

1. INTRODUCCIÓN. LA DISFEMIA DENTRO DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Entre las diferentes alteraciones del lenguaje recogemos en esta categoría, disfemia o tartamudez, a sujetos que presentan un marcado deterioro en la fluidez verbal, caracterizado 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).

2. DEFINICIÓN Y SINTOMATOLOGÍA

El lenguaje y el habla son fenómenos, manifestaciones, complejas que hacen de sus trastornos, fenómenos igualmente complicados. Este es el caso de la tartamudez, que ha venido manifestándose de forma sistemática como una de las perturbaciones más rebeldes e inciertas de la patología del Lenguaje.

En torno a esta dificultad del habla se suscitan múltiples interrogantes, que desembocan en diversidad de respuestas, las cuales dependen no ya del campo teórico que las sustenta, sino principalmente del profesional que las postula, si bien la unanimidad entre los especialistas es total al señalar la dificultad de ofrecer una acotación conceptual del término y de postular una intervención terapéutica eficaz.

Cuando hablamos de disfemia o tartamudez hemos de subrayar que nos encontramos ante un trastorno funcional de la comunicación oral, que afecta al ritmo articulatorio de la palabra y que no deriva de ningún tipo de anomalía de

los órganos fonatorios. Se trata, además, de un trastorno que exige la presencia de uno o varios interlocutores para que pueda evidenciarse que está exento de un marco sintomatológico preciso, por lo que son muchos los autores que señalan que no hay disfemias sino sujetos tartamudos.

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.

Clásicamente, la tartamudez se definía como un problema del ritmo del habla. De una manera más moderna, se dice ahora que se trata de una alteración de la fluencia verbal. La palabra fluencia viene del latín "*fluere*", que significa fluir, pero, el problema de la tartamudez no se limita en modo alguno a una dificultad en el ritmo del habla, la tartamudez implica a menudo mucho sufrimiento,

por lo que tenemos derecho a plantear muchas cuestiones sobre ella teniendo en cuenta el punto de vista de la persona que la padece, aspecto este último generalmente descuidado u olvidado a la hora de definir el concepto de esta patología.

Para el hablante disfémico, tartamudear significa no tener control sobre la propia emisión de la palabra, perder la espontaneidad expresiva y el contacto con los que le escuchan; en definitiva, carecer de una real posibilidad de comunicación. Es evidente lo que llama la atención la tartamudez desde el primer momento, se trata de la batalla, de la lucha contra las sílabas y las palabras y el perjuicio para la comunicación que esto conlleva. El combate que el individuo parece mantener contra sí mismo, más bien, contra una parte de sí mismo que tiene además la necesidad de disimular, de ocultar la dificultad, empujado por el temor a que los demás puedan intervenir de manera poco afortunada en el conflicto. Para la persona tartamuda, el núcleo del problema se halla también en la incertidumbre del desenlace de este combate.

Es importante no olvidar el punto de vista del que padece la tartamudez a la hora de ofrecer una definición de la misma.

3. ETIOLOGÍA

Pese a las numerosas investigaciones realizadas en este campo, aun no se conocen con exactitud las causas de la disfemia.

Muchas son las teorías propuestas (neurológicas, psicogenéticas, lingüísticas, psicológicas,...) aunque parece ser una realidad la no existencia de un único factor responsable. Mas bien se trata de un conjunto de factores asociados; podríamos hablar de una *etiología multifactorial*.

Como posibles causas de la disfemia podemos señalar las siguientes:

- a) **Herencia:** El papel de la herencia es comúnmente aceptado como una posible causa del tartamudeo.

- b) **Sexo:** Hay coincidencia entre los investigadores en que el porcentaje de varones tartamudos es muy superior al de mujeres (75% de varones), sin que se pueda dar una explicación satisfactoria.

- c) **Trastornos de lateralización:** Existe una relación entre la tartamudez y los sujetos zurdos, sobre todo los mal lateralizados. Para Kovarsky (1950) la disfemia se presenta en los zurdos contrariados.

