



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

Año: VI Número:3 Artículo no.:8 Período: 1ro de mayo al 31 de agosto del 2019.

TÍTULO: Diagnóstico inicial para la prevención de la tartamudez en pre-escolares, escolares y adolescentes.

AUTORES:

1. M.D. Neyda Hernández Bandera.
2. Master. Elizabeth Mayorga Aldaz.
3. M.D. Becker Neto Mullo.
4. M.D. Xiomara Josefina Pedroza.
5. Máster. Zoila Grimaneza Román Proaño.

RESUMEN: El marco escolar se convierte en un eje clave para la prevención de dificultades y alteraciones del lenguaje. Se realizó un diagnóstico inicial para la prevención de la tartamudez. Se encuestaron a educadores de diferentes niveles educacionales, 38 logopedas de la provincia Tungurahua, Ecuador. Se estudiaron 34 preescolares, 66 escolares y 66 adolescentes de toda la provincia. Al tratarse de variables cualitativas se emplearon los números absolutos y el porcentaje. Se estimó el Intervalo de confianza al 95% para el porcentaje una vez verificado el supuesto y se empleó el método exacto en caso del no cumplimiento del mismo.

PALABRAS CLAVES: discapacidad, inclusión, diagnóstico, prevención, tartamudez.

TITLE: Initial diagnosis for the prevention of stuttering in pre-school, school and adolescents.

AUTHORS:

- 1.M.D. Neyda Hernández Bandera.
- 2.M.D. Elizabeth Mayorga Aldaz.
- 3.M.D. Becker Neto Mullo.
- 4.M.D. Xiomara Josefina Pedroza.
5. Máster. Zoila Grimaneza Román Proaño.

ABSTRACT: The school framework becomes a key axis for the prevention of language difficulties and alterations. An initial diagnosis was made for the prevention of stuttering. Educators from different educational levels were interviewed, 38 speech therapists from Tungurahua province, Ecuador. A total of 34 pre-school children, 66 school children and 66 adolescents from all over the province were studied. When dealing with qualitative variables, absolute numbers and percentage were used. The 95% Confidence Interval for the percentage was estimated once the assumption was verified and the exact method was used in case of non-compliance.

KEY WORDS: disability, inclusion, diagnosis, prevention, stuttering.

INTRODUCCIÓN.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades y otros Trastornos de la Organización Mundial de la Salud, la tartamudez se identifica por repeticiones o prolongaciones de sonidos, sílabas o palabras, por reiteradas muletillas o pausas que quiebran el flujo del habla. Deberá ser catalogada como un trastorno en el caso de que su intensidad obstruya notablemente la fluidez del habla. Resulta un trastorno del ritmo del habla, en el que la persona conoce cabalmente lo que quiere decir, sin embargo, a la par, no resulta capaz de enunciarlo producto de repeticiones, prolongaciones e interrupciones espontáneas de los sonidos (Leal, Junqueira y Escobar, 2015), (García y Morejón, 2015).

Si bien la atención logopédica en el nivel primario se constituye a partir de procedimientos y postulados, en la praxis no se posee documentos preceptivos como disposiciones o programas, referidos a cómo se manifiesta en este nivel dicha atención; situación que produce que el logopeda labore sin una orientación precisa, y en varios casos esta situación va en contra de su real esencia como especialista de la comunicación y el lenguaje en el nivel básico (González y Calzadilla, 2015).

Los estudios de (Lleó, Llanes y Cabrera, 2014) han investigado la relación de los métodos empleados para la corrección de la tartamudez, en su mayoría poco efectivos. Los autores plantean que las propuestas de estos métodos guardan relación en cuanto ejecutan la intervención desde una instalación especializada: gabinete logopédico o aula, sanatorio, consulta, clínica o institución hospitalaria.

