TESIS DOCTORAL

UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales

Autoconcepto, personalidad y su relación con la tartamudez en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria

Autor:

D. José Antonio Pérez Sánchez

Directores:

Dr. D. Rosendo Berengüí Gil

Dra. Dª. María Ángeles Castejón Martínez

Murcia, septiembre de 2024

TESIS DOCTORAL

UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales

Autoconcepto, personalidad y su relación con la tartamudez en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria

Autor:

D. José Antonio Pérez Sánchez

Directores:

Dr. D. Rosendo Berengüí Gil

Dra. Dª. María Ángeles Castejón Martínez

Murcia, septiembre de 2024

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS
PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. Rosendo Berengüí Gil y la Dra. Dña. María Ángeles Castejón Martínez como Directores de la Tesis Doctoral titulada "Autoconcepto, personalidad y su relación con la tartamudez en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria" realizada por D. José Antonio Pérez Sánchez en el Programa de Doctorado en Ciencias Sociales, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011 de 28 de enero, en Murcia a 30 de septiembre de 2024.

Dr. D. Rosendo Berengüí Gil

Dra. Dª. María Ángeles Castejón Martínez

RESUMEN

El término tartamudez se utiliza para referirnos a un trastorno de la fluidez verbal y la estructuración temporal del habla, inapropiado para la edad de un sujeto determinado. Bajos niveles de autoconcepto y autoestima, y determinadas características de personalidad, como altos niveles de ansiedad, pueden ser factores influyentes que agraven el problema de fluidez verbal, y de ahí la importancia de poder conocer los niveles de esos factores para detectar a los sujetos más vulnerables, así como llevar a cabo un tratamiento con éxito.

El estudio persigue varios objetivos. En primer lugar, adaptar y validar un cuestionario de autoconcepto útil y fiable para su empleo en adolescentes, concretamente, el Self-Description Questionnaire II (versión breve). En segundo lugar, se buscó analizar la fluidez verbal de adolescentes con tartamudez. Por último, se analizaron las diferencias de autoconcepto y personalidad entre adolescentes con tartamudez y un grupo de control, así como comprobar la relación existente entre la personalidad y el autoconcepto en estudiantes de Educación Secundaria con tartamudez.

Se emplearon diferentes muestras en los tres estudios realizados. En el primero, participaron 726 estudiantes, entre los 12 y los 18 años, con una media de 15.44 años de edad. En el segundo estudio participaron 26 alumnos diagnosticados con trastorno de la fluencia por un especialista de audición y lenguaje o un orientador, 16 hombres (61.5%) y 10 mujeres (38.5%), con un promedio de edad de 14.73 años. En el tercer estudio participaron los 26 alumnos diagnosticados, más 540 alumnos que conformaron el grupo de control, con una media de edad de 14,21 años, siendo 288 hombres (53.3%) y 252 mujeres (46.7%).

Se aplican cuatro instrumentos de evaluación: prueba oral para evaluar la competencia en fluidez verbal, Self-Description Questionnaire II (versión abreviada) para evaluación del autoconcepto, Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas, y 16PF-APQ Cuestionario de personalidad para adolescentes.

En el primer estudio, los diferentes análisis confirmaron la estructura multidimensional del Description Questionnaire II (versión abreviada), y un buen ajuste del modelo, con cargas factoriales adecuadas, índices de bondad y ajuste satisfactorios, validez convergente, y corroboraron la invarianza de género. La fiabilidad compuesta de las dimensiones osciló entre .70 y .92. Se concluye que el SDQ-II-S es un instrumento con apropiadas características, válido y fiable para la evaluación del autoconcepto en estudiantes españoles en la adolescencia.

En el segundo estudio, la evaluación de los alumnos con tartamudez confirmó los datos de estudios previos y relaciones existentes entre variables, mostrando una mayor frecuencia en la repetición de las sílabas dentro de las palabras y en los bloqueos, así como que el 50% de los sujetos experimentan ansiedad, y que, en los sujetos con tartamudez, la fluidez verbal suele depender de la situación o las personas, exhibiendo diferentes grados de tartamudez.

En el tercer estudio, los estudiantes con tartamudez se diferencian de sus compañeros por menores puntuaciones en las dimensiones de autoconcepto habilidades físicas, apariencia física, relaciones con el mismo sexo, relaciones con el sexo opuesto y autoestima. También se diferencian por menores puntuaciones en la escala de personalidad Afabilidad. En el análisis de relaciones entre personalidad y autoconcepto de los alumnos diagnosticados, diferentes escalas que componen la dimensión global Extraversión (Afabilidad, Atrevimiento, Privacidad, Vigilancia, Animación y Autosuficiencia) se relacionan con las dimensiones de autoconcepto Autoestima, Relaciones con el mismo sexo, Relaciones con el sexo opuesto y Relación con los padres.

En cuanto a la dimensión Ansiedad, sus escalas de Tensión, Aprensión, y Vigilancia, se relacionan con Estabilidad emocional, Autoestima, Relaciones con el mismo sexo, con el opuesto y con los padres, autoconcepto Académico general y Matemático. En la dimensión Autocontrol, sus escalas Atención a las normas, Perfeccionismo, Apertura al cambio y Animación se relacionan con autoconcepto Académico general, Matemático, Estabilidad emocional, Autoestima, y las dimensiones de relaciones. En la dimensión Independencia, Apertura al cambio, Atrevimiento, Tensión, Vigilancia y Dominancia se relacionan con Estabilidad emocional, Autoestima, y las dimensiones de relaciones. Respecto a la dimensión Dureza, únicamente una de sus escalas se relaciona con el autoconcepto, concretamente, Sensibilidad y la dimensión Verbal.

PALABRAS CLAVE

Tartamudez, disfluencias, autoconcepto, personalidad.

ABSTRACT

The concept of stuttering is used to refer to a disorder of verbal fluency and temporal structuring of speech, inappropriate for the age of a given subject. Low levels of self-concept and self-esteem, and certain personality characteristics, such as high levels of anxiety, can be influential factors that aggravate the problem of verbal fluency, hence the importance of being able to know the levels of these factors in order to detect the most vulnerable subjects, as well as to carry out a successful treatment.

The research had several objectives. Firstly, to adapt and validate a useful and reliable self-concept questionnaire for use with adolescents, namely the Self-Description Questionnaire II (short version). Second, we sought to analyse the verbal fluency of adolescents with stuttering. Finally, we analysed the differences in self-concept and personality between adolescents with stuttering and a control group, as well as the relationship between personality and self-concept in secondary school students with stuttering.

Different samples were used in the three studies conducted. In the first study, 726 students participated, between 12 and 18 years, with an average age of 15.44, The second study involved 26 students diagnosed with a fluency disorder by a hearing and speech specialist or counsellor, 16 males (61.5%) and 10 females (38.5%), with an average age of 14.73 years. The third study involved the 26 students diagnosed, and 540 students in the control group, with an average age of 14.21 years, 288 males (53.3%) and 252 females (46.7%).

Four instruments are used: oral test to assess verbal fluency competence, Self-Description Questionnaire II (short version) for self-concept assessment, Academic Situations Specific Perceived Self-Efficacy Scale, and 16PF-APQ Personality Questionnaire for Adolescents.

In the first study, the different analyses confirmed the multidimensional structure of the Description Questionnaire II (short version), and a good model fit, with adequate factor loadings, satisfactory goodness-of-fit indices, convergent validity, and

corroborated gender invariance. Composite reliability of the dimensions ranged from .70 to .92. It is concluded that the SDQ-II-S is an instrument with appropriate characteristics, valid and reliable for the assessment of self-concept in Spanish students in adolescence.

In the second study, the assessment of students with stuttering confirmed the data from previous studies and existing relationships between variables, showing a higher frequency of repetition of syllables within words and blocking, as well as that 50% of subjects experience anxiety, and that, in subjects with stuttering, verbal fluency often depends on the situation or people, exhibiting different degrees of stuttering.

In the third study, students with stuttering differ from their peers by lower scores on the dimensions of self-concept Physical abilities, Physical appearance, Opposite-sex relations, Same-sex relations and General self. They also differ by lower scores on the personality scale Warmth. In the analysis of relationships between personality and self-concept of the diagnosed students, different scales that make up the global Extraversion dimension (Warmth, Social boldness, Privateness, Vigilance, Liveliness and Self-reliance) are related to the self-concept dimensions General self Opposite-sex relations, Same-sex relations and Parent relations.