- d) **Trastornos neurológicos:** Para M. Seeman la tartamudez consiste en una modificación del sistema paleoestriado, provocado por las emociones o los estados afectivos violentos.

- e) **Trastornos en la estructuración temporoespacial:** Cualquier disfunción en la adquisición de la motricidad y de la organización del espacio podría generar una alteración del ritmo.

f) **Alteraciones lingüísticas:** No existe una correlación causa-efecto entre el desarrollo del lenguaje y una alteración en la fluidez verbal, pues la mayoría de los niños y niñas con retrasos del lenguaje no tartamudean y, por otro lado, la mayoría de los niños y niñas con disfemia han seguido un desarrollo del lenguaje aparentemente normal.

Sin embargo, se acepta el hecho de que la mayoría de los niños y niñas disfémicos han tenido dificultades en la estructuración sintáctica, la adquisición semántica y las primeras articulaciones de los fonemas.

Pichón y Borel-Maisonny (1979) destacan la "*falta de inmediatez lingüística*" como una característica lingüo especulativa del disfémico.

Ajuriaguerra (1980) señala que difícilmente "*tartamudez y dislexia o disgrafía*" están asociadas, mientras que tanto en una como en la otra coexisten trastornos del lenguaje.

Dinville (1982) que las alteraciones lingüísticas acarrearán desórdenes en la estructuración del lenguaje que implican una desorganización motriz, lo cual incide directamente sobre el habla del sujeto.

Rodríguez (1987) afirma que la disfemia no afecta a la competencia lingüística, sino a la actuación del hablante, por lo que no puede ser considerada como un trastorno en la organización global del lenguaje.

Dinville y Gaches (1989) reconocen la existencia de algunos disfémicos capaces de utilizar un excelente

lenguaje escrito, siendo en la expresión oral cuando experimentan alteraciones en la fluidez. Por ello, no siempre el tartamudeo es consecuencia de una mala organización del lenguaje interior.

g) **Alteraciones psicológicas:** Perdoncini e Yvon (1968) mantienen que los factores psicológicos pueden ser la única causa del tartamudeo en los casos de perturbaciones básicas, siendo necesaria, a veces, una auténtica, psicoterapia.

Crystal (1983) estima que toda esta variedad de factores etiológicos se deben a la existencia de una única causa generadora del problema, agrupadas de la siguiente manera:

<u>TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA DISFEMIA</u>	
Teorías orgánicas	Herencia, alteraciones del mecanismo de feedback auditivo entre los órganos vocales, oído y cerebro, literalidad...
Teorías de la neurosis	Personalidad, alteraciones emocionales, conductas de sobreprotección, deterioro de las relaciones interpersonales...
Teorías de la ansiedad	Inseguridad, ansiedad...
Teorías del aprendizaje	Motivación, estimulación...

Dinville y Gaches (1968) señalan la evidente relación entre disfemia y situaciones psicológicas, aunque difícilmente una etiología exclusivamente psicogenética puede explicar todas las causas de la disfemia.

De todos modos, no podemos olvidar la disparidad evolutiva en el desarrollo de la personalidad de estos sujetos. Mientras la mayoría de disfémicos no dan importancia a su habla, otros toman conciencia inmediata de su tartamudez y reaccionan contra su trastorno.

4. CLASIFICACIÓN TIPOLOGICA

Podemos clasificar la tartamudez desde diferentes perspectivas: etiológica, sintomatológica, evolutiva, etc.

4.1. Perspectiva etiológica

Se suelen diferenciar los tipos de tartamudez siguientes:

- **Tartamudez psicológico:** el origen se achaca a causas :
 - emocionales
 - afectivas
 - inseguridad o ansiedad del sujeto
- **Tartamudez neurológico:** causas orgánicas están en el origen del trastorno (imperfecciones en el mecanismo del feed-back auditivo, interferencias en el proceso

natural de codificación, problemas en la lateralidad.)

- **Tartamudez de tipo lingüístico:** causa desencadenante el trastorno un sustrato lingüístico.