El contexto escolar es el espacio favorito que puede utilizar la heterogeneidad que le es inherente para el desarrollo de los estudiantes en sociedad y la práctica del reconocimiento, aprobación y respeto de la diversidad. La educación inclusiva exige precisamente a una educación que se muestra de acuerdo y acepta la diferencia, lo heterogéneo y lo diverso, para tomando como base ese reconocimiento desarrollar la formación integral (Rodríguez y Díaz, 2017).

Rodríguez (2003) precisa los objetivos generales de un grupo de apoyo para el tratamiento de la tartamudez, destacándose:

1. Enseñar y aprender el uno del otro sobre la tartamudez y de cómo esta les afecta.
2. Ambientar un espacio seguro que permita a los integrantes reconocer, extender y expresar sus sentimientos.

De aquí se deriva la importancia del presente estudio y su impacto social, al evaluar la pertinencia del programa de ayuda logopédica para la prevención de la tartamudez en 38 docentes del cantón Ambato, Tungurahua, Ecuador.

DESARROLLO.

Metodología.

Se realizó un diagnóstico inicial para la prevención de la tartamudez en pre escolares, escolares y adolescentes, donde se encuestaron a 230 educadores de diferentes niveles educacionales, 38 logopedas de la provincia Tungurahua, Ecuador.

Se estudiaron 34 preescolares, 66 escolares y 66 adolescentes de toda la provincia. Al tratarse de variables cualitativas se emplearon los números absolutos y el porcentaje. Se estimó el intervalo de confianza al 95% para el porcentaje una vez verificado el supuesto y se empleó el método exacto en caso del no cumplimiento del mismo.

Resultados del diagnóstico inicial.

Se encuestaron 230 educadores de diferentes niveles educacionales, y como se observa en la tabla 1, se reflejó que hubo 160(69,6%) con más de 5 años, mientras que en la titulación fueron 154 (67%) los licenciados, que además no tiene relación directa con la preparación para dar respuesta en el proceso pedagógico a esta necesidad educativa especial.

Solo 88 (38,3%) educadores expresaron tener conocimientos, lo que les permite identificar el trastorno, en tanto 72 (31,3%) dijeron tener disposición para superarse profesionalmente a través de cursos o talleres que traten este trastorno.

La vía más utilizada para la ayuda es enviar al niño a un especialista, expresado en 135 (58,7%) de los encuestados. Ofrecer alguna orientación a la familia, fundamentalmente llevarle a un especialista, fue realizada por 96 (41,7%) encuestados; por otro lado 179 profesores (77,8 %) mencionaron algunas causas relacionadas con el surgimiento del trastorno.

De forma general, los intervalos de confianza fueron estrechos lo que habla a favor de estimaciones precisas.

Es evidente que la preparación de estos educadores para brindar atención a esta necesidad del desarrollo de sus educandos es incompleta. En la etapa preescolar es insuficiente el dominio de recursos para estimular el proceso de formación y desarrollo del lenguaje, detectar los problemas e implementar acciones para evitar su conversión en trastornos.

Los maestros de educación básica dejan a la competencia del logopeda el manejo de este problema pedagógico. Tampoco poseen la preparación suficiente para participar activamente en la ayuda logopédica, o lo que es totalmente posible, dirigir el proceso con la asesoría del maestro logopeda.

Los profesores de la educación básica superior tampoco están preparados para ofrecer ayuda a este escolar y la dejan en manos del psicopedagogo. Este reconoce poseer escasa preparación para un desempeño pedagógico adecuado con los adolescentes tartamudos.

Las insuficiencias para contribuir a la prevención y corrección de la tartamudez constituyen una amenaza a la política de una escuela para la diversidad, como condición para la igualdad de oportunidades. La respuesta pedagógica es perentoria y en correspondencia con los requerimientos de las políticas educativas actuales, cuyo protagonista principal es el educador, le corresponde a él un papel decisivo en su solución; por eso la vía seleccionada es un programa que los integre a todos en función de dicho objetivo.

