

Artículo Original

## Percepción de personas con tartamudez en cuanto a sus experiencias de tratamiento basado en el modelo multidimensional CALMS

Yasna Sandoval-Fox <sup>a,\*</sup>, Virginia García-Flores <sup>a</sup>, Marcela Sanhueza-Garrido <sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Departamento Ciencias de la Rehabilitación en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile*

### RESUMEN

Conocer la percepción de personas con tartamudez sobre sus experiencias de tratamiento en base al modelo multidimensional CALMS en sus cinco dimensiones; cognitiva, afectiva o emocional, lingüística, control motor del habla y social. Esta investigación se desarrolló con un enfoque cualitativo, análisis descriptivo y abordaje fenomenológico. Participaron cinco sujetos de género masculino de entre 19 a 39 años de edad, diagnosticados con tartamudez del desarrollo persistente. Cada uno de ellos respondió a una entrevista semiestructurada de manera individual, a través de preguntas abiertas categorizadas en las cinco dimensiones del modelo multidimensional CALMS. Para el análisis de la información se utilizó el software Atlas.ti versión 7. Los resultados de la encuesta realizada indicaron que los participantes perciben el abordaje multidimensional como un modelo de intervención que les ayuda a desarrollar su confianza, desempeñarse de mejor manera en su vida cotidiana y mejorar su calidad de vida, aunque aún persistan ciclos de sentimientos y pensamientos negativos dentro de los contextos de su vida diaria y entorno en general. A pesar de que los sujetos perciben de una manera positiva la intervención fonoaudiológica, las características personales de cada participante y el impacto del entorno social influyeron en las respuestas del ámbito cognitivo y emocional basadas en las preguntas de la encuesta.

### Palabras clave:

Tartamudez; Percepción;  
Tratamiento;  
Dimensiones;  
Multidimensional,  
CALMS

## Perception of people with stuttering regarding their treatment experiences based on the multidimensional CALMS model

### ABSTRACT

To know the perception of people with stuttering about their treatment experiences based on the CALMS multidimensional model in its five dimensions; cognitive, affective or emotional, linguistic, motor control of speech and social. This research was developed with a qualitative approach, descriptive analysis and phenomenological approach. Five male subjects between 19 and 39 years of age, diagnosed with persistent developmental stutter, participated. Each of them responded to a semi-structured interview individually, through open questions categorized in the five dimensions of the CALMS multidimensional model. The Atlas.ti version 7 software was used for the analysis of the information. The results of the survey indicated that the participants perceive the multidimensional approach as an intervention model that helps them develop their confidence, perform better in their lives and improve their quality of life, even though cycles of negative thoughts and feelings still persist within the contexts of their daily life and environment in general. Although the subjects perceive the speech-language intervention in a positive way, the personal characteristics of each participant and the impact of the social environment influenced the answers in the cognitive and emotional domain based on the questions in the survey.

### Keywords:

Stuttering; Perception;  
Treatment; Dimensions;  
Multidimensional;  
CALMS

\*Autor/a correspondiente: Yasna Sandoval-Fox

Email: [ysandoval@ubiobio.cl](mailto:ysandoval@ubiobio.cl)

Recibido: 24-05-2021

Aceptado: 30-05-2022

Publicado: 22-06-2022

## INTRODUCCIÓN

El trastorno de la fluidez al inicio de la infancia (tartamudeo) está definido por el manual diagnóstico (DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) quinta edición, como una alteración de la fluidez y del patrón del habla. Se caracteriza por repeticiones, prolongaciones, palabras entrecortadas, bloqueos, circunloquios y exceso de tensión física. Los movimientos motores (parpadeo, tics, temblores, sacudidas de la cabeza, movimientos respiratorios) pueden acompañar a la tartamudez (American Psychiatric Association, 2014).

También, es característico de este trastorno las interrupciones involuntarias en el flujo del habla, que pueden ser repeticiones de sonidos, sílabas, palabras, prolongaciones de sonidos, pausas o bloqueos del flujo de aire (Guitar, 2019). La producción de un habla tartamudeada implica consecuencias sociales, emocionales, afectivas y cognitivas en las personas que presentan tartamudez, afectando la calidad de vida (Guitar, 2019).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó la undécima edición de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-11), que entró en vigor en enero del 2022. Clasificó a la tartamudez como un trastorno del desarrollo de la fluidez del habla código 6A01.1, caracterizándola como una interrupción frecuente o generalizada del flujo rítmico normal. Además, plantea que la velocidad del habla presenta repeticiones y prolongaciones en los sonidos, sílabas, palabras y frases, así como bloqueo y evitación o sustitución de palabras.

El inicio de la tartamudez, generalmente se produce entre los 2 y los 4 años, coincidiendo con el desarrollo de la fonología, la morfología, la sintaxis y el vocabulario (Yairi & Ambrose, 2013) y tiende a persistir en la edad adulta (Susanibar et al., 2016). Esta condición es más frecuente en hombres que en mujeres en una proporción aproximada de 4:1 (Yairi & Ambrose, 2005).