4.2. Perspectiva sintomatológica

- **Clónica.** Repeticiones silábicas y/o de elementos fónicos mínimos, producidos antes de que se inicie o continúe la emisión de una frase, y los ligeros espasmos repetitivos. El ritmo articulatorio tiene una apariencia normalizada y las contracciones de la musculatura labial se suceden de forma breve y rápida.
- **Tónica.** Caracterizada por bloqueos iniciales y fuertes espasmos, el sujeto se muestra incapaz de emitir sonidos cuando empieza a hablar y luego lo hace de forma entrecortada y con un ritmo rápido. Se aprecia un estado inicial de inmovilidad muscular que impide el habla, el cual cesa rápidamente para que la emisión del discurso salga precipitadamente. La tensión muscular es prolongada.
- **Mixta.** Tónico-clónica.

4.3. Perspectiva evolutiva

- **Fisiológico, primario o de desarrollo**, caracterizado por su aparición temprana y escasa duración.
- **Transitorio**, cuya recuperación suele ser espontánea.
- **Real tartamudeo**, de tipo crónico, que se da en adolescentes, jóvenes y adultos.

4.4. Otras clasificaciones que nos podemos encontrar

a) Pichon y Borel-Maisonny (1979)

- **Tartamudeo coreico** (clónico): repetición silábica con anterioridad a la frase.
- **Tartamudeo tetánico** (tónico): inmovilización muscular que impide el habla en su totalidad.

b) Serra (1982)

- **Primaria**: Repeticiones cortas y sin esfuerzo y las prolongaciones inconscientes (el sujeto no es consciente de las anomalías de su habla).
- **Transicional** en tres fases:
 - 1^a Repeticiones rápidas e irregulares, consciencia esporádica del problema y gusto por la comunicación.
 - 2^a Aumento de las repeticiones, tensión, consciencia.
 - 3^a Frustración.

- **Secundaria:** conductas de evitación ante determinados fonemas, palabras, personas y situaciones.

5. EXPLORACIÓN Y ESCALAS DE VALORACIÓN

Entre los distintos instrumentos disponibles para la exploración destacamos los siguientes cuestionarios y escalas de valoración, incluidos en el Anexo II.

- Cuestionario para la recogida inicial de datos. (Santacreu y Fdez. Zúñiga, 1991)
- Cuadro-guía para la evaluación de la gravedad de la tartamudez. (Wingate, 1977) ¹.
- Cuestionario para el colegio. (Tough, 1987) ¹.
- Cuestionario de actitudes hacia el habla en los niños. (Brutten, 1985) ¹.
- Cuestionario de tartamudez para padres. (Cooper, 1979) ¹.
- Planificación de las sesiones y evaluaciones periódicas. (Monge y Peralta, 1997).
- Escala de Ericson: media de las actitudes ante la comunicación. (Andrews y Culter, 1974) ¹.
- Evaluación de la tartamudez. (Wingate, 1977) ¹.
- Disfemia. Guía de detección y encuadre. (Moreno, 2001. Proyecto Aidex).

(¹) Recogidos en Santacreu y Fdez. Zúñiga, 1991)

6. INTERVENCIÓN

En toda actuación logopédica podemos diferenciar una intervención indirecta y una actuación directa, a ellas nos referimos a continuación.

6.1. Intervención indirecta

El papel del adulto (padres, familiares, profesores etc.) es de suma importancia, tanto en lo referente a la actitud a mantener ante el niño o la niña que tartamudean, como a la colaboración para su rehabilitación. Así, resulta importante disponer de unas orientaciones precisas sobre este respecto: **¿Qué debe hacer el adulto para evitar que las dificultades del niño en su habla se afiancen?**

- Es fundamental no reaccionar negativamente ante las dificultades del niño, debemos evitar manifestar signos de ansiedad o impaciencia. Las “regañinas”, críticas y censuras en este aspecto deben olvidarse por completo.
- Potenciar situaciones para conversar y hablar en un ambiente relajado y tranquilo, sin prestar demasiada atención a sus fallos. Debemos escuchar con atención lo que el niño dice y responder a eso, no a su tartamudez. Se procurará evitar las situaciones o personas que al niño le produzcan tensión, pues las alusiones negativas son respecto al modo de hablar del niño por parte de familiares y amigos no lo benefician en nada.