As for the Anxiety dimension, its Tension, Apprehension, and Vigilance scales are related to Emotional stability, General self, Opposite-sex relations, Same-sex relations and Parent relations, General school and Mathe. In Self-Control dimension, the scales Rule-Consciousnes, Perfectionism, Openness to change, and Liveliness are related to General school, Math, Emotional stability, General self, and Relations dimensions. In Independence dimension, Openness to change, Social boldness, Tension, Vigilance and Dominance are related to Emotional stability, General self, and Relations dimensions. Regarding the Tough-Mindedness, only one of its scales is related to self-concept, namely, Sensitivity and the Verbal dimension.

KEYWORDS

Stuttering, disfluencies, self-concept, personality.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría comenzar agradeciendo a mis directores de Tesis Doctoral, sin ellos nada de esto hubiese sido posible. A la profesora Dra. María Ángeles Castejón Martínez, por tu capacidad de involucrarte en este proyecto y ayudarme a dar forma a esta ardua pero satisfactoria tarea, por tus conocimientos, siempre dispuesta aportando tranquilidad y buen hacer al trabajo; y al profesor Dr. Rosendo Berengüi Gil, por no dudar cuándo te planteé comenzar esta aventura junto a mí, a pesar de no conocernos de nada, dedicarme tu tiempo, tu esfuerzo, tu trabajo, todo para allanarme el camino y poder llegar a cumplir este sueño, por tu apoyo, tus consejos, por tu disposición absoluta siempre que la he necesitado. Dos grandes personas y profesionales, a los que siempre estaré agradecido.

A mis compañeros de profesión, en los centros de Educación Secundaria Obligatoria de la Región de Murcia, que me han facilitado, de manera altruista y sin dudar, su espacio, alumnado y tiempo para llevar a cabo las pruebas a cientos de sus alumnos.

A los estudiantes que han participado en la investigación, los grandes protagonistas de la misma, y a sus familias, por su implicación desinteresada y total.

A Laura, sin tu apoyo y cariño en los últimos años esto no hubiera sido posible. Gracias por ser como eres. Seguimos avanzando juntos con cariño, respeto y confianza mutua, para seguir siempre teniendo razones para compartir objetivos juntos, ya sean vitales o profesionales.

A mi familia, a mis hermanas, Inma, Carmen y Ana, a mi abuelita Fina por darme con una sonrisa toda la paz que necesito, a mis abuelitos que ya no están, que me cuidan y me guían con amor, a mis sobrinas y cuñados, por apoyarme en todos los periodos difíciles de mi vida. Os debo lo que soy y seré.

A mis padres, Carmen y José, que nunca han escatimado en darme todo lo que tienen, transmitiéndome fuerza y confianza, tanto en este, como otros objetivos que me he planteado. Siempre habéis estado conmigo en todos mis retos personales y profesionales, por lo que os agradezco la vida, vuestra sola presencia me ha permitido superar las barreras encontradas en el camino.

A mis hijos, Delia, Diana y José Miguel, que son el motor que mueve mi vida, que son lo más bonito que me ha pasado nunca, que por ellos me levanto cada día intentando que su vida sea lo más feliz posible.

A mis amigos, a Sergio, Antonio y Tatiana, por hacerme sentir que la verdadera amistad existe. Gracias por vuestro apoyo y por compartir conmigo tantas cosas. Nunca os podré agradecer todo lo que me habéis ayudado. Tatiana, tan culpable de que esto sea posible, tan culpable de mi felicidad, tan importante para mí, que espero que la vida te devuelva todo lo que tú me has dado.

Y por último, quiero agradecer al principal responsable de este trabajo, la persona que desde el primer minuto me animó, y me convenció de que era posible…

A Raúl, es para ti hermano, por todo lo que me has aportado en la vida, durante estos largos, felices y difíciles años, siempre has estado ahí, escuchando, con el mejor de tus consejos, por todo lo que me aportas y me aportarás, porque juntos estaremos hasta el final. Esto es vida.

A todos y todas, gracias por vuestro tiempo, compañía y cariño.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN **7**

I - INTRODUCCIÓN **21**

II - MARCO TEÓRICO **31**

2.1. TARTAMUDEZ: UN TÉRMINO CONTROVERTIDO **31**

2.1.1. Aproximación a los conceptos de comunicación, lenguaje y habla. . 32

2.1.2. Trastornos de la comunicación y del lenguaje 34

2.1.3. Trastornos de la fluidez del habla 36

2.1.3.1. Definición de los trastornos de la fluidez del habla 36

2.1.3.2. Sintomatología en la tartamudez 44

2.1.3.3. Clasificación del trastorno de la fluencia de inicio en la infancia o Tartamudez 50

2.1.3.4. Etiología, factores de riesgo, prevalencia e incidencia de la tartamudez. 53

2.1.3.5. La importancia del diagnóstico diferencial en la tartamudez 63

2.1.3.6. Tipos de intervenciones para abordar la Tartamudez 67

2.2. AUTOCONCEPTO Y PERSONALIDAD: RELACIÓN CON LA TARTAMUDEZ **79**

2.2.1. El papel del temperamento en la tartamudez 79

2.2.2. Personalidad y emociones en la adolescencia 83

2.2.3. La influencia de factores emocionales en la tartamudez 91

2.2.4. Ansiedad, culpa, vergüenza y miedo y su relación con la tartamudez 94

2.2.5. Autoconcepto y autoestima: relevancia en la tartamudez 103

2.2.6. Importancia de evaluar el autoconcepto en personas que presentan tartamudez en la adolescencia 116

2.2.7. Autoconcepto y su relación con otros factores de la personalidad . 123

2.2.8. La importancia de evaluar la tartamudez en la adolescencia 125

III - OBJETIVOS **139**

IV - MATERIAL Y MÉTODO **143**

4.1. PARTICIPANTES **143**

4.2. INSTRUMENTOS **143**

4.2.1. Cuestionario sociodemográfico 143

4.2.2. Self- Description Questionnaire II - Abreviado 144

4.2.3. Instrumento de evaluación de la fluidez verbal 147

4.2.4. 16PF-APQ. Cuestionario de Personalidad para Adolescentes 148

4.2.5. Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas 150

4.3. PROCEDIMIENTO **150**

4.4. ANÁLISIS DE DATOS **154**

V - RESULTADOS **159**

5.1. ESTUDIO 1. ADAPTACIÓN Y PROPIEDADES DE MEDIDA DEL SELF-DESCRIPTION QUESTIONNAIRE II - ABREVIADO (SDQ-II-S) **159**

5.1.1. Introducción 159

5.1.2. Descriptivos del cuestionario 159

5.1.3. Análisis factorial confirmatorio (AFC) 161

5.1.4. Análisis de fiabilidad y validez convergente 164

5.1.5. Análisis de Invarianza 164

5.2. ESTUDIO 2. ANÁLISIS DE LOS ESTUDIANTES CON TARTAMUDEZ **165**

5.2.1. Introducción 165

5.2.2. Análisis descriptivo 166

5.3. ESTUDIO 3. TARTAMUDEZ, AUTOCONCEPTO Y PERSONALIDAD **177**

5.3.1. Introducción 177

5.3.2. Diferencias entre grupos 177

5.3.3. Análisis de relaciones 180
5.3.4. Análisis de regresión..... 183
VI - DISCUSIÓN 195
6.1. ESTUDIO 1. ADAPTACIÓN Y PROPIEDADES DE MEDIDA DEL SELF-DESCRIPTION QUESTIONNAIRE II - ABREVIADO (SDQ-II-S) 195
6.2. ESTUDIO 2. ANÁLISIS DE LOS ESTUDIANTES CON TARTAMUDEZ ... 197
6.3. ESTUDIO 3. TARTAMUDEZ, AUTOCONCEPTO Y PERSONALIDAD..... 201
VII - CONCLUSIONES 217
VIII - LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN 223
IX - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 229
X - ANEXOS 265