Suárez Muñoz et al. (2006) proponen que la etiología de la tartamudez es aún desconocida y no habría un factor único responsable. Plantean que existiría un conjunto de factores asociados de diversas formas, por lo que esta condición es producto de factores como: la predisposición genética, las habilidades motoras del habla y factores lingüísticos, cognitivos, emocionales/afectivos y ambientales. Independiente de la causa de la tartamudez, se sabe que en gran medida se transmite genéticamente, lo que puede influir en las características estructurales y funcionales del cerebro. También puede impactar en la personalidad y el temperamento (Yairi & Seery, 2015).

Guitar (2019) propuso, para la explicación de la etiología de la tartamudez, el Modelo de Factores Constitucionales. Este modelo plantea que la tartamudez es frecuentemente hereditaria, es decir, si uno o ambos padres presenta alguna predisposición a tartamudear, esta condición se transmitirá a través de una mutación genética, siendo influenciado por factores ambientales y por la epigenética (Yairi & Ambrose, 2013).

Existe un 5% de niños pequeños que comienzan a tartamudear. De ellos aproximadamente el 80% se recupera de manera espontánea, sin recibir ningún tipo de tratamiento (Yairi & Ambrose, 2005). La tartamudez se vuelve persistente en el tiempo en el 20% de los niños restantes, con consecuencias académicas, emocionales y sociales en la edad adulta (Langevin et al., 2010). Dada estas consecuencias y la ausencia de una recuperación espontánea, la intervención temprana se concibe como la mejor práctica (Yaruss & Reardon-Reeves, 2017).

Además de las características mencionadas, la tartamudez implica experiencias que influyen en la calidad de vida. Yaruss & Quesal (2004) describieron esta influencia, basándose en los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). También, se reconoce que las personas con tartamudez presentan un mayor riesgo de desarrollar ansiedad social, que se inicia a menudo en la adolescencia y continúa durante la edad adulta (Smith et al., 2014).

El reconocimiento de que esta condición no solo afecta la fluidez, exige que el abordaje terapéutico considere la persistencia de la tartamudez y su impacto en los diferentes ámbitos de la vida (Hughes et al., 2010). Algunos de ellos son: el funcionamiento social y emocional (Hughes et al., 2010; Le Huche, 2000), la comunicación (Gutiérrez, 2015), la autoaceptación (Blood et al., 2003) y los dominios de salud mental (Craig et al., 2009). Los ámbitos anteriores afectan la participación social de la persona y su entorno (Yaruss & Quesal, 2004).

Por lo anterior, es necesario evaluar e intervenir la tartamudez dentro de un entorno contextual, que incluye la calidad de vida, el bienestar general y los aspectos sociales que son fundamentales para las personas. Esta perspectiva, enfatiza que la tartamudez trasciende los comportamientos primarios u observables, porque también implica reacciones afectivas, conductuales y cognitivas negativas tanto del hablante como del entorno (M. P. Boyle & Fearon, 2017; St. Louis et al., 2017; Yaruss, 2010).

A partir del año 2004, para la intervención de la tartamudez, se utiliza (principalmente en EEUU, Brasil y España) el modelo

multidimensional denominado CALMS (The model includes cognitive, affective, linguistic, motor, and social) creado por Charles Healey, Lisa Scott Trautman y Micheal Susca. Este modelo aborda, tanto en la evaluación como en el tratamiento, las dimensiones cognitivas, afectiva/emocional, lingüística, control motor del habla y social. La dimensión cognitiva incluye componentes de pensamientos, percepciones, conciencia, comprensión y creencias que tiene un individuo con respecto a su tartamudez (Charles-Healey et al., 2004). La lingüística está relacionada con habilidades de formulación del lenguaje, que involucran la complejidad morfológica y sintáctica, entre otras. La dimensión afectiva incluye componentes de sentimientos, emociones y actitudes que acompañan a la tartamudez en general (Van Riper, 1982). La dimensión control motor del habla está asociada a los factores que influyen en la frecuencia, duración, tipo de disfluencias y comportamientos concomitantes (Guitar, 2019). La dimensión social está dada por situaciones de evitación del habla en situaciones de interacción con diferentes interlocutores.

Además, da cuenta de la forma en que cada una de las dimensiones interactúa con otras, demostrando que en la evaluación y en el tratamiento no solo se deben abordar aspectos motores del habla (Charles-Healey et al., 2004), sino que también aspectos multidimensionales de la vida de un individuo (Guitar, 2014; Yaruss & Quesal, 2006).