- Conservar el contacto visual natural cuando el niño esté hablando reforzando la conversación con el lenguaje gestual movimientos de cabeza, sonrisas, titubeos...)
- Evitar las correcciones continuas exigiendo la repetición de las palabras o frases problemáticas. No tenemos que pedirle que hable más tranquilo o despacio, pues lo único que conseguiremos es aumentar su ansiedad y nerviosismo.
- Se le dará el tiempo que necesite para expresarse, no adelantándose adivinando qué quiere decir y no interrumpiéndolo a cada momento, evitaremos completar o expresar las ideas que quiere transmitirnos dejando que él lo haga utilizando sus propias palabras.
- Es importante hablar al niño despacio, con tranquilidad, pronunciando claramente y formulando frases sencillas.
- Hablar abiertamente sobre la tartamudez si el niño saca el tema.

Las actividades y los ejercicios que tendrá que realizar en casa las indicará en cada momento el/la logopeda y siempre se tendrá mucho cuidado de no atosigar al niño, pues lo único que podemos conseguir de ese modo es aburrimiento, desmotivación o incluso mayor ansiedad (Jiménez y Alonso, 2000).

6.2. Intervención directa

Las distintas teorías existentes sobre la tartamudez han dado lugar al desarrollo de diversas técnicas de tratamiento,

TEORÍAS	TIPO DE TRATAMIENTO
Teorías que inciden en el error de retroalimentación óseo-aérea.	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento. - Encubrimiento. - Habla rítmica: silabeo o metrónomo. - Retroalimentación auditiva demorada (RAD).
Tartamudeo como respuesta aprendida.	<ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo positivo a respuestas alternativas a la tartamudez. - Extinción. - Tiempo fuera. - Contracondicionamiento.
Teorías en base a la reducción de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Desensibilización sistemática. - Condicionamiento encubierto. - Entrenamiento en habilidades sociales. - Control de la respiración. - Relajación.
El patrón de habla tartamudo como responsable de los errores de dicción.	<ul style="list-style-type: none"> - Habla rítmica: silabeo o metrónomo. - La RAD como sistema para enlentecer y cambiar el patrón del habla. - Patrón de habla alternativo, de tono y ritmo específico.

(Santacreu y Forjan, 1997).

TÉCNICA DE SEGUIMIENTO, HABLA EN SOMBRA O ECO. Se intenta que la persona tartamuda repita las palabras dichas por el logopeda mientras habla o lee un texto. Lo que se pretende es conseguir que la persona tartamuda atienda prioritariamente a la información que le llega por el canal auditivo de lo que esta leyendo o diciendo el modelo. Por otra parte, el tartamudo al imitar parece olvidarse de sus dificultades y deja de cometer errores.

TÉCNICA DE ENCUBRIMIENTO O ENMASCARAMIENTO. (Yates, 1970 y 1975). Se somete al niño o niña a un ruido blanco (ruido con una amplia gama de tonos) mediante unos auriculares al tiempo que lee o habla, por lo que no puede oírse a sí mismo. De esta forma se consigue eliminar la retroalimentación auditiva y ósea y, en consecuencia el desfase entre ambas. Cuando no podemos escucharnos modificamos nuestro patrón de habla relentizándolo y en los tartamudos se produce una reducción de sus errores.

EL HABLA RÍTMICA, SILABEO O METRÓNOMO. Lo que se pretende es enseñar a hablar a la persona tartamuda con un ritmo determinado, generalmente más lento que el suyo habitual, que se le va marcando. La introducción de un ritmo en el habla reduce en gran medida las dificultades de la tartamudez, este ritmo se puede producir mediante un metrónomo, balanceo rítmico de los brazos (como un juego), palmadas...El ritmo permite la distracción del niño, y éste deja de atender a su propio tartamudeo.