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escala Wingate para la evaluación de la gravedad de la tartamudez 51
Tabla 2. Prevalencia de la Tartamudez según Cervera e Ygual (2002) 62
Tabla 3. Criterios diagnósticos Vs. Diagnóstico diferencial..... 66
Tabla 4. Resumen de técnicas de intervención directa según teoría (Santacreu y Forjan, 1997)..... 73
Tabla 5. Clasificación de las emociones (Bizquerra, 2009) 90
Tabla 6.Descriptivos 160
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las dimensiones..... 161
Tabla 8. Cargas Factoriales 162
Tabla 9. Correlaciones entre dimensiones y fiabilidad compuesta 163
Tabla 10. Invarianza de modelo por género 165
Tabla 11. Descriptivos 167
Tabla 12. Edad de comienzo..... 169
Tabla 13. Qué se hizo al detectarlo 170
Tabla 14. Preocupación por el habla 170
Tabla 15. Evolución de disfluencia..... 171
Tabla 16. Tensión corporal 171
Tabla 17. Movimientos asociados..... 172
Tabla 18. Contacto visual..... 172
Tabla 19. Velocidad 173
Tabla 20. Antecedentes familiares 173
Tabla 21. Circunstancias especiales..... 174
Tabla 22. Emociones durante la disfluencia..... 175
Tabla 23. Técnicas de control 176
Tabla 24. Reacción de los otros 177
Tabla 25. Análisis de diferencias en personalidad entre estudiantes del grupo control y con tartamudez 178

Tabla 26. Análisis de diferencias en autoconcepto entre estudiantes del grupo control y con tartamudez 179
Tabla 27. Análisis de correlaciones: Estudiantes del grupo control 180
Tabla 28. Análisis de correlaciones: Estudiantes con tartamudez 182
Tabla 29. Análisis de regresión: Grupo de control 185
Tabla 30. Análisis de regresión: Estudiantes con tartamudez 190

I – INTRODUCCIÓN

I - INTRODUCCIÓN

Entre los distintos problemas que nos podemos encontrar en los adolescentes, uno que puede repercutir en su aprendizaje y rendimiento escolar, e incluso en su vida diaria y posterior adaptación a la vida adulta, son los problemas de fluidez en su comunicación, ya sea con sus iguales o con los adultos.

Estos problemas de fluidez verbal son únicamente una característica de la persona que los padece y bien podemos quedarnos ahí, o bien podemos intentar relacionarlo con otras variables que expliquen o ayuden a esclarecer el motivo de estos problemas y ayuden a la hora de abordarlos, ya que conocer el origen o posibles correlaciones, puede ayudar en la búsqueda del tratamiento adecuado que consiga mejorar la fluencia verbal o aminorar su repercusión en la vida del adolescente.

El surgimiento de los especialistas en Audición y Lenguaje en los colegios de Educación Infantil y Primaria, es una realidad desde hace unos años, pero con la LOGSE, estos especialistas, comenzaron introduciéndose, poco a poco, también en los centros de enseñanza secundaria obligatoria, donde las edades están comprendidas entre los 12 y 18 años. En un centro de Educación Infantil y Primaria, un especialista realiza una intervención indirecta con los alumnos con problemas de fluidez verbal, pero en Educación Secundaria, esta intervención se ve relegada a un segundo plano, donde el objetivo es la consecución del aprendizaje de los contenidos curriculares establecidos en la etapa para cada materia, quedando el especialista para el apoyo educativo priorizando los casos más graves.

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en la Resolución del 30 de julio de 2019, se recogen las instrucciones para la organización de la respuesta educativa a los alumnos con dificultades de aprendizaje, entre los que se encontrarían los alumnos con disfluencias o como recoge la Resolución en su Anexo III, con disfemia. Estos alumnos, según se recoge en la Resolución de 20 de noviembre de 2023, por la que se dictan instrucciones para la elaboración de los planes de actuación personalizados destinados al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, los encontramos, concretamente en el anexo I de esta resolución, el trastorno de la fluidez, dentro del grupo de los trastornos del

desarrollo del lenguaje y la comunicación. Estos alumnos tienen que disponer de una evaluación psicopedagógica y un informe de evaluación psicopedagógica que disponga la necesidad o conveniencia de la intervención de un especialista en audición y lenguaje.

Actualmente, el modelo de enseñanza DUA (Diseño Universal para el Aprendizaje), que refiere el conjunto de estrategias organizativas y metodológicas dirigidas a promover la educación inclusiva, mediante la eliminación de cualquier barrera que impida el acceso, participación y aprendizaje de los alumnos en el sistema educativo, está ampliamente implantado en nuestro sistema educativo, por ello, se hace necesario enriquecer y diversificar de antemano los canales de presentación de los contenidos curriculares y los modos de interactuar con las actividades, facilitando el aprendizaje de toda la diversidad del alumnado, no solo de aquellos en situación de excepcionalidad. Este enfoque educativo tiene tres características fundamentales, una de ellas es proporcionar múltiples formas de implicación, intentando incluir estrategias que favorezcan el desarrollo de un autoconcepto y autoestima positivos en los alumnos, y que, a su vez, favorezca una actitud positiva hacia el aprendizaje. Aquí aparece una de las variables objeto de nuestro estudio, por la importancia que consideramos tiene en el proceso de enseñanza aprendizaje, en general en todo el alumnado, y concretamente en los alumnos con trastorno de la fluidez, como veremos más adelante.

Los sujetos con tartamudez suelen estar fuera de las prioridades de atención en los centros, ya que sus necesidades no se consideran específicas y prioritarias para recibir los apoyos necesarios, pero esto, a veces, es contraproducente, ya que la falta de fluidez verbal puede correlacionar con otro tipo de problemas que pueden ocasionar bajo rendimiento académico.

No hay lugar a dudas, que la edad de la adolescencia es de especial importancia en la formación de la personalidad del sujeto, por lo tanto, más allá de la consecución o no de los contenidos curriculares y de su rendimiento académico, existe la necesidad de darle importancia a aspectos que puedan influir en el adolescente y que en el centro educativo se pueda incluir en los programas de los especialistas que intervienen con aquellos alumnos que lo necesitan.

Así, siendo el tema que nos ocupa en este estudio, la falta de fluencia verbal de los adolescentes, nos preguntamos, sí podría influir esto, en la formación de la

personalidad de quien la padece, o viceversa, sí determinadas variables de la personalidad podrían producir una falta de fluidez verbal, y cómo llevar a cabo una evaluación que nos permita controlar el mayor número de variables con el fin de establecer un tratamiento adecuado.

Por esta razón, vamos a dividir nuestro trabajo en tres partes diferenciadas:

Por un lado, puesto que, dentro de estas variables de personalidad más influyentes, encontramos el autoconcepto, vamos a validar el cuestionario con el que vamos a llevar a cabo la evaluación de los sujetos, para luego comprobar su correlación, y que esta sea lo más fiable posible, después de nuestra validación.

En segundo lugar, vamos a realizar una evaluación exhaustiva de los sujetos con trastorno de la fluencia con inicio en la infancia, y de un grupo control, para ello utilizaremos una serie de instrumentos de evaluación basándonos en nuestro método, intentado justificar el porqué de esta evaluación con la revisión exhaustiva de la literatura científica existente, extrayendo que aspectos consideramos esenciales a la hora de evaluar a los sujetos con disfluencias derivadas del trastorno, para orientar una futura intervención.

Y por último y tercera parte, analizaremos el autoconcepto y su relación con las demás variables evaluadas, comparando los resultados extraídos de la evaluación realizada a los sujetos de la muestra del estudio.

Al hablar de fluidez verbal, uno de los términos más utilizados es "disfemia" (término obsoleto) o "tartamudez", pero por mucho que sean las más relevantes para la relación, que como especialistas en lenguaje se establecen, parece injusto que la parte sustituya al todo y elijamos una etiqueta que enfatiza la discapacidad (Shapiro, 1999). Por lo tanto, en este estudio no hablaremos de disfémicos, ni tampoco de personas con disfemia, sino de fluidez verbal y otras variables relacionadas según todos los autores, una de las principales características de la persona que tartamudea es la falta de fluidez verbal, cada persona tiene una fluidez verbal distinta y una personalidad distinta, ya que la persona que tartamudea, o que tiene disfluencias, tiene otros rasgos asociados que más adelante veremos, y que son característicos de la persona con tartamudez, más allá de las disfluencias.

Teniendo como base las tres partes que antes planteábamos para el estudio, partiremos con un objetivo principal en este trabajo:

Conocer las posibles relaciones existentes entre la fluidez verbal en adolescentes de la Región de Murcia, su autoconcepto y otras variables de personalidad incluidas en nuestro método de evaluación.

Intentaremos conocer todas las posibles diferencias de personalidad entre los sujetos que están diagnosticados con trastorno de fluidez verbal por un especialista de Audición y Lenguaje o equipo de orientación de los centros de Educación Secundaria, y los que no, y diferencias entre el grupo de los sujetos diagnosticados según las distintas variables de personalidad.

