortico-striatal circuits and the timing of action and perceptio. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 8, 42-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.01.010>
- Koushik, S., Shenker, R., & Onslow, M. (2009). Follow-up of 6-10-year-old stuttering children after Lidcombe program treatment: a phase I trial. *Journal of Fluency Disorders*, 34(4), 279–290. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.11.001>
- Leal, G., Junqueira, A., y Escobar-Díaz, R. (2015). Nuevos desafíos en el tratamiento de la tartamudez. *Logopedia Mail*, 70. Recuperado de: https://logopediamail.com/articulos/70_Leal-Junqueira-Escobar_Tartamudez.pdf
- Logan, K. J. (2020). *Fluency disorders: Stuttering, cluttering, and related fluency problems (2nd ed.)*. San Diego, CA: Plural.
- Loriente, C. (2013). Crítica y alternativa al modelo biomédico de la tartamudez. *Revista de Investigación en Logopedia*, 3(2), 120-145. doi: <https://doi.org/10.5209/rlog.58687>
- McAllister, J., & Collier, J. (2014). Birth weight and stuttering: Evidence from three birth cohorts. *Journal of disorders*, 39, 25-33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.10.002>
- Mercado, L. G., y Páez, R. V. (2020). Método de evaluación del habla: diagnóstico en la tartamudez infantil. *Revista Científica Signos Fónicos*, 4(1), 1-10. Recuperado de: https://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/view/3947
- Millard, S. K., Zebrowski, P., & Kelman, E. (2018). Palin parent–child interaction therapy: The bigger picture. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3), 1211-1223.
- Mohan, R., & Weber, C. (2015). Neural systems mediating processing of sound units of language distinguish recovery versus persistence in stuttering. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 7 (1), 1-13. doi: <https://doi.org/10.1186/s11689-015-9124-7>
- Ovejero, A. (1999). *La nueva psicología social y la actual postmodernidad. Raíces, constitución y desarrollo histórico*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

- Packman, A., Onslow, M., Menzies, R. (2000). Novel speech patterns and the treatment of stuttering. *Disability and Rehabilitation*, 22 (1-2), 65-79. doi: <https://doi.org/10.1080/096382800297132>
- Perelló, J. (1990). *Trastornos del habla*. Barcelona: Masson.
- Prins, D., & Ingham, R. J. (2009). Evidence-based treatment and stuttering--historical perspective. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 52(1), 254-263. doi: [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/07-0111\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0111))
- Riley, G. (1994). *Stuttering Severity Instrument for Young Children (SSI-3) (3.ª ed.)*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K. L., & Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child Development*, 72(5), 1394-1408. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00355>.
- Rodríguez Morejón, A. (2002). Metodología de investigación en tartamudez. *Revista de Logopedia, foniatría y audiología*, 22(4), 203-218. doi: [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(02\)76243-8](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(02)76243-8)
- Rodríguez-Carrillo, P. R. (2020). La Tartamudez: Un reto para la Terapia del Lenguaje. *Journal of Audiology, Otoneurology & Phoniatrics*, 2(3), 1-8.
- Salgado Ruíz, A. (2008). *Manual Práctico de Tartamudez*. Madrid: Síntesis.
- Sangorrín, J. (1987). *Escala para la evaluación del disfémico*. En Málaga, J. (comp.), La tartamudez, 229-234. Salamanca: Amarú.
- Scott, Y. J., & Quesal, W. R. (2001). The many faces of stuttering. Identifying appropriate treatment goals. *Asha Wire*, 6 (11), 4-14. doi: <https://doi.org/10.1044/leader.FTR1.06212001.4>
- Shelley, B. B., Bernstein, R. N., Boyle, P. M., Eggers, K., Eveys, R., Franken, M. C., Kefalianos, E., Marcotte, K. A., Millard, S., Packman, A., Vanryckeghem, M., Skott, Y. (2021). Consensus Guidelines for the Assessments of Individuals who Stutter Across the Lifespan. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30 (6), 2379-2393. doi: https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00107
- Silva, L. K., Martins-Reis, V., Maciel, T. M., Ribeiro, J. K., Souza, M. A., & Chaves, F. G. (2016). Stuttering at school: the effect of a teacher training program on stuttering. Gagueira na escola: efeito de um programa de formação docente em gagueira. *CoDAS*, <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015158>
- Smith, A., Weber, C. (2107). How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60 (9), 2483-2505. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343
- Starkweather, C. W., y Gottwald, S. R. (1990). The demands and capacities model II: Clinical applications. *Journal of Fluency Disorders*, 15(3), 143-157. doi: [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(90\)90015-K](https://doi.org/10.1016/0094-730X(90)90015-K)
- St. Louis. K. O. (2012). POSHA-S Public Attitudes Toward Stuttering: Online Versus paper surveys. *Canadian Journal of Speech - Language Pathology and Audiology*, 36 (2), 116-122. Recuperado de: https://cjslpa.ca/files/2012_CJSL-PA_Vol_36/CJSLPA_Summer_2012_Vol_36_No_2.pdf
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2005). *Early stuttering. For clinician by clinician*. Austin, TX: PRO-ED.
- Yaruss, J. S. y Quesal, R. W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31, 90-115.
- Yaruss, J. S., Coleman, C., & Hammer, D. (2006). Treating preschool children who stutter: Description and preliminary evaluation of a family-focused treatment approach. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37(2), 118-136. doi: [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2006/014\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2006/014))