Brady (1968, 1971), ha sido uno de los autores que más se ha preocupado de enfrentar los problemas de modelado y

generalización del habla. Considera que el metrónomo es un buen método para conseguir cambiar el patrón de habla tartamuda, pues presenta entre otras ventajas el ser ligero y manejable. Permite dotar al disfémico de un ritmo al hablar, haciendo coincidir sus sílabas, palabras o frases con el golpeteo regular de un aparato (metrónomo).

El tratamiento consta de varias etapas:

1° Se le demuestra al sujeto que puede hablar sin tartamudear (lo cual acontece en el mismo momento en que empieza a emplear el metrónomo).

2° Se incrementa la tasa de habla usando el metrónomo de forma gradual, según una jerarquía de ansiedad.

3° Una vez conseguida un habla normal, se desvanece progresivamente el uso del metrónomo.

Señalemos la existencia de metrónomos electrónicos con audífono, que pueden ser usados en el entrenamiento bajo cualquier condición. También se hallan en el mercado metrónomos de pulsera que emiten impulsos visuales y auditivos (personalmente empleamos uno de estos últimos, Zen-On Metrina Multi, fácil de hallar en tiendas de música, para los tratamientos que efectuamos). Un riesgo inherente a cualquier tratamiento de la disfemia es que el niño elimine las repeticiones mientras está con el terapeuta, pero que reincida una vez colocado en su medio normal. De ahí la necesidad de entrenar el método en condiciones lo más normales posible, y la utilidad de los artilugios de pulsera que antes comentábamos.

RETROALIMENTACIÓN AUDITIVA DEMORADA (RAD) O HABLA

RETARDADA. Consiste en presentar por medio de unos auriculares el discurso que el niño acaba de decir, escuchando de esta manera su propia voz unos segundos después.

REFUERZO POSITIVO A RESPUESTAS ALTERNATIVAS A LA TARTAMUDEZ.

Siguiendo la hipótesis del tartamudeo como conducta adquirida por aprendizaje operante (Richard y Mundy, 1965), utilizaron recompensas como el helado en niños, así como puntuar más alto en una gráfica, para reducir el tartamudeo en terapia. Los padres eran administradores del refuerzo, y los resultados fueron positivos.

TIEMPO FUERA. En esta técnica, cuando los sujetos tartamudean, la situación terapéutica permite que se encienda una luz roja durante diez segundos, y en este tiempo no se puede hablar. La base teórica de esta técnica es el supuesto de que el TF es una consecuencia aversiva; sin embargo, Adams y Popelka (1971), afirman que sus tartamudos los encontraron relajante.

CONTRACONDICIONAMIENTO. (Azrin y Nunn, 1974). Consiste fundamentalmente en la producción de respuestas incompatibles con la conducta de tartamudeo. Los autores describen la técnica al completo en el capítulo dedicado a tics. En el caso del tartamudeo, el sujeto debe ser entrenado para interrumpir su habla en el momento de tartamudear, para inspirar profundamente. El programa incluye otros aspectos: formulación de pensamientos antes de hablar, identificación de situaciones favorables al tartamudeo, períodos de habla cortos, ejercicios diarios de

respiración, procedimientos de relajación, exhibición de las mejoras corregidas y apoyo de los familiares y personas próximas. El trabajo original de Azrin ha sido recientemente traducido al español (Azrin y Nunn, 1987).

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA. Consistente en descubrir a la persona tartamuda, durante las sesiones de tratamiento, las situaciones que le producen mayor ansiedad y por lo tanto mayor número de disfluencias, simulando y analizando cada situación.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. Supone el entrenamiento en técnicas de relación social y asertividad que le van a servir como recursos específicos para desenvolverse en aquellas situaciones que más tensión le provocan.

CONTROL DE LA RESPIRACIÓN. Aprender a respirar correctamente supone una parte importante en todos los tratamientos logopédicos, numerosos estudios demuestran la presencia de un patrón respiratorio alterado en el tartamudeo (los sujetos expulsan el aire con rapidez, oscilando bruscamente la cantidad de aire retenida, intentan hablar cuando carecen de aire en los pulmones y en algunos casos respiran superficialmente y con jadeos), el tratamiento pretende que el niño aprenda a controlare la respiración mientras habla o lee.