Aunque hay investigaciones anteriores que relacionan las distintas variables de personalidad objeto de nuestro estudio y fluidez verbal, nuestra intención es profundizar aún más en este campo de trabajo, ahondaremos dentro del propio trastorno, en las distintas presentaciones del mismo basadas en la sintomatología predominante, intentando establecer la caracterización en el área del lenguaje que presentan los adolescentes y su relación con las distintas variables de personalidad más características de los mismos.

Así, este estudio se va a estructurar en ocho capítulos, divididos en dos partes claramente diferenciadas.

Por un lado, se encuentra la primera parte, el marco teórico.

En el que contemplaremos las investigaciones y aportaciones científicas que se han realizado en torno a la fluidez verbal y más concretamente al trastorno de la fluencia, y a las variables de personalidad que pueden estar relacionadas, especialmente el autoconcepto y todas las demás variables que en este pueden influir, con el fin de dar respuesta a la primera y tercera parte de nuestro estudio, la validación del cuestionario de autoconcepto y su posterior análisis y relación con la fluidez verbal, además de las comparaciones con el resto de variables de personalidad.

Además, en esta parte del estudio, revisaremos toda la literatura científica que justifique nuestro método de evaluación de la fluidez verbal, dando respuesta a la pregunta de por qué evaluamos las distintas variables que conforman nuestro trabajo.

En la segunda parte, plasmaremos el trabajo experimental que hemos realizado, con la finalidad de aportar resultados empíricos útiles que puedan

ayudar en la evaluación e intervención para la mejora de la fluidez verbal en los sujetos adolescentes en Educación Secundaria.

En el primero de los capítulos se expondrá la evolución histórica y conceptual que la tartamudez ha experimentado desde que se describieron los primeros síntomas, hasta el día de hoy. A lo largo de la historia se han podido observar cambios en la denominación terminológica del mismo, los cuales se sustentan sobre las teorías que mayor repercusión tuvieron en el panorama científico. Veremos los conceptos de comunicación, lenguaje y habla. Además, debemos destacar la importancia de las diferentes investigaciones científicas, de los sistemas de evaluación e intervención en el trastorno, y de las diferentes clasificaciones del mismo. Para ello, han resultado fundamentales las aportaciones de los diversos manuales diagnósticos, cuyas contribuciones han participado en la concepción que en la actualidad se tiene, y especialmente las investigaciones de los expertos en la materia. Se presentarán las habilidades y peculiaridades psicolingüísticas que caracterizan a los sujetos con tartamudez, según los resultados obtenidos en diversos trabajos de investigación anteriores al que nos ocupa. Así como los criterios diagnósticos y modelos explicativos de la tartamudez desarrollados y defendidos por las distintas teorías explicativas del mismo. Así, como que hay que tener en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico diferencial para poder llevar a cabo una intervención eficaz, viendo algunos métodos de intervención que son utilizados por los especialistas.

En el segundo capítulo destacaremos las distintas variables de la personalidad que pueden influir en el trastorno de la fluencia, así como este último puede a su vez, incidir en las mismas variables, otorgando a los sujetos una personalidad distinta derivada de su problema en la fluidez. Especial importancia daremos al autoconcepto, y a todas las variables que en este pueden redundar. Realizando una descripción de los síntomas secundarios del trastorno de la fluencia que afectan a la personalidad. Papel importante adquieren las emociones, y aunque pueden ser un número excesivo para poder controlarlas al completo en esta investigación, nos centraremos en aquellas que por la importancia que se le da en la literatura científica, y teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del trastorno, consideramos de mayor importancia, por lo que desarrollaremos aquellas que según la literatura científica tienen una mayor asociación con el trastorno que nos

ocupa. Así, además del autoconcepto, otorgaremos especial atención a la ansiedad, temperamento, culpa, vergüenza, autoestima y miedo, entre otros.

Comprobaremos la importancia del autoconcepto intentando justificar el motivo de su evaluación, incidiendo en su relación con el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia, y su relación con otras variables de la personalidad, realizando comparaciones con ellas.

En un tercer capítulo, vamos a intentar proponer un sistema de evaluación, respondiendo al qué y cómo evaluar en el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia, justificando teóricamente a partir de investigaciones previas, nuestro método de evaluación.

Una vez visualizado el marco teórico en los capítulos anteriores, los cuales nos proporcionarán un punto de partida desde el que situar nuestra investigación, daremos paso al estudio experimental.

En la segunda parte de nuestra Tesis Doctoral, se plasmará la investigación llevada a cabo, el estudio empírico en sí. Los aspectos metodológicos de la misma, los resultados y su valoración.

Así, en el capítulo IV expondremos los aspectos metodológicos de la investigación llevada a cabo, comenzando por la justificación de la misma, los objetivos que nos planteamos e hipótesis que formulamos; la descripción de la muestra que vamos a utilizar en el estudio, las pruebas lingüísticas que utilizaremos e instrumentos para medir la eficiencia lectora, lenguaje espontaneo y las distintas pruebas para medir y valorar las variables de personalidad. El procedimiento utilizado y el análisis de datos.

En el capítulo V, se compararán los resultados con la finalidad de buscar posibles diferencias entre el grupo que presenta el trastorno de la fluencia y el grupo control. También se contrastarán los datos obtenidos en cada una de las pruebas por los sujetos con el trastorno, para comprobar posibles relaciones de casualidad entre variables.

A su vez, y relacionado con el capítulo anterior, en el capítulo VI, se discutirán los resultados, relacionando los mismos con los objetivos previamente expuestos en la investigación y basada en la revisión bibliográfica realizada sobre el tema que nos ocupa.

Para terminar con el estudio, en el capítulo VII estableceremos las conclusiones generales a las que hemos llegado con este trabajo, así como futuras líneas de investigación en las que profundizar con el propósito de proporcionar continuidad a este estudio y seguir mejorando nuestra intervención con sujetos adolescentes con trastornos de la fluencia en centros de Educación Secundaria.

II – MARCO TEÓRICO

II - MARCO TEÓRICO

2.1. TARTAMUDEZ: UN TÉRMINO CONTROVERTIDO

A lo largo de la historia, podemos observar en la literatura que se ha utilizado el término disfemia o tartamudez de forma indistinta, para referirnos al mismo trastorno del lenguaje.

Existe controversia a la hora de utilizar un término u otro, dependiendo del autor y el momento, así se hace referencia al trastorno de fluidez que en este estudio nos ocupa.

Clásicamente, la tartamudez se definía como un problema del ritmo del habla. De una manera más actualizada, 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 nos vemos en la obligación de plantear muchas cuestiones sobre ella teniendo en cuenta el punto de vista de la persona que la padece, aspecto este último, en muchas ocasiones, generalmente descuidado u olvidado a la hora de definir el concepto de este trastorno.

La evolución histórica del actualmente denominado por muchos autores "Trastorno de la Fluencia" ha experimentado a lo largo del tiempo diferentes denominaciones para hacer referencia tanto al problema en sí, como a los sujetos que tenían el problema de fluidez verbal. Entre las aportaciones encontramos aquellas que provienen de clasificaciones científicas realizadas por la Asociación Americana de Psiquiatría (en adelante, APA) y la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), con las que se corresponden respectivamente las ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (en adelante CIE), así como contribuciones anteriores y posteriores que han ido configurando el concepto que se ha establecido en la actualidad. En esta configuración también debemos destacar las aportaciones realizadas a través de diferentes modelos explicativos desarrollados a partir de investigaciones llevadas a cabo por distintos

autores internacionales, con publicaciones e investigaciones de gran impacto científico.

Así mismo, sus criterios diagnósticos han sido aportados igualmente a partir de distintos autores, que han ido concretándose hasta llegar a los criterios utilizados actualmente para diagnosticar el trastorno de la fluencia de inicio en la infancia o tartamudeo.

2.1.1. Aproximación a los conceptos de comunicación, lenguaje y habla.

El ser humano es un ser social por naturaleza, y por lo tanto se comunica. La comunicación es la acción consciente de intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir o recibir información. Las personas utilizamos como principal vehículo de comunicación el lenguaje. Son múltiples las aportaciones que se han hecho sobre el concepto del lenguaje a lo largo del siglo XX. Tenemos que diferenciar entre habla, lenguaje y comunicación.