El modelo CALMS propone que las disfluencias o interrupciones de la fluidez del habla en las personas con tartamudez no ocurren aisladamente, sino que son parte de una secuencia de manifestaciones influenciadas por una variedad de factores. De este modo, se entiende la tartamudez como el producto final de varios procesos que se interrelacionan (Nogueira, 2015). Además, al ser un modelo de terapia integradora no solo plantea lograr un mayor control de los comportamientos primarios (bloqueos, repeticiones y/o prolongaciones), sino que también se proponen alcanzar un control sobre conductas de evitación y conductas de anticipación (Guitar, 2019). Junto con lo anterior, este modelo posibilita realizar un diagnóstico diferencial de la tartamudez, porque permite interpretar el desarrollo de las experiencias individuales desde la primera infancia hasta la edad adulta (Ginhson & Gebara, 2014).

El modelo CALMS está en concordancia con las propuestas de ASHA, respecto a la evaluación e intervención de los desórdenes de la fluidez. Lo anterior debido a que indica que la intervención se debe basar en un dominio multidimensional e individual, abordando comportamientos primarios y secundarios (Ward, 2018; Yairi & Seery, 2015).

A pesar de que este modelo se aplica en Chile, no existe evidencia sobre su importancia en la intervención fonoaudiológica de la tartamudez. Por ello, se requiere recabar información respecto del impacto que alcanza en el área de la rehabilitación de tartamudez. De este modo, el objetivo del estudio es conocer la percepción de los usuarios con tartamudez que han sido tratados con este modelo de intervención.

Es destacable que la presente investigación se centra en la percepción de los usuarios, porque la evaluación del proceso terapéutico considera los sentimientos, actitudes, creencias y reacciones que experimentan las personas con tartamudez (Van Riper, 1982), lo que puede influir en los avances de la terapia. Debido a lo anterior, es importante conocer, durante la intervención fonoaudiológica, la percepción que las personas con tartamudez poseen del abordaje terapéutico realizado.

## MÉTODO

Esta investigación se basa en un enfoque cualitativo de análisis descriptivo y con abordaje fenomenológico.

### Participantes

Los participantes fueron adultos cuyas edades fluctuaban entre 19 y 39 años y presentaban tartamudez del desarrollo persistente. En su selección no se consideró género, nivel socioeconómico y nivel de educación, ya que dichas variables no fueron relevantes para el objetivo de esta investigación.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) ser hablante del español chileno, b) presentar tartamudez del desarrollo diagnosticada por un fonoaudiólogo especialista en el área, c) presentar un año o más de intervención fonoaudiológica basado en el modelo multidimensional CALMS y d) estar disponibles para ser entrevistados.

Se excluyeron las personas con otros trastornos del habla como: disartria, anartria, trastorno de los sonidos del habla, entre otros.

En el estudio no se determinó un tamaño mínimo ni máximo de la muestra, ya que los sujetos fueron seleccionados mediante un muestreo discrecional o muestreo por juicio. Esto quiere decir que la muestra se escogió en base al conocimiento del diagnóstico fonoaudiológico que presentaba cada uno de los participantes. A partir de este muestreo se seleccionaron 5 sujetos de género masculino, que eran estudiantes universitarios.

Es importante señalar que los participantes otorgaron su consentimiento informado como lo exige el artículo 11 de la Ley

Nº 20.120 (Aprueba Reglamento de la Ley Nº 20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana, 2011) y la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). Además, podían abandonar o rechazar la investigación sin dar razones de su decisión (Aprueba Reglamento de la Ley Nº 19.628 sobre protección de la vida privada, 1999).

### Material

Para la recolección de la información se diseñó una entrevista semiestructurada en profundidad con la finalidad de obtener información sobre el proceso de intervención del modelo CALMS. La entrevista consta de dos secciones:

Sección 1: Información de antecedentes generales: antecedentes personales, familiares y de la tartamudez (ver Tabla 1).

Sección 2: Información sobre las 5 dimensiones del modelo multidimensional CALMS. Esta sección es semiestructurada y está compuesta por un número flexible de preguntas de carácter abierto dentro de categorías (ver Tabla 2).

La entrevista fue sometida a validación de contenido mediante juicio de expertos de 2 fonoaudiólogas especialistas en tartamudez.

**Tabla 1.** Antecedentes personales, familiares y de la tartamudez.

Antecedentes personales	Nombre Fecha de Nacimiento Edad Sexo Ocupación /escolaridad Estado Civil
Antecedentes familiares	Antecedentes mórbidos Antecedentes de algún miembro de la familia que presente o haya presentado tartamudez, si presenta antecedentes familiares mencionar si es familia paterna y/o materna
Antecedentes de la tartamudez	Tipo de diagnóstico Edad de diagnóstico Tratamientos previos

Nota: esta tabla incluye los componentes que permite recolectar la información sobre los antecedentes personales, antecedentes familiares y antecedentes de la tartamudez.