Tabla 1. Caracterización de la ayuda logopédica de los educadores encuestados.

Características	No.	%	IC 95%	
			LI	LS
Experiencia profesional:				
< 5 años	70	30,4	24,3	36,6
≥ 5 años	160	69,6	63,4	75,7
Titulación:				
Técnico	76	33,0	26,8	39,3
Licenciatura	154	67,0	60,7	73,2
Conocimientos para identificar el trastorno:				
Sí	88	38,3	31,8	44,8
No	142	61,7	55,2	68,2
Intención en la superación sobre este trastorno:				
Sí	72	31,3	25,1	37,5
No	158	68,7	62,5	74,9

Vía para ayudar:				
Enviarlo a un especialista	135	58,7	52,1	65,3
Realizar acciones durante el proceso pedagógico	95	41,3	34,7	47,9
Orienta a la familia:				
No	134	58,3	51,7	64,9
Sí	96	41,7	35,2	48,3
Conoce causas del surgimiento del trastorno:				
No	51	22,2	16,6	27,8
Sí	179	77,8	72,2	83,4

Resultados de la caracterización inicial de los pacientes tartamudos.

Resultados de la muestra de preescolares.

Los datos más relevantes de la historia de vida revelaron que, en el período prenatal, aparecieron factores negativos vinculados con el estado físico y psíquico de la madre como: estado emocional desfavorable en cinco, incompatibilidad por factor RH- en tres, entre otros aislados (fibroma, amenaza de aborto, hipoglicemia, preclampsia y tabaquismo).

Es conocida la repercusión de estos factores en el desarrollo, en dependencia del momento, número, frecuencia y la interacción en cada persona; en vínculo con la carga genética individual y las particularidades del medio familiar. Estos influyen en la resistencia del organismo antes las enfermedades y diversas situaciones ambientales que en su interacción repercuten en el proceso de formación y desarrollo de la personalidad.

Todos presentaron antecedentes patológicos familiares en alguna generación cercana en relación con enfermedades transmisibles: diabetes mellitus y glaucoma y enfermedades no transmisibles: hipertensión, obesidad y accidente vascular encefálico. En mayor relación con el lenguaje se encuentra: retraso mental en cinco, tío sordo prelocutivo en uno, tartamudez en siete, trastornos psiquiátricos en ocho, retraso en el lenguaje en siete, rinolalia en dos y enfermedad neurológica en tres.

El medio familiar influye sobre la estructuración de los circuitos neuronales y rasgos de la personalidad que se forman en etapas tempranas de la vida, en lo que inciden diversos factores sociales.

Se ve en la tabla 2 que el nivel educacional de los padres, fue universitario en 22 (33,3%), bachillerato y técnica en 39, poseen nivel inferior seis.

La composición del núcleo familiar que predominó fue Padres y el niño o la niña, con 23 casos (34,9%), seguida de la Familia extendida (12 casos para un 18,2%) y de Padres con niño y un hermano y Madre con padrastro y el niño, ambos con 11 casos, para un 16,7%.

Las condiciones de vida fueron favorables en la mayoría de los casos (62 niños, para un 93,9%) excepto en cuatro, con viviendas en buenas condiciones constructivas y los recursos indispensables para que puedan crecer sanos.

Existieron factores externos desfavorables relacionados con divorcios manejados inadecuadamente, sobreprotección, conflictos y discusiones frecuentes.

Las familias se pueden agrupar en activas y afectuosas 11, pasivas y no afectuosas en 17 y activas y no afectuosas en nueve.

De forma general, en la dimensión logopédica, el gorjeo apareció con una media de tres meses para todos los casos, mientras que el balbuceo fue de una media de seis meses.

En la dimensión psicológica, se apreció llanto frecuente en 18 casos (27,3%), perretas en nueve y susto con facilidad en cinco, que pudiese haber alertado sobre un posible inadecuado equilibrio emocional.