Veamos algunos ejercicios.

Ejercicio 1: El objetivo es que el aire inspirado se dirija a la parte inferior de los pulmones.

Tumbado, colocar una mano sobre el vientre (por debajo del ombligo) y la otra sobre el estómago. En cada inspiración, se ha de intentar dirigir el aire a llenar la parte inferior de los pulmones, lo que debe hacer que se mueva la mano colocada sobre el vientre pero no la colocada sobre el estómago, ni el pecho.

Ejercicio 2: El objetivo es conseguir que el aire inspirado se dirija a la parte inferior y media de los pulmones.

Tumbado, colocar una mano sobre el vientre (por debajo del ombligo) y la otra sobre el estómago. En primer lugar, se ha de intentar dirigir el aire a cada inspiración a la parte inferior de los pulmones (como en el ejercicio 1), y después, en la misma inspiración pero marcando un tiempo diferente, dirigir el aire a la parte media, notando cómo se hincha la zona bajo la segunda mano (estómago).

Ejercicio 3: El objetivo conseguir una inspiración completa:

Tumbado, colocar una mano sobre el vientre (por debajo del ombligo) y la otra sobre el estómago. Se hace una inspiración en tres tiempos dirigiendo el aire primero al vientre (se levanta la mano colocada en esta zona), luego al estomago (se eleva la segunda mano) y, finalmente al pecho.

Ejercicio 4: El objetivo es conseguir una espiración más completa y regular

Tumbado, colocar una mano sobre el vientre (por debajo del ombligo) y la otra sobre el estómago. Se ha de efectuar la inspiración como se ha aprendido en el ejercicio 3 y a continuación comenzar la espiración cerrando bastante los labios (para que el aire produzca un leve ruido que sirve de feedback para ir ajustando el ritmo de la espiración).

Ejercicio 5: El objetivo es conseguir una adecuada alternancia respiratoria.

Similar al ejercicio 4, pero ahora no se marcan los tres tiempos de inspiración, sino que se realiza como un continuo (pero manteniendo el recorrido habitual). Se van eliminando los sonidos que acompañan a la espiración para progresar hacia un ciclo respiratorio completamente normal.

Ejercicio 6: El objetivo es generalizar la respiración completa a las condiciones habituales.

Repetir el ejercicio 5 en distintas posiciones y situaciones, incrementando gradualmente el nivel de dificultad. (sentado, de pie, con ruido, etc.)

RELAJACIÓN. Los recursos con los que el logopeda cuenta a la hora de contribuir a que el niño o niña encuentre el grado de elasticidad, flexibilidad y relajación adecuados son variados, y lo más habitual es emplearlos de forma combinada diseñando un plan específico de intervención para cada caso teniendo en cuenta sus necesidades.

Dichos recursos abarcan las manipulaciones, movilizaciones, masajes y estiramientos que persiguen el objetivo general de tonificar la musculatura corporal y, más

específicamente, la vinculada con la fonación ya sea colaborando activamente el alumnado o, por el contrario, manteniendo éste una actitud pasiva. Todas estas actuaciones, dirigidas a la disminución del tono muscular en una, varias o en todas las partes del cuerpo, resultan de la consideración de que una de las características que mejor identifica a la tartamudez es, precisamente, el excesivo tono muscular del cuerpo en general y de la musculatura laríngea en particular.

Algunos ejercicios significativos en el entrenamiento en relajación, entre otros, son: el bostezo, bostezo con la boca cerrada, relajación del cuello, relajación de la cara, relajaciones breves, secuencias de relajación semilarga, etc.