**Tabla 2.** Preguntas sobre las 5 dimensiones del modelo multidimensional CALMS.

Categorías Apriorísticas	Subcategorías Apriorísticas	Preguntas
Dimensión Cognitiva	Factores de pensamientos y creencias.	(1) ¿Qué piensas sobre tu tartamudez? (2) Con las sesiones de intervención recibidas desde el modelo multidimensional CALMS ¿Piensas que ha cambiado tu tartamudez? (3) ¿Piensas que las dificultades de tu tartamudez han disminuido luego de las sesiones de intervención? (4) ¿Qué crees que piensan las personas de tu entorno sobre los avances del tratamiento?
Dimensión emocional y/o afectiva	Factores Emocionales	(5) ¿Qué sentimientos y/o emociones se desencadenan cuando tartamudeas? (6) En la actualidad y con los avances de tu tratamiento ¿Cómo te sientes ante las diferentes reacciones que tienen las personas cuando tartamudeas?
Dimensión Lingüística	Factores Lingüísticos	(7) ¿En qué características del lenguaje presentas dificultades? Dar ejemplos; Cuándo estás frente a situaciones que sabes que tartamudearás ¿Cuáles son las estrategias aprendidas que utilizas? (8) Las sesiones de intervención ¿te han ayudado con las estrategias a utilizar en el manejo de los aspectos lingüísticos?
Dimensión control motor del habla	Factores sensorio-motores del habla	(9) ¿Cada cuánto tartamudeas durante el día (momentos)? (10) Sabemos que la tartamudez presenta ciclos. En base al apoyo de tratamiento ¿tartamudeas más o menos que antes?

		(11) ¿Sabes cuáles son los comportamientos primarios de tu tartamudez? Dar ejemplos; ¿Cuáles presentas?
		(12) Con respecto al tratamiento ¿Haz notado mayor control de tus comportamientos primarios?
Dimensión Social	Factores Sociales	(13) ¿De qué manera ha cambiado tu interacción social luego del tratamiento?
		(14) La frecuencia de tartamudez en materias académicas y actividades extracurriculares ¿Ha aumentado o disminuido?
		(15) ¿Cómo es tu participación en actividades sociales con otras personas? ¿De qué manera ha cambiado?
		(16) ¿Cómo ha influido la terapia en las situaciones en las que debes exponer un tema o una opinión?

Nota: esta tabla incluye las preguntas de percepción basadas en las 5 dimensiones del modelo CALMS (cognitiva, afectiva/emocional lingüística, motora y social).

## Procedimiento

Antes de comenzar con las entrevistas se les informó a los sujetos sobre los objetivos y propósitos de la investigación, aclarando que su participación era totalmente voluntaria y que la información entregada por ellos sólo se utilizará en la investigación. La entrevista fue aplicada de manera individual en una oficina con espacio, privacidad y confort adecuados.

Las investigadoras realizaron las entrevistas. Cada una tenía un rol específico, que se detalla a continuación.

La investigadora N°1 entrevistó a los participantes. Cada entrevista fue grabada mediante audio con un *smartphone* Huawei P10 y tuvo una duración aproximada de 15 minutos para cada participante.

La investigadora N°2 actuó de manera pasiva tomando notas y registrando acontecimientos importantes para la investigación.

Se utilizó el software Atlas.ti versión 7 para el análisis de la información. Este programa permite segmentar datos en unidades de significado; codificar datos y construir teorías (Hernández et al., 2010). Se comenzó con el análisis de las entrevistas en general y luego se efectuó el análisis de cada una de las respuestas de los sujetos.

## RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la entrevista, organizados según las dos secciones de la entrevista.

Lo más destacable de la sección 1 (antecedentes personales, familiares y de la tartamudez) es la evidencia que indica que la mayoría de los participantes tienen algún familiar que presenta

esta condición. El participante N°2 refiere: “sí (...) una tía materna”, el participante N°3 menciona: “un primo desde familia materna” y el participante N°4 también comenta: “un primo desde familia paterna”.

Los datos de la sección 2 se exponen organizados por dimensión:

**Dimensión cognitiva:** los participantes sienten su tartamudez como una condición limitante, aunque saben que deben aprender a vivir con ella. El participante N°3 manifiesta: “Que me limita, que me impide actuar de forma más libre”, mientras que el participante N°5 menciona: “Yo siento que es algo que tengo que aprender, ósea que yo y mi entorno debe aprender a convivir con eso porque no es algo que vaya a decir; ya mañana se me quitó y nunca más, porque nunca se va a pasar”. Respecto a la terapia, perciben que, durante el desarrollo del tratamiento, han disminuido sus dificultades, lo que los ha ayudado bastante para lograr un habla más cómoda. El entrevistado N° 1 menciona “igual antes me costaba mucho más y con el tiempo y haciendo los ejercicios, las técnicas me han ayudado bastante”. Además, algunos sujetos refieren que sus cercanos perciben mejorías con el tratamiento. Sin embargo, otros señalan que la tartamudez no es un tema que se aborde en su entorno cercano.