En la dimensión social, la comunicación fue limitada en 24 (36,3%) y con dificultades en 15 (22,7%); por tanto, se encuentran en posición desventajosa para enfrentar las demandas comunicativas elevadas.

Resultados de la muestra de escolares y adolescentes.

Al conformar la historia de vida aparecen elementos comunes en ambos grupos etarios. Puede apreciarse la influencia de antecedentes personales desfavorables y de contingencias externas negativas en el desarrollo.

El clima del hogar fue adverso para más del 50% de los casos, por manejo inadecuado del divorcio, conflictos familiares y alcoholismo. El entorno fue desfavorable por conflictos y discusiones que llegaron a requerir de la intervención policial; en cinco casos el trastorno se desencadenó a partir de hechos de este tipo.

El medio escolar pudo haber propiciado el surgimiento del trastorno en 15 casos (22,7%) por corrección inadecuada de dislalia, insuficiente preparación para la entrada a la escuela y trato incorrecto del maestro ante dificultades de adaptación. A ello se añade la influencia negativa del grupo escolar por comparaciones y burlas, así como la escasa preparación de los maestros para atender estas necesidades educativas especiales.

En cuanto al desarrollo ontogenético del lenguaje, 19 casos (28,8%) tuvieron retraso en el lenguaje y prolongación del período de disfluencia verbal, lo que confirma su importancia al analizar las peculiaridades de este trastorno.

En la mayoría de los casos (30 alumnos, para 45,5%), como edad de surgimiento de la tartamudez, predominó la de 2 ½ años a 4 ½ años.

El inicio de este trastorno está mayoritariamente en relación con el período de disfluencia verbal y factores externos con predominio de mal manejo educativo familiar y escolar. En el adolescente se puede asociar a características personales de inseguridad, miedo y ansiedad. Estas causas confirman que, aunque en el origen de la tartamudez existan factores orgánicos, los de tipo social tienen una marcada influencia.

Tabla 2. Caracterización inicial de los pacientes tartamudos.

Características	No.	%	IC 95%	
			LI	LS
Preescolares (n=66):				
Nivel educacional de padres:				
Educación básica superior	5	7,6	2,5 ¹	16,8 ¹
Técnicos y Bachilleres	39	59,1	46,5	71,7
Universitarios	22	33,3	21,2	45,4
Composición del núcleo familiar:				
Familia extendida	12	18,2	8,1	28,2
Padres y el niño o niña	23	34,9	22,6	47,1
Padres, el niño y un hermano	11	16,7	6,9	26,4
Abuelos y el niño o niña	5	7,6	2,5 ¹	16,8 ¹
Madre, padrastro y el niño	11	16,7	6,9	26,4
Padre, el niño y madrastra	4	6,1	1,7 ¹	14,8 ¹
Condiciones de vida:				
Desfavorable	4	6,1	1,7 ¹	14,8 ¹
Favorable	62	93,9	85,2	98,3
Tipo de familia:				
Activa y afectuosa	21	31,8	19,8	43,8
Pasiva y no afectuosa	27	40,9	28,2	53,5
Activa y no afectuosa	18	27,3	15,8	38,8
Factores de riesgo para tartamudez:				
Poco conocimiento de la ontogenia verbal	49	74,2	62,9	85,5
Métodos educativos incorrectos	43	65,1	52,9	77,4
Enfermedades	32	48,4	35,7	61,3
Antecedentes familiares negativos	28	42,4	29,7	55,1
Factores socio-psicológicos negativos	17	25,8	14,4	37,1
Sistema nervioso débil o desequilibrado	17	25,8	14,4	37,1
Retardo en el desarrollo verbal	11	16,7	6,9	26,4
Escolares y adolescentes (n=66):				
Factores del surgimiento de tartamudez:				
Post-natales	39	59,1	46,5	71,7
Pre-natales	37	56,1	43,3	68,8
Familiares	36	54,4	41,8	67,3
Peri-natales	32	48,5	35,7	61,3
Hogar	29	43,9	31,2	56,7
Barrio	23	34,8	22,6	47,1
Escuela	15	22,7	11,9	33,6
Edad de surgimiento de la tartamudez (años):				
1 ½	2	3,0	0,4 ¹	10,5 ¹
2 ½ - 4 ½	30	45,5	32,7	58,2
6	23	34,8	22,6	47,1
7	10	15,1	5,7	24,6
Adolescencia	1	1,5	0,0 ¹	8,1 ¹