7. **BIBLIOGRAFÍA**

- AJURIAGUERRA, J. (1980). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona. Toray_Masson.
- AZRIN y NUNN. (1987). *Tratamiento de hábitos nerviosos: tartamudez, tics, morderse las uñas, arrancarse el cabello, etc.* Madrid. Martínez Roca.
- COUNTURE, E. G (1987). *Tratamiento de la disfemia en el niño*. Salamanca. Amarú.
- CRYSTAL, D. (1983). *Patología del lenguaje*. Madrid. Cátedra.
- DINVILLE, C. (1982). *La tartamudez. Sintomatología y tratamiento*. Barcelona. Masson.
- DINVILLE, C. y GACHES (1989). La disfemia. En Launay, CL y Borel-Maisonny, S. (Eds). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona. Masson.

- GALLARDO RUIZ y GALLEGO ORTEGA. (1995). *Manual de logopedia escolar*. Málaga. Aljibe.
- JIMÉNEZ y ALONSO. (2000). *Corregir problemas de lenguaje*. Barcelona. RBA.
- LA HUCHE, F. *La tartamudez opción curación*. Barcelona. Masson
- MONGE DIEZ. (2000). *Disfemias en la práctica clínica*. Barcelona. Isep_Intervención.
- MULVANEY, A. *Mira quien habla*. Ed. Diana.
- NARVONA, J y CHEVRIE-MULLER, C. *El lenguaje del niño. Desarrollo, evolución y trastornos*. Barcelona. Masson.
- PAYUELO, M. Y otros. (1997). *Casos clínicos de logopedia*. Barcelona. Masson.
- PENDONCINI, G e YVON, Y. (1968). *Manual de psicología y reeducación infantil*. Alcoy. Marfil.
- PERELLÓ, J. (1990). *Trastornos del habla*. Barcelona. Masson.
- SANTACREU, J y FERNÁNDEZ-ZUÑIGA, A. (1991). *Tratamiento de la tartamudez*. Valencia. Promolibro.
- SANTACREU, J y FORJAN. (1997). *La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil*. Madrid. Pirámide.)
- SANTACREU, J y FORJAN. (1997). *La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil*. Madrid. Pirámide.
- SANTACREU, J. (1985). *Tratamiento conductual de la tartamudez*, Valencia. Promolibro.
- SOS ABAD y SOS LANSAC. (2001). *Logopedia práctica*. Madrid. Escuela Española.

ALGUNOS ARTÍCULOS LOCALIZADOS EN INTERNET SOBRE LA TARTAMUDEZ

<u>TÍTULO</u>	<u>DIRECCIÓN EN INTERNET</u>
DISFEMIA	http://www.saludline.com.ar/articulos/ver_articulo.asp?Id=238
TARTAMUDEZ	http://www.psicologia-online.com/formacion/online/clinica/tartamudez/
EL LENGUAJE COMO ACTO SOCIAL Y SUS TRASTORNOS	http://www.psicologoinfantil.com/traslengu.htm
UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS	http://www.logopedia.net/article.php?sid=248
LA TARTAMUDEZ	http://www.methodisthealth.com/spanish/oto/stutter.htm
DISFEMIA: GUÍA DE DETECCIÓN Y ENCUADRE.	http://www.aidex.es/lenguaje/index.html
EL COMIENZO DE UN TRATAMIENTO	http://www.tach.ula.ve/on_line/tartamudez/tratamiento.htm

DIRECCIONES DE PÁGINAS WEB SOBRE LOGOPEDIA

http://www.logopedia.net/	El punto de encuentro profesional
---	-----------------------------------

<p>http://www.xtec.es/~maguirre/in_dexcas.htm</p>	<p>Página "LA MALETA", creada por un Grupo de profesores y logopedas</p>
<p>http://www.espaciologopedico.com/</p>	<p>Es una iniciativa de un grupo de profesionales de la logopedia y otras disciplinas relacionadas, motivados por las necesidades del sector y como respuesta a la creciente y cada vez más selecta demanda de servicios en éste campo.</p>
<p>http://paidos.rediris.es/needirectorio/logopedia.htm</p>	<p>Sección dedicada a la logopedia dentro de la página que se autodefine como "Comunidad Virtual sobre la Infancia y desarrollo, maduración y alteraciones"</p>