**Dimensión emocional:** los participantes mantienen sentimientos negativos, a pesar de los avances de la intervención. En algunas situaciones estos sentimientos negativos se desarrollan en base a sus propias reacciones que tienen hacia su tartamudez. El participante N°4 refiere: “mal me da como vergüenza. También impotencia al no poder hacer algunas cosas normalmente como hablar por teléfono, presentarse por teléfono y en persona, ese tipo de cosas”. Aunque coinciden en que la tartamudez ha disminuido y que la intervención les ha ayudado, los sentimientos negativos persisten cuando se desencadena la tartamudez, ya que se sienten avergonzados, frustrados e impotentes.

Dimensión lingüística: los participantes informan que en esta dimensión es donde evidencian más dificultades. En particular, los problemas se centran en los componentes fonético/fonológico. La producción del fonema /r/ se manifiesta inestable motoramente, aumentando los bloqueos y repeticiones. También otras consonantes son desafiantes para ellos, pero varían en cada sujeto. El participante N°1 señaló: “la erre y en todas las combinaciones, pero igual cada vez menos”. El participante N°4 señaló: “me cuesta las palabras con “tr”, me cuesta empezar las palabras cuando comienzan con “tr”, con dos consonantes y las que vienen al principio sobre todo de lo que voy a decir”. Para poder comunicarse, utilizan diferentes estrategias. Mencionan que una de las más usadas es el habla enlentecida, acompañada de una relajación generalizada. El participante N°3 dice: “No tanto, pero lo intento hacer más lento y pausado cuando no me siento bien hablo súper rápido, pero cuando me siento mal como que intento respirar y tomarme los tiempos, marcando un poco los tiempos con el pie como que ando bien así y lo que tengo que hacer es disminuir como un poco la voz y para decir algo giro fuerte”. El participante N°4 señala “hablo lento, o sea lo digo lento y sumado a eso intento como relajar la parte de aquí (señalando ATM, mandíbula y cuello) que siempre la tengo como rígida”.

Dimensión de control motor del habla: los participantes señalan que la frecuencia de la tartamudez ha disminuido en comparación al comienzo de la terapia y que de igual manera esta frecuencia depende de las situaciones que se presentan durante el transcurso del día. El entrevistado N°1 menciona: “al tener mayor control de mi tartamudez y saber qué estrategias utilizar, mis momentos de tartamudez han disminuido”. Además, informan que han disminuido los bloqueos, las repeticiones de sílabas, las repeticiones de palabras y las prolongaciones de fonemas. Los participantes reconocen que la intervención es la causa de la reducción de los bloqueos (principalmente al inicio de las palabras) y de las repeticiones de palabras. Todo lo anterior implica que logran un mayor control de su habla.

Dimensión social: los participantes señalan que interactúan con su entorno social con mayor frecuencia, debido a las estrategias que el modelo multidimensional les ha brindado, lo que ha ayudado a aumentar su seguridad en sí mismos. Aun cuando la frecuencia de interacción social ha mejorado, todos mencionan que han presentado conductas de evitación. Por ejemplo, evitan hablar en situaciones que les incomodan, ya sea en el ámbito social o académico. El participante N°1 expone: “Si porque al final, como que con todo los ejercicios y las técnicas me da más confianza, entonces como que ahí, con la confianza me ha ayudado bastante y como que interactúo con personas nuevas”. El participante N°2 dice: “si hartas veces”, transcripción de la respuesta escrita:

“Cuando siento mucha presión o atención - evito salir a comprar - evito exponer en clases”. El participante N°3 expresa: “igual he salido más como que eso me da la confianza y las técnicas me han ayudado bastante, igual hay veces que me cuesta igual, como que siento, como que me cuesta comunicarme y entonces no salgo, pero igual menos, bastante menos, antes podía pasar un año en la casa sin salir”. El participante N°5 indica: “Antes de las terapias yo hablaba menos, con poca gente, lo necesario para comunicarme ¿hola cómo estás? y me daba lo mismo si me entendían o no, pero ahora, ahora se da esa fluidez más regular”. Los sujetos informan que la frecuencia de la tartamudez también se ha reducido en las actividades académicas. Así, en situaciones en que debe exponer un tema o expresar una opinión las estrategias que les provee el modelo les han sido efectivas, ayudándolos a desenvolverse de mejor manera. Ello ha impactado positivamente en el desempeño académico global. El participante N°3 menciona: “Ha sido bastante el avance es más que nada con la confianza en uno mismo, si eso es como lo más importante yo creo”. El participante N°4 informa: “lo que decía debo hablar lento y que la gente no hable tan rápido”. Por último, los distintos contextos sociales en que deben desenvolverse las personas con tartamudez determinan la variabilidad de la frecuencia de su tartamudez. Las personas expresan que, en los contextos sociales de mayor comodidad, aparecen menos los comportamientos primarios (bloqueos, repeticiones y/o prolongaciones). Por el contrario, en los contextos sociales de menor comodidad, sienten que pierden el control de su habla, aunque la sensación es menor que antes de iniciar el tratamiento fonoaudiológico.