Nota: 1: Método exacto.

Numerosos autores (Aguiar, López y Pedroso, 2005), (Hernández, 2011), (González, Huerta y Ruiz, 2017), (Alemán, 2018) han propuesto estrategias para la evaluación de la pertinencia de distintos programas de ayuda logopédica para la prevención de la tartamudez.

García, Alonso, Rodríguez y Vega (2016) efectuaron un estudio descriptivo transversal en la Consulta de Logofoniatría del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila, Cuba. El 30% de las familias mostraron un ambiente verbal apropiado, el 25% un conocimiento básico del trastorno, y un 15 % no mostró conocimiento alguno sobre la tartamudez. En tanto, Moreno y García-Baamonde (2002) describieron un caso de tartamudez mediante la aplicación del método de Azrin y Nunn, un proceso terapéutico para el tratamiento de conductas nerviosas. El tratamiento de la tartamudez se afrontó en diez consultas, sincronizándolo a partir de la tercera consulta con acciones en habilidades sociales. El resultado de la intervención fue en parte exitoso, ya que se logró disminuir la tartamudez del niño ampliamente, pero les fue imposible verificar el sostenimiento de la mejoría mediante el seguimiento, producto de la actitud de la familia. Por su parte, Sangorrín (2005) asegura que la tartamudez tiene lugar con más frecuencia en individuos con síndrome de Down. Existe un mayor riesgo de padecer tartamudez en niños normales que han sufrido anoxia en su nacimiento, y en presencia de anomalías auditivas. En una muestra de 550 pacientes disfémicos este autor encontró una manifestación notable de comorbilidad de otras entidades clínicas en la disfemia: trastorno del habla (13%) y del lenguaje (14%) y trastornos por ansiedad (16%).

CONCLUSIONES.

Aunque los factores biológicos influyen en el desarrollo fetal y etapas tempranas de la vida, esencialmente en la constitución del sistema nervioso y la resistencia del organismo a las influencias externas negativas, el lenguaje tiene que ser entendido como resultado del desarrollo cultural del ser humano y la escuela ocupa un rol significativo en su formación y desarrollo, por lo que la superación de dicha incapacidad tiene como ambiente ideal al proceso pedagógico.

Se puede inferir, que si bien en las personas tartamudas existen factores y etapas que elevan la vulnerabilidad individual y la probabilidad de aparición de la tartamudez, el marco escolar-precisamente debido a que en él se comienzan a manifestar problemas con el lenguaje en los primeros momentos de la escolarización - se convierte en un punto central para la implementación de planes de prevención en las diversas dificultades y alteraciones del lenguaje.