El habla se define como la producción de sonidos expresivos, y comprende la articulación, la fluencia, la voz y la calidad de resonancia. Es un proceso motor complejo conducido por el Sistema Nervioso Central y el Sistema Nervioso Periférico. Para su correcta producción, son necesarios el desarrollo cognitivo, fonológico, integridad del sistema neurológico y la participación de los órganos fonoarticulatorios (Tafur, 2018).

Así mismo, el habla consta de diversos mecanismos de origen motor, los cuales permiten una producción adecuada y coordinada, que son definidos como Procesos Motores Básicos del Habla (Mardones et al., 2017). Dentro de estos procesos se encuentra: la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia. Para poder entender un poco más sobre el trastorno de la fluidez debemos tener claro el funcionamiento del habla, pues es el aspecto que visiblemente se ve alterado en el trastorno.

La respiración es el origen del habla, consta de la inspiración y espiración, entrada y salida de aire, respectivamente (Colón y Lazo, 2018). Con respecto a la fonación o voz, es comprendido como un proceso donde se genera sonido mediante la vibración de las cuerdas vocales en la laringe. La resonancia se asocia a la amplificación del tono vocal, que se produce en la faringe, cavidad oral y cavidad nasal. En cuanto a la articulación, transforma el sonido producido en la laringe

mediante los órganos articuladores y, por último, la prosodia, que se relaciona con los aspectos melódicos del habla (González y Bevilacqua, 2012).

Por otra parte, desde la lingüística, se entiende habla como aquella que:

> Involucra componentes lingüísticos que son procesados por diferentes vías neurales, los que, integrados y en sincronía, son fundamentales para la consolidación de un habla fluente que debe tener un flujo continuo, mantener una secuencia, velocidad, ritmo y una duración considerados normales, para que las unidades fonológicas léxicas, morfológicas y/o sintácticas sean adecuadamente producidas. (Oliveira et al., 2010, p. 445).

El concepto de lenguaje incluye la forma, la función y el uso cotidiano de símbolos con la intención de comunicarse, tanto de forma verbal como no verbal. Y de forma más global, la comunicación hace referencia a cualquier conducta verbal o no verbal, intencional o no, que influya en el comportamiento, las ideas o las actitudes de otro individuo.

A continuación, exponemos una de las que, a nuestro criterio, nos parece de las definiciones más completas del lenguaje, los autores Lecours et al., (1980; citados en Mulas et al., 2006) definieron el lenguaje como "El resultado de una actividad nerviosa compleja que permite la comunicación interindividual de estados psíquicos a través de la materialización de signos multimodales que simbolizan estos estados de acuerdo con una convención propia de una comunidad lingüística" (p. 103).

En otras palabras, el lenguaje es una capacidad biológica del ser humano que se pone de manifiesto a través de procesos de codificación y decodificación con el fin de establecer una comunicación entre el emisor y el receptor; y que, además, está formado por componentes fonético, fonológico, léxico, morfosintáctico, semántico y pragmático propios de la cultura o "comunidad lingüística" en la que se desarrolle (Mulas et al., 2006).

El lenguaje, es el instrumento de comunicación exclusivo del ser humano que, además de utilizarse para intercambiar información y representar conocimientos, pensamientos e ideas; nos permite relacionarnos con otras personas e interaccionar con el medio. Para hacer posible su adquisición es necesaria la intervención de

procesos cognitivos como la percepción, la atención, la memoria y el pensamiento (González y García, 2019).

Resumiendo, y diferenciándolo del lenguaje, el concepto de habla se define como la capacidad de producir lenguaje oral, es decir, es la producción de sonidos de manera expresiva, en la cual están involucrados para su consecución la articulación, la voz, la fluidez y la calidad de resonancia. Además, para que el habla sea eficaz también juegan un papel importante los órganos bucofonatorios y los circuitos cerebrales (González y García, 2019).

La fluidez en el habla es el flujo fácil y continúo de las palabras, al que nuestro cerebro debe acceder a una velocidad increíble y que trasladadas al momento del habla (voz, fonación, articulación…) se convierten en un conjunto de movimientos musculares y respiratorios coordinados y secuenciados que producen sonidos, en este caso fonemas. Por lo tanto, hablar fluido, desde un punto de vista motor, significa hablar fácil, sin esfuerzo, sin interrupciones y a una velocidad socialmente aceptable en tu entorno. Desde un punto de vista del lenguaje, hablar fluido implica hablar a una velocidad media, constante, donde no surja dificultad de acceso al léxico.

Por lo tanto, en el habla, respiración, articulación y fluidez son aspectos fundamentales, por lo que cuando existen anomalías o dificultades articulatorias, o dificultades en cualquiera de los componentes del lenguaje anteriormente citados, el lenguaje puede verse afectado, tratándose así de un trastorno del habla o del lenguaje, como explicaremos en el siguiente apartado, y finalmente concretándolo en los problemas de fluidez del habla.

2.1.2. Trastornos de la comunicación y del lenguaje

En Hurtado (2009) se recoge que el ser humano posee estructuras orgánicas innatas que posibilitan la adquisición del lenguaje, pero es a través de las interacciones con el entorno socio-familiar y cultural cuando éste lo adquiere y se desarrolla íntegramente.

Por otra parte, hay que añadir que el desarrollo del lenguaje está íntimamente relacionado con el desarrollo cognitivo y, entre ambos, se establece una relación de enriquecimiento mutuo. Esta relación se puede romper o verse afectada cuando aparecen los denominados trastornos del lenguaje, alteraciones de orígenes

diversos y que afectan de diferentes maneras a unos individuos u otros, de manera negativa en la correlación de ambas variables.

La definición que recoge el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su quinta edición (en adelante, DSM-5) (APA, 2014) sobre los Trastornos de la Comunicación hace referencia directa a déficits en el lenguaje, discurso y comunicación.

Según el DSM-5 (APA, 2014), por lenguaje se entiende la forma, función y uso que cada individuo hace del sistema de símbolos (palabras escritas, orales, dibujos, etcétera); el discurso es la expresión oral de sonidos que incluye la articulación, fluidez, tono y resonancia; por último, la comunicación incluye tanto la expresión oral como gestual que se adapta al contexto y determina el comportamiento e ideas del sujeto. Según el manual, los trastornos del lenguaje agrupan el conjunto de problemas que interfieren en la comunicación verbal a causa del desarrollo ineficiente de cualquier mecanismo implicado en el lenguaje, sin olvidar que la repercusión no se limita al intercambio de información, sino que también incide en el aprendizaje, el razonamiento, la interacción social, las emociones y la calidad de vida.

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014), los Trastornos de la Comunicación forman parte del grupo de Trastornos del Neurodesarrollo, en el que se incluyen aquellos desordenes que están asociados a procesos madurativos, de carácter innato. Desde este Manuel se entiende que los Trastornos de la Comunicación comprenden las deficiencias del lenguaje, el habla y la comunicación que no pueden atribuirse a un déficit auditivo o sensorial, disfunción motora u otras afecciones médicas o neurológicas, discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo, que tienen su inicio en las primeras fases del período de desarrollo. Se incluye como criterios de exclusión cualquier condición médica que pueda explicarlo. Especifican que producen un grado de interferencia significativo en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional, tanto de forma individual o con cualquier combinación.

Dentro de los *Trastornos de la Comunicación* se incluyen los siguientes:

- Trastornos del lenguaje expresivo (language disorder)
- Trastorno del habla o fonológico (Speech sound disorder)

- **Trastornos de la fluencia de inicio en la infancia o tartamudeo (Stuttering)**
- Trastorno del componente pragmático de la comunicación (Social (pragmatic) communication disorder)
- Trastorno de la comunicación no especificado (Unspecified communication disorder)

La investigación que nos ocupa, sobre el trastorno de la fluencia, estaría dentro de los trastornos de fluidez del habla, por lo tanto, para el DSM-5 (APA, 2014), es un Trastorno de la Comunicación.

Entre las diferentes alteraciones del lenguaje, se recoge en esta categoría, la conocida tartamudez, 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 también Gallardo y Gallego (2003), como un trastorno en la fluidez verbal.

La tartamudez es un trastorno del habla, es un cuadro diagnóstico, un conjunto de características del habla que aparece entre los dos y cinco años, normalmente, si es del neurodesarrollo. La Tartamudez se denomina persistente por que acompaña a la persona que tartamudea toda su vida, aunque pueda llegar a manejarla y controlarla.