## DISCUSIÓN

La información obtenida de las entrevistas muestra que existe cierta predisposición genética a presentar tartamudez, debido a que los participantes indicaron tener un familiar, con distintos grados de parentesco, que también presenta esta condición. Los datos extraídos están en concordancia con la identificación de genes asociados a la tartamudez GNPTAB, GNPTG, NAGPA y AP4E1 lo que implicaría una base genética, que se constata en que hasta el 70% de los sujetos que tartamudean presentan antecedentes familiares (Guitar, 2019). Es necesario considerar este antecedente para el abordaje de las personas que manifiestan esta condición.

Respecto al impacto de la tartamudez en el temperamento y en la calidad de vida, las entrevistas permiten visualizar que estos ámbitos se ven negativamente afectados. Así, en general, los participantes se caracterizan por ser tímidos y herméticos. Lo

anterior se observa en las conductas de evitación que presentan ante ciertas situaciones en las que deben hablar, expresar opiniones, exponer ideas, participar en clases y sobre todo al conocer nuevas personas. Lo descrito por los entrevistados es coincidente con lo propuesto por Rafuse (1994), ya que este autor afirma que una persona con tartamudez es tímida y tranquila, que se autosegrega en algunas situaciones. Además, otras investigaciones concluyen que la tartamudez parece estar asociada con un mayor riesgo de desarrollar trastornos de personalidad (Iverach et al., 2009).

También, es importante mencionar que existe evidencia que demuestra que las mujeres con tartamudez manifiestan una mayor autoestima que los hombres con esta condición. Lo anterior sugiere que existen diferencias significativas, según el género, en la percepción de la tartamudez de los adultos (Silverman & Zimmer, 1979). Por lo anterior, futuras investigaciones deberían focalizarse en estudiar las posibles relaciones entre género y la autoestima de las personas con tartamudez.

En relación con el impacto de la tartamudez en la calidad de vida, los participantes dicen que experimentan pensamientos mayoritariamente negativos respecto a su tartamudez, enfatizando que la condición afecta su vida diaria. En otro estudio también se establece que la tartamudez puede impactar diversos aspectos de la vida de una persona e imponer limitaciones en las experiencias sociales, ocupacionales y educativas (Craig et al., 2009). Se sabe que esta condición implica reacciones negativas, afectivas, conductuales y cognitivas (tanto del hablante como del entorno). Lo anterior conlleva a limitaciones significativas en la capacidad de la persona para participar en las actividades diarias, alterando negativamente en su calidad de vida (Yaruss & Quesal, 2004).

Tanto la literatura como los hallazgos de esta investigación muestran el impacto de la tartamudez en la calidad de vida y en el temperamento de las personas. Por ello, es necesario realizar un abordaje terapéutico integral, que involucre las distintas dimensiones mencionadas. Dicha intervención debe efectuarse entre fonoaudiólogos especialistas en tartamudez y psicólogos. Al respecto, el modelo multidimensional combinado con intervenciones cognitivas muestra resultados positivos en las personas con tartamudez. Incluso, se plantea que el abordaje fonoaudiológico debería ser planificado de manera simultánea junto con una terapia cognitiva-conductual. Ello traería consigo resultados positivos en la intervención (Lindsay & Langevin, 2017). La perspectiva multidimensional exige una formación más integral y el desarrollo de equipos interdisciplinarios con psicólogos y/u otros profesionales de salud mental. Sin embargo,

siempre es necesario determinar, a partir de las características de cada individuo, la intervención más adecuada (Harley, 2018).

Respecto a la intervención fonoaudiológica del modelo multidimensional, los participantes informan que lograron utilizar estrategias para controlar la tartamudez durante su comunicación. Manifiestan que han conseguido un habla más fácil y cómoda, ya que han disminuido tanto la frecuencia diaria como la duración de bloqueos y prolongaciones. También mencionan que tienen un mayor control de su habla. A pesar de que reconocen avances relevantes, todos coinciden que sus progresos dependen de las diferentes situaciones a las que se enfrentan diariamente.

Una buena comunicación, según lo planteado previamente por los entrevistados, depende de las diferentes situaciones en que participan los sujetos. Al respecto, se sabe que los diversos entornos (personas con las que interactúan y los temas que se tratan) impactan en la variabilidad de los comportamientos primarios y secundarios de las personas con tartamudez (Constantino et al., 2016). La situación puede ser tan relevante que en algunos casos afecta tanto la frecuencia de la tartamudez como los grados de severidad. En particular, la severidad puede aumentar en situaciones más estresantes para la persona (Yaruss & Quesal, 2006). Por lo anterior, es importante considerar en la evaluación los aspectos de variabilidad de la tartamudez, en distintos contextos, para describir con mayor precisión los comportamientos y las experiencias de las personas con tartamudez (Tichenor & Yaruss, 2021). De acuerdo al presente estudio el entorno más frecuente de los participantes es el universitario en donde interactúan con mayor frecuencia y comodidad, presentando mayor control de sus comportamientos primarios y secundarios.