El diagnóstico realizado constituye un punto de partida para el diseño de un programa de ayuda logopédica para la prevención y corrección de la tartamudez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Aguiar, A., López, M. N. y Pedroso, I. (2005). Una alternativa para la prevención de los trastornos del lenguaje en la enfermedad de Parkinson. *Rev Mex Neuroci*, 6(1), 23-25.
2. Alemán, A. F. (2018). La compensación de la tartamudez en un escolar de la escuela primaria (tesis de grado). Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Santa Clara, Cuba.
3. García Cepero, M., Alonso Herrera, A., Rodríguez Ortiz, B. & Vega Fernández, D. (2016). Diagnóstico en la familia del niño con tartamudez. *MediCiego*, 22(1).
4. García, D. y Morejón, Y. (2015). Consejos a la familia para evitar la aparición de la tartamudez. *Medisur*, 13(5), 576-577.
5. González, A. y Calzadilla, O. (2015). Atención logopédica del nivel primario desde una perspectiva pedagógica. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, VI (1), 259-270.
6. González, F. A., Huerta, L. D. y Ruiz, J. G. (eds.). (2017). *Advances in Social Informatics and its Applications*. Instituto Politécnico Nacional; Centro de Investigación en Computación.
7. Hernández, I. (2011). Trastornos de fluidez: la tartamudez, evaluación y tratamiento. *Innovación y Experiencias Educativas*, 42, 1-8.
8. Leal, G., Junqueira, A. y Escobar, R. (2015). Nuevos desafíos en el tratamiento de la tartamudez. *Logopedia. Mail*, 70, 1-9.

9. Lleó, M. R., Llanes, S. y Cabrera, A. C. (2014). Apuntes para la competencia comunicativa del maestro logopeda. Exigencias como comunicador en la prevención y seguimiento al escolar tartamudo. *Razón y Palabra*, 18(87), 3-21.
10. Moreno, J. M. y García-Baamonde, E. (2002). Tratamiento de un caso de tartamudez a través del método de Azrin y Nunn. *Rev Logop Fon Audiol*, XXII (4), 219-225.
11. Ortiz, E. (2017). El maestro, la familia y la formación en el Grado de Educación Primaria en España. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. Año: V, Número: 1, Artículo no.24, Período: Junio-Septiembre, 2017. Recuperado de: https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/_files/200003559-ec9c7ed968/17-9-24.%20El%20maestro%2C%20la%20familia%20y%20la%20formaci%C3%B3n%20en%20el.pdf
12. Rodríguez, P. R. (2003). El rol del fonoaudiólogo en la prevención y atención de la tartamudez. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
13. Rodríguez, P. R. y Díaz, R. (2017). El rol de la escuela en la prevención y atención de la tartamudez. Areté. *Revista Digital del Doctorado en Educación de la Universidad Central de Venezuela*, 3(6), 9-23.
14. Sangorrín, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *REV NEUROL*, 41(1), S43-S46.
15. Veitia, I., Machado, E. y Ruíz, O. (2017). La formación protagónica del escolar primario como condición del desarrollo sostenible. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. Año: V. Número: 1. Artículo no.19 Período: Junio - Septiembre, 2017. https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/_files/200003591-3367434612/17-9-19.%20La%20formaci%C3%B3n%20protag%C3%B3nica%20del%20escolar.pdf

DATOS DE LOS AUTORES.

1. Neyda Hernández Bandera. Doctora en Medicina. Especialista en Primer Grado en Laboratorio Clínico. Docente de la Carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES). Tungurahua, Ecuador. Email: neydahernandez@uniandes.edu.ec

2. Elizabeth Mayorga Aldaz. Doctora en Psicología Clínica. Magíster en Psicoterapia Interactiva. Docente de la Carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES). Tungurahua, Ecuador. Email: elizabethmayorga@uniandes.edu.ec

3. Becker Neto Mullo. Doctor en Medicina. Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral. Docente de la Carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES). Tungurahua, Ecuador. Email: beckerneto@uniandes.edu.ec

4. Xiomara Josefina Pedroza. Médico Cirujano. Especialista en Anestesiología. Docente de la Carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES). Tungurahua, Ecuador. Email: xiomarapedroza@uniandes.edu.ec

5. Zoila Grimaneza Román Proaño. Licenciada en Ciencias de la Educación. Profesora de Educación Parvularia. Magíster en desarrollo de la inteligencia y educación. Docente de la Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador. Email: zroman@unach.edu.ec

RECIBIDO: 3 de marzo del 2019.

APROBADO: 17 de marzo del 2019.