Tal y como señalan Barrera y Mora (2024) la tartamudez, según reconoce el DSM-5, es un Trastorno de la Comunicación cuya principal característica es la alteración de la fluidez del habla, y se reconoce como un trastorno complejo debido a su propia naturaleza y en la forma en que se manifiesta en las diferentes personas que lo presentan.

2.1.3. Trastornos de la fluidez del habla

2.1.3.1. Definición de los trastornos de la fluidez del habla

Reconociendo la variable de la fluidez como aspecto fundamental en el habla, Starkweather (1987) define la fluidez como la facilidad para el desempeño del habla y el lenguaje. Las personas fluentes tienen tanta destreza en el desempeño de estas

habilidades que no necesitan pensar mucho ni gastar energía para hablar. Por lo tanto, la fluidez del habla la define en términos de continuidad, velocidad, esfuerzo y ritmo.

En este sentido, se puede decir que, la continuidad en el habla es descrita como la medida en que los sonidos, las sílabas y las palabras se adecuan suavemente en el discurso. Sin embargo, la persona puede tener algunos comportamientos que interrumpen el suave flujo del mensaje, como repeticiones, pausas, oraciones incompletas, entre otras (Starkweather, 1987). A esto le llamaremos disfluencias y nos centraremos así en la tartamudez.

Aunque actualmente la investigación sobre la tartamudez reconoce que los factores lingüísticos, emocionales y cognitivos también influyen en cuándo y cómo se produce la tartamudez, la suposición de que los síntomas primarios son las disfluencias no ha cambiado (Smith y Weber, 2017).

Otro componente de la fluidez es el esfuerzo para producir el habla. Por lo general, un discurso que se logra realizar sin esfuerzo o con el mínimo de él, es una de las características que distinguen a un hablante fluido de otro que no lo es tanto. Existen principalmente dos formas para describir la acción realizada; en primer lugar, se encuentra un esfuerzo muscular o físico mínimo que está presente mientras el hablante fluido realiza una locución. En segundo lugar, un hablante fluido realiza solamente un pequeño esfuerzo mental al momento de hablar (Starkweather, 1987). Aspecto importante el que nos aporta en relación al desarrollo de la fluidez, afirmando que se presenta de manera progresiva y se acompaña con la adquisición y desarrollo del lenguaje, afianzándose aproximadamente entre los 5 y 6 años de edad (Angiono et al., 2019).

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 en la de postular una intervención terapéutica eficaz.

El trastorno de la fluidez verbal, y concretamente la tartamudez, forma parte de los trastornos de la comunicación, los cuales hacen referencia a las alteraciones del lenguaje, el habla y la comunicación, que no son debidas a un déficit sensorial,

a disfunciones médicas o neurológicas, a una discapacidad mental o a un retraso global del desarrollo (González y García, 2018).

Así, cuando hablamos de trastorno de la fluencia verbal, 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 de la fonación (Castro, 2018). 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 diferentes tipos de trastornos de la fluencia, sino diferentes sujetos con unas habilidades u otras. El grado de fluidez en el habla puede ser muy variable dependiendo de cada persona, puede verse influenciada por las emociones, estado de ánimo y por el dominio que se tenga del tema de conversación durante el discurso (Castro, 2018).

El término más comúnmente utilizado para designar estos trastornos de la fluidez del habla en los últimos años ha sido disfemia o tartamudez. Se puede presentar con diferentes características, dependiendo de su etiología y aparición.

El término "tartamudez" ha experimentado notables transformaciones a lo largo del tiempo en cuanto a su conceptualización.

Ciñéndonos a los principales manuales, el estudio de los problemas del desarrollo del lenguaje topa con serios problemas epistemológicos derivados de la distinta terminología que imponen el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) y la International Classification of Diseases (CIE). Si bien es cierto que ambos sistemas tienden a confluir en lo fundamental, difieren en términos diagnósticos, clasificación y modelo diagnóstico, lo cual genera confusiones semánticas. Lo que en la CIE-11 (OMS, 2019) se agrupa como trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje, en el DSM-5 (APA, 2014) se denomina trastornos de la comunicación y, además, las entidades que se incluyen no coinciden en ambos manuales.

El DSM-IV (APA, 1994) 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.

En DSM–5 (APA, 2014), el trastorno de la fluidez verbal se caracteriza por: "Alteraciones en la fluidez y la organización temporal normal del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades del lenguaje y la aparición frecuente y notable de uno o más de los siguientes factores: repetición de sílabas y sonidos, prolongación de sonido de consonantes y vocales, palabras fragmentadas, bloqueo audible o silencioso, circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas), palabras producidas con un exceso de tensión física y repetición de palabras completas monosilábicas". Además, se acompaña de ansiedad al hablar, disfunciones en la comunicación eficaz y deterioro en los ámbitos social, laboral o académico de la persona.

Siguiendo en la línea de este Manual, pero más actualizado, aunque la última versión hasta el momento data de marzo de 2022 (DSM-5-TR) (APA, 2022), en la que la tartamudez se clasifica dentro de los trastornos de la comunicación, como el trastorno de la fluencia de inicio en la infancia, un trastorno de la comunicación caracterizado por una alteración en el flujo y el momento del habla que es inapropiada para la edad de un individuo. Esta condición incluye la repetición o prolongación de los sonidos del habla, vacilaciones antes y durante el habla, largas pausas en el habla, habla con esfuerzo y/o repeticiones monosilábicas de palabras completas. Esta afección generalmente se acompaña de ansiedad por hablar y puede limitar la comodidad que siente un niño al participar en entornos sociales o académicos.

Como se puede apreciar, en el DSM-5-TR (APA, 2022) se tiene en cuenta y es un requisito el ver cómo afecta el trastorno a la persona y el malestar que le provoca en las diferentes esferas de su vida. Según el DSM-5 (APA, 2014), los síntomas

pueden aparecer y desaparecer según la tarea en cuestión. Por ejemplo, los síntomas pueden estar ausentes durante la lectura oral o el canto, pero presentes en una conversación casual con otra persona. Los síntomas pueden verse exacerbados por el estrés, la ansiedad o sentirse cohibido. Los síntomas también pueden ir acompañados de movimientos motores, como parpadeos, tics y temblores en los labios o la cara (Tichenor y Yaruss, 2021).

La OMS define la tartamudez como "un desorden en el ritmo de discurso en el que el individuo sabe lo que desea decir, pero al mismo tiempo puede tener dificultad para decirlo debido a una repetición involuntaria, prolongación, o cesación de su discurso." Indudablemente la OMS se queda corta ya que sólo describe los síntomas primarios de la tartamudez, lo que se ve o se oye de la persona con tartamudez, hay otra serie de síntomas secundarios como ahora veremos que no menciona, como ansiedad, frustración, temor a hablar o tensión.

La CIE-10 (OMS, 2016) define la tartamudez como "el trastorno del habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de los sonidos, sílabas o palabras, o por frecuentes dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla", aunque dentro del apartado de Trastornos Mentales y del Comportamiento, específicamente en la subclasificación denominada: Otros Trastornos Emocionales y del Comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, reconoce tanto a la tartamudez, como el farfulleo.

Más actual, en la CIE-11 (OMS, 2022), capítulo 6, sobre Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo, encontramos bajo la denominación genérica de Trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje, la clasificación en el que se encuentra el trastorno de la fluencia como:

- *El trastorno del desarrollo de la fluencia del habla.*

Este trastorno se caracteriza por la alteración persistente y frecuente o dominante del flujo rítmico del habla que surge durante el periodo de desarrollo, que está fuera de los límites de variación normal esperada para la edad y el nivel de funcionamiento intelectual, y que lleva a una inteligibilidad menor que afecta significativamente la comunicación. Puede incluir repeticiones de sonidos, sílabas o palabras, prolongaciones, separación de palabras, bloqueo de la producción, uso excesivo de interjecciones, y ráfagas breves y rápidas de discurso.

Aunque algunos autores consideran que disfemia y tartamudez no son lo mismo, diferenciando entre ambos conceptos, nosotros, como la gran mayoría de expertos, no vamos a diferenciar entre ambos conceptos como trastornos del habla, citando ahora a varios autores que los definen.

De acuerdo con Sangorrín (2005, p. 44) la tartamudez se define como "un síndrome clínico caracterizado por disfluencias anormales y persistentes del habla, acompañadas por peculiares patrones conductuales, cognitivos y afectivos". En este caso, el individuo tiene intencionalidad comunicativa, pero está limitado a la hora de expresarse con fluidez por causas involuntarias de repeticiones, prolongaciones o interrupciones.

Tras revisar un amplio número de definiciones del trastorno de fluidez verbal, concretamente tartamudez, podemos destacar dos, por su claridad, y por el enfoque operativo que se le da. En primer lugar, Van Riper (1982) plantea que la tartamudez ocurre cuando el flujo continuo del habla es interrumpido por una disrupción motórica de un sonido, una sílaba, una palabra o la reacción del hablante a la propia disrupción.

En segundo lugar, y por su importancia, sencillez, concreción y a la par, clarificadora, es la definición operativa del trastorno de la fluidez. Para Starkwether (1987), dos son las variables a tener en cuenta para definir el trastorno de fluidez (como observamos no habla de disfemia, sino de fluidez, por ser el principal síntoma):

- el tempo de las pausas, ritmo, entonación;
- y el esfuerzo que un hablante tiene que hacer para hablar.

De forma que la fluidez puede ser descrita como el flujo sin esfuerzo de habla, y el trastorno de la fluencia sería la ausencia de fluidez que se manifestaría en alteraciones del tempo o del esfuerzo, caracterizándose por una frecuencia más alta de lo normal de disfluencias que afectan a sonidos, sílabas y palabras y /o prolongación de sonidos o posturas del mecanismo de habla, que por supuesto, afecta a la fluidez verbal. Al hablar de fluidez, hay que tener en cuenta que el lenguaje producido por los tartamudos no es necesariamente el mismo que el lenguaje fluido cotidiano de los no tartamudos, así el término fluidez, puede ser engañoso porque niega o ignora diferencias concretas y características de discurso

de los tartamudos y porque dicotomiza falsamente a los tartamudos el habla, como lo opuesto al habla fluida (Tichenor y Yaruss, 2019b). Según la literatura revisada, la fluidez en la tartamudez requiere no sólo la ausencia de conductas de tartamudez sino también la ausencia de esfuerzo para establecer o mantener esa fluidez (Guitar, 2013).

Constantino et al. (2020) distinguieron entre fluidez esforzada y fluidez espontánea. Un hablante puede lograr fluidez con esfuerzo con el uso de técnicas para mejorar la fluidez, mediante un cuidadoso seguimiento del habla u ocultando conductas de tartamudez observables mediante sustituciones de palabras u otros medios de evitación. Por lo tanto, ese discurso podría parecer fluido desde la perspectiva de un extraño, pero puede requerir esfuerzo y ser agotador, para el hablante (Constantino et al.,2017), porque la verdadera fluidez es sin esfuerzo (Ingham et al., 2009). Por lo que, los oyentes no pueden juzgar realmente la fluidez porque no están al tanto de las sensaciones internas del hablante, como perder el control (Tichenor y Yaruss, 2018, 2019b) o no tener facilidad de expresión (Constantino et al., 2017).

No debemos quedarnos a la hora de describir la tartamudez como que es únicamente un trastorno de la fluidez, ya que la define de manera inapropiada, se crea una falsa dicotomía: el habla es tartamuda o fluida; pero la fluidez y la tartamudez no son estados opuestos el uno al otro, hay que considerar la fluidez como un continuo, desde más fluido a menos fluidez (Tichenor et al., 2022).

Sin embargo, para Tichenor et al. (2022), el término fluidez no es completamente inclusivo, fomenta el uso de procedimientos de medición engañosos y limita la experiencia subjetiva de la tartamudez dentro de una categorización binaria falsa. Estos autores recomiendan dejar de referirse a la tartamudez como un trastorno de la fluidez y simplemente referirse a ella como tartamudez con el fin de considerar más variables además de la fluidez.

Es cierto también, que el discurso puede ser producido sin momentos obvios de tartamudez y aun así el hablante no percibirlo como fluido (Ingham et al., 2012), además, tanto el habla tartamuda como la fluida pueden requerir más o menos esfuerzo y ser más o menos espontánea (Constantino et al., 2020).

Así, teniendo en cuenta todo esto, no hablaremos de sujetos tartamudos, sino de sujetos con tartamudez o con una determinada fluidez verbal, que, al igual,

que Felsenfeld (1997), la consideramos como una habilidad que se distribuye en un continuo, habiendo personas en el extremo inferior de este continuo, que tendrían bajos rendimientos en situaciones de habla, que se traducirían en los errores de dicción que llamaremos disfluencias. Esta falta de fluidez verbal en el habla origina errores como repeticiones de sonidos, sílabas y palabras; prolongaciones de sonidos; y bloqueos, paradas en la fonación, con tensión y esfuerzo por seguir hablando (Rodríguez-Morejón, 2003).

El término "disfluencia" significa, interrupción, vacilación o disrupción del habla (Prats, 2016). Puede ser normal, o como en el caso de la tartamudez, puede ser anormal. No se altera el contenido de lo que se dice, y que puede acompañarse además de manifestaciones físicas con movimientos de alguna parte de la cara o gesticulación excesiva.

Para el hablante con tartamudez, tener disfluencias 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 (Prats, 2016). Es evidente de que lo que llama la atención de 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 con disfluencias, el núcleo del problema se halla también en la incertidumbre del desenlace de la lucha que mantiene, tanto interna como con el medio que la rodea (Prats, 2016).

Antes de comentar la sintomatología del trastorno de la fluidez de inicio en la infancia, y más concretamente de la tartamudez, ya que nuestro estudio está enfocado al periodo comprendido en la adolescencia, y este trastorno que ha prevalecido en el tiempo, se ha convertido en tartamudez, vamos a citar algunos de los trastornos más comunes de fluidez verbal de inicio en la infancia.

Según el DSM-5 TR (APA, 2022), tenemos estos trastornos de la fluidez del habla:

- Taquifemia (discurso rápido, difícil de entender; discurso desorganizado y con alteraciones del lenguaje, con asociación de falta de conciencia del problema)
- Tartamudez neurogénica (resultado de TCE, ACV o enfermedad neurodegenerativa)
- Tartamudez psicógena (adquirida en la edad adulta, en ausencia de alteraciones neurológicas y tras experiencia emocional intensa)
- Tartamudez asociada a PANDAS (ya que pueden incluir tics motores o vocales o ambos, y obsesiones o compulsiones o ambas)

2.1.3.2. Sintomatología en la tartamudez

En la tartamudez, cuándo el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia ya se ha consolidado, el síntoma más sobresaliente es el bloqueo espasmódico que interrumpe o impide la emisión de la palabra. El espasmo puede ser tónico (lapso de tiempo antes de comenzar el discurso que, una vez iniciado, ya fluye bien) o clónico (repetición de letras o sílabas al principio, centro o final de las palabras) o mixto (Hurtado, 2009).

Como se indica en el DSM-5 (APA, 2013), los principales síntomas del trastorno de la fluidez verbal o tartamudeo, son las repeticiones, prolongaciones y fragmentaciones de sonidos y palabras, los bloqueos, los circunloquios, y la tensión. Y éstos pueden revestir diferente intensidad. Todos estos síntomas, estas alteraciones de la fluidez, pueden ser evolutivas, es decir, normales dentro del desarrollo lingüístico del niño que está en pleno proceso de adquisición del lenguaje, por lo que habrá que realizar un diagnóstico diferencial basándose en unos criterios que más adelante veremos.

Es importante señalar que las repeticiones son un sonido o sílaba que se repite varias veces, debido a que la persona está "atascada" en dicho sonido y continúa repitiéndolo hasta que pueda producir la palabra correcta (Guitar, 2014). En cuanto a las prolongaciones, estas son "alargamientos anormales, a menudo acompañados de signos visibles y audibles de tensión. Lo más frecuente es que se alarguen las vocales, pero también pueden afectar a consonantes continuas u oclusivas sonoras"

(Salgado, 2005, p. 35). En relación a los bloqueos, estos son definidos como "una interrupción inapropiada del flujo de aire o voz y a menudo, también el movimiento de los articuladores" (Guitar, 2014, p. 14). A su vez, Salgado (2005), los define como una "incapacidad para hablar al comienzo o mitad de la palabra debida a la gran tensión en los músculos orofaciales y en el cuello" (p. 36).

Los esfuerzos para hablar y el stress normal del crecimiento pueden ser los precipitantes inmediatos de pequeñas repeticiones, dudas y elongación de los sonidos, eventos que caracterizan la temprana aparición de tartamudez, así como también de la disfluencia normal en el desarrollo del lenguaje (Rodríguez, 2000).

Estos primeros síntomas de tartamudez gradualmente desaparecen, sólo algunos niños los mantienen, y de hecho empiezan a mostrar actitudes frente al lenguaje más tensas, presentando vergüenza, susto o frustración.

Según Rodríguez (2003), muchos niños entre 1,5 años y 7 años pasan por diferentes etapas de disfluencias para lograr el desarrollo del lenguaje. Al trastorno del ritmo del habla se añaden una serie de factores psicopatológicos que complican el cuadro y convierten la tartamudez en un síndrome complejo y difícil de tratar.

Ciñéndonos al aspecto lingüístico, para Rodríguez (2003), los niños con disfluencias normales, entre los 18 meses y los 3 años, presentarán repeticiones de los sonidos, sílabas y palabras especialmente al principio de las frases, esto ocurre habitualmente en 1% de las frases. A partir de los 3 años, los niños con un lenguaje normal no repiten los sonidos, sino que las palabras y frases completas, incluso sonidos de relleno, o dejando frases sin terminar. Los niños con lenguaje normal pueden tener disfluencias en cualquier momento, pero se hace más notorio cuando están cansados, tristes, o "acelerados", incluso cuando deben hacer preguntas o contestarlas.

Siguiendo con Rodríguez (2003), estas disfluencias pueden ser intermitentes en el tiempo, en general los niños no notan estos cambios, y la reacción de los padres también es variable, desde que no notan estos cambios, hasta una gran aprehensión por la alteración del lenguaje que presentan sus hijos.

En cuanto a los muchos comportamientos secundarios de la tartamudez, se resumen perfectamente en Guitar (2014), que entrega mayor información, éstos se pueden dividir en dos tipos; conductas de evitación y conductas de escape. Las primeras, se refieren a aquellas cosas que la persona puede realizar para no

tartamudear, es decir, evitar palabras o sustituirlas por otras, reformular las oraciones y fingir no saber las respuestas para no entrar en situaciones de habla donde se sienten incómodos, también pueden realizar "aplazamientos" como hacer una pausa antes de decir algo que les resulte particularmente complejo o repetir palabras y/o frases. Mientras que la última, se relaciona con los comportamientos que utiliza una persona para ocultar su condición, dentro de los cuales se encuentran movimientos de cabeza, parpadeo, cubrirse la boca con la mano o girar la cabeza cuando se encuentra tartamudeando, en algunos casos estas conductas son tan sutiles que pueden pasar desapercibidas.

En relación a las características que presenta la tartamudez, una de las más comunes es su variabilidad, debido a que las dificultades que presenta un individuo suelen depender de la situación, las personas o los temas que presentan mayor complejidad para este, por lo cual, algunas veces puede hablar con fluidez, pero otras no ser capaz de expresarse (Prats, 2016). Esto quiere decir, que los signos de la tartamudez no se manifiestan de forma generalizada y en todo momento, sino que ocurren en situaciones determinadas, dependiendo de diferentes factores individuales; por ejemplo, hablar con desconocidos, contestar una llamada o exponer oralmente frente a la clase, éstas son circunstancias que le generan mayor presión a la persona. Además, se podría esperar que los síntomas desaparezcan en unos días o semanas, recuperando el habla fluida durante un periodo, sin embargo, podrían volver a surgir nuevamente, observándose cíclicamente una gran variabilidad, donde el tartamudeo puede aumentar y disminuir por épocas (Fernández-Zúñiga y de León, 2011).

Es importante tener en cuenta que todos los sujetos al hablar pueden presentar comúnmente interrupciones en el habla que rompen la fluidez, sin embargo, esas rupturas no superan el 10% de las llamadas disfluencias comunes (Merlo, 2006), las cuales se manifiestan como vacilaciones, interjecciones, revisiones, palabras incompletas, repeticiones de palabras, de frases y segmentos (Juste y Andrade, 2006). Por otro lado, las disfluencias tartamudeadas no alcanzan el 2% (Merlo, 2006), y éstas se caracterizan por presentar repeticiones de sonidos, sílabas, extensiones iniciales y bloqueos (Coleman, 2013). Además, se debe considerar que el 70% de las pausas silenciosas son fluidas y el 30% son hesitativas, por lo que se puede indicar que cualquier hablante presenta estas pausas en su

discurso, pero que éstas se deben presentar en cantidad, duración y distribución adecuadas (Merlo, 2006).

Por lo tanto, Castro (2018) menciona que toda habla fluida contiene pausas, dudas, interjecciones, frases incompletas e interrumpidas, aunque todas ellas podrían darse en momentos lingüísticamente apropiados y eso hace que se cumpla finalmente la función comunicativa de manera correcta, a pesar de estas pequeñas interrupciones.

Las personas que tartamudean exhiben diferentes cantidades o grados de tartamudez, dependiendo de factores como el entorno en el que se encuentran, con quién están hablando y de qué están hablando (Constantino et al., 2016). Por otro lado, la frecuencia del comportamiento de tartamudez muestra una gran variabilidad a lo largo del tiempo, aspecto que complica la evaluación y el tratamiento (Tichenor y Yaruss, 2020a). Esta variabilidad es tanto a corto plazo (minutos, horas, días), como a largo plazo (semanas, meses, años).

Para Rodríguez (2003), el sujeto con estas disfluencias tiene otros síntomas que acompañan a este en el uso del lenguaje. Así, en general, se muestra ansioso, angustiado y, en su esfuerzo por vencer el espasmo, presa de una gran tensión muscular y emocional, con rictus faciales, rubor y transpiración excesiva (sobre todo en manos). Como reacción, puede aparecer miedo a hablar con evitación de situaciones donde es preciso hacerlo, sobre todo, si son nuevas o con personas especiales, mutismo defensivo, tendencia al aislamiento, acentuación de la timidez y reacciones depresivas de distinto grado. Es frecuente, además, encontrar en estos niños cuadros agregados de enuresis y trastornos del sueño.

Para Tichenor y Yaruss (2020a), las características más externas de la tartamudez, como la frecuencia y la duración de las disfluencias del habla, son más variables que las características más internas, como la tensión física y las conductas encubiertas.

Según Gallardo y Gallego (2003), en la tartamudez, estos son los síntomas de acompañamiento más comunes:

⚜ **Manifestaciones lingüísticas:**

- Uso de muletillas verbales.

- Perífrasis y lenguaje redundante.
- Alteraciones sintácticas, frases incompletas.
- Abuso de sinónimos.
- Discurso sin coherencia.
- Desorganización entre el pensamiento y el lenguaje.

⚜ **Manifestaciones conductuales.**

- Mutismo e inhibición temporales.
- Retraimiento y logofobia (miedo a hablar).
- Reacciones de angustia y ansiedad a la hora de comunicarse.
- Conductas de evitación en situaciones en las que debe comunicarse.
- Reacciones anormales e inmadurez afectiva.

⚜ **Manifestaciones corporales y respiratorias.**

- Sincinesias corporales (movimientos del tronco, cabeza, brazos, pies, etc.).
- Alteración fonorespiratoria funcional.
- Respuestas psicogalvánicas (sudoración excesiva, enrojecimiento, palidez del rostro
- Tics.
- Espasmos y rigidez facial.
- Hipertensión muscular.

Estos síntomas de acompañamiento no son absolutos, siendo muy distintos en función del sujeto.

Para Gallardo y Gallego (2003) también es importante la variabilidad, ya que a veces, las disfluencias vienen y se van, el niño habla bien durante un minuto y al siguiente comete errores. Los períodos de fluencia varían en duración y pueden prolongarse por minutos, horas y, hasta meses, al igual que los síntomas de acompañamiento.

Señala Crystal (1983), que los sujetos con tartamudez casi nunca son exactamente iguales. Hay un grupo de características del habla y fluidez, cada sujeto con tartamudez tiene unas características u otras. Estos síntomas pueden agruparse en:

1. Una cantidad anormal de repetición de segmentos, sílabas, palabras o frases: p-p-p-p-p-p---piso; creo que ha recibido un ppp, etc.
2. Obstrucción del flujo del aire por incapacidad de la persona para darse cuenta de la tensión que ha producido al prepararse para articular un sonido. Este fenómeno se llama bloqueo.
3. Prolongación anormal de segmentos de sonido; f-f-f-f-f-fiel., como un único sonido alargado.
4. Introducción en los momentos de dificultad de sonidos o palabras con fuerza únicamente emocional, que ayudan al