Por otra parte, se ha demostrado que la sociedad no posee el conocimiento necesario sobre la tartamudez (Hearne et al., 2008). Educar sobre la tartamudez permite derribar creencias y, a su vez, modificar las reacciones negativas que poseen las personas hacia las personas con esta condición. También, permite reducir estigmas y estereotipos con respecto a la tartamudez. Proporcionar información sobre las posibles causas, comportamientos primarios, secundarios, entre otros, puede ayudar a reducir los estigmas y estereotipos que se tiene sobre la tartamudez. Sin embargo, esta información debe proporcionarse con cuidado y sustentarse en evidencia (Boyle, 2016). Lo anterior es relevante porque, como ya se mencionó, los entornos sociales juegan un papel importante en la forma en que se experimenta la tartamudez (comportamientos), cómo se desarrolla y su efecto en la vida de las personas (Yaruss & Quesal, 2004).

St. Louis (2011) propone una encuesta de opinión pública llamada POSHA-S sobre los atributos humanos de la tartamudez, la que permite recolectar información de las creencias y reacciones que tiene la sociedad con respecto a la tartamudez. La información obtenida mediante esta encuesta es un insumo que aporta a aumentar el conocimiento y desensibilizar a la comunidad para crear y promover contextos cómodos para las personas con esta condición (Maguire et al., 2020).

Finalmente, según Herder et al. (2006), aunque la intervención terapéutica tenga efectos positivos en las personas que presentan tartamudez, se necesita un mayor número de investigaciones para demostrar la influencia de diferentes variables en los desempeños de las personas que tartamudean. Algunas de las variables que se deberían considerar son: edad, género, condición sociocultural y tiempos de intervención. Es importante recordar que las variables mencionadas no se contemplaron en la presente investigación, por lo que se requieren nuevos estudios donde sean consideradas.

## CONCLUSIÓN

Los participantes con tartamudez del desarrollo persistente indican que el tratamiento con el modelo multidimensional (CALMS) les ha permitido avanzar. Ello debido a que transfieren e internalizan las estrategias aprendidas desde la dimensión cognitiva, social, lingüística, motora y cognitiva. Así, adquieren seguridad y mayor confianza en su comunicación, lo que les permite desenvolverse de una manera cómoda y eficaz en la mayoría de los contextos de su vida diaria, mejorando así su calidad de vida.

A pesar de que los usuarios perciben positivamente la intervención fonoaudiológica, aún persisten los ciclos de sentimientos y pensamientos negativos, lo que influye en las características personales de cada participante y el impacto del ambiente social. Es importante señalar que en este estudio el ambiente más frecuente de los entrevistados es el universitario, porque, como se mencionó en el método, la mayoría de ellos son estudiantes universitarios.

En futuras investigaciones, donde los participantes sean universitarios, sería fundamental considerar la opinión de los estudiantes sin este trastorno respecto al conocimiento que tienen sobre la tartamudez. Algunos temas que se deberían abordar son conceptos, causas, prevalencia y tratamiento de la tartamudez. Ello puede contribuir a realizar una desensibilización a la comunidad en la que se desenvuelven diariamente las personas que presentan tartamudez.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana. [https://www.academia.edu/38316163/Manual\\_Diagnostico\\_y\\_Estadistico\\_de\\_los\\_Trastornos\\_Mentales\\_DSM-5\\_APA\\_5ed\\_booksmedicos](https://www.academia.edu/38316163/Manual_Diagnostico_y_Estadistico_de_los_Trastornos_Mentales_DSM-5_APA_5ed_booksmedicos)
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G. M., & Gabel, R. M. (2003). A preliminary study of self-esteem, stigma, and disclosure in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 28(2), 143–158. [https://doi.org/10.1016/s0094-730x\(03\)00010-x](https://doi.org/10.1016/s0094-730x(03)00010-x)
- Boyle, M. (2016). Relations between causal attributions for stuttering and psychological well-being in adults who stutter. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1060529>
- Boyle, M. P., & Fearon, A. N. (2017). Self-stigma and its associations with stress, physical health, and health care satisfaction in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 112–121. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.10.002>
- Charles-Healey, E., Scott-Trautman, L., & Susca, M. (2004). Clinical Applications of a Multidimensional Approach for the Assessment and Treatment of Stuttering. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31(Spring), 40–48. [https://doi.org/10.1044/cicsd\\_31\\_S\\_40](https://doi.org/10.1044/cicsd_31_S_40)
- Constantino, C. D., Leslie, P., Quesal, R. W., & Yaruss, J. S. (2016). A preliminary investigation of daily variability of stuttering in adults. *Journal of Communication Disorders*, 60, 39–50. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2016.02.001>
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34(2), 61–71. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.05.002>
- Ginhson, M., & Gebara, M. (2014). *Estrategias de conciencia*. Los Buscadores de Quintum. <https://isbn.cloud/9789872688103/estrategias-de-con-ciencia/>
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment* (4ta ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B. (2019). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment* (5ta ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Gutiérrez, J. (2015). *Aceptando la tartamudez*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/10651/TFG-G1080.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Harley, J. (2018). The Role of Attention in Therapy for Children and Adolescents Who Stutter: Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Interventions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3S), 1139–1151. [https://doi.org/10.1044/2018\\_AJSLP-ODC11-17-0196](https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0196)
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M., & Quine, S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 33(2), 81–98. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2008.01.001>
- Herder, C., Howard, C., Nye, C., & Vanryckeghem, M. (2006). Effectiveness of Behavioral Stuttering Treatment: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 33(Spring), 61–73. [https://doi.org/10.1044/cicsd\\_33\\_S\\_61](https://doi.org/10.1044/cicsd_33_S_61)



- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.). McGraw-Hill. [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)
- Hughes, S., Gabel, R., Irani, F., & Schlagheck, A. (2010). University students' explanations for their descriptions of people who stutter: An exploratory mixed model study. *Journal of Fluency Disorders*, 35(3), 280–298. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.05.006>
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2009). Screening for personality disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 34(3), 173–186. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.09.001>
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*, 43(5), 407–423. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.05.003>
- Le Huche, F. (2000). *La Tartamudez*. Masson. <https://www.casadellibro.com/libro-la-tartamudez-opcion-curacion/9788445809822/727521>
- Lindsay, A., & Langevin, M. (2017). Psychological counseling as an adjunct to stuttering treatment: Clients' experiences and perceptions. *Journal of Fluency Disorders*, 52, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.01.003>
- Maguire, G. A., Nguyen, D. L., Simonson, K. C., & Kurz, T. L. (2020). The Pharmacologic Treatment of Stuttering and Its Neuropharmacologic Basis. *Frontiers in Neuroscience*, 14. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnins.2020.00158>
- Aprueba Reglamento de la Ley N° 20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana, (2011). <https://www.bcn.cl/leychile>
- Aprueba Reglamento de la Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada, (1999). <https://www.sernac.cl/portal/618/w3-article-11626.html>
- Nogueira, P. R. [UNESP. (2015). *Perfil da fluência e frequência da gagueira do desenvolvimento persistente familiar* [Tesis de posgrado, Universidad Estadual Paulista]. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/123167>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (Ed.). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Grafo. [https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif\\_2001.pdf](https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf)
- Rafuse, J. (1994). Early intervention, intensive therapy can help people who stutter. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 150(5), 754–755.
- Silverman, E. M., & Zimmer, C. H. (1979). Women who stutter: Personality and speech characteristics. *Journal of Speech and Hearing Research*, 22(3), 553–564. <https://doi.org/10.1044/jshr.2203.553>
- Smith, K. A., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E., & Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 22–34. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.003>
- St. Louis, K. O. (2011). The Public Opinion Survey of Human Attributes-Stuttering (POSHA-S): Summary framework and empirical comparisons. *Journal of Fluency Disorders*, 36(4), 256–261. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.02.003>
- St. Louis, K. O., Irani, F., Gabel, R. M., Hughes, S., Langevin, M., Rodriguez, M., Scott, K. S., & Weidner, M. E. (2017). Evidence-based guidelines for being supportive of people who stutter in North America. *Journal of Fluency Disorders*, 53, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.05.002>
- Suárez Muñoz, A., Moreno Manso, J., Martínez Agudo, J. D. D., & Sánchez, M. (2006). *Trastornos de la fluidez verbal*. EOS.
- Susanibar, F., Dioses, A., & Monzón, K. (2016). El habla y otros actos motores orofaciales no verbales: Revisión parte I. *Revista Digital EOS Perú*, 7(1), 56–93. <https://franklinsusanibar.com/el-habla-y-otros-actos-motores-orofaciales-no-verbales-revision-parte-i/>
- Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2021). Variability of Stuttering: Behavior and Impact. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(1), 75–88. [https://doi.org/10.1044/2020\\_AJSLP-20-00112](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00112)
- Van Riper, C. (1982). *The Nature of Stuttering*. Prentice-Hall.
- Ward, D. (2018). *Stuttering and Cluttering (Second Edition): Frameworks for Understanding and Treatment*. Psychology Press. <https://www.routledge.com/Stuttering-and-Cluttering-Second-Edition-Frameworks-for-Understanding/Ward/p/book/9781848722019>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2005). *Tartamudez en la primera infancia*. PRO-ED.
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66–87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>
- Yairi, E., & Seery, C. (2015). *Stuttering: Foundations and Clinical Applications*. Pearson.
- Yaruss, J. S. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal of Fluency Disorders*, 35(3), 190–202. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.05.010>
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health: An update. *Journal of Communication Disorders*, 37(1), 35–52. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00052-2)
- Yaruss, J. S., & 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(2), 90–115. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.02.002>
- Yaruss, J. S., & Reardon-Reeves, N. (2017). *Early Childhood Stuttering Therapy: A Practical Guide*. Editorial Stuttering Therapy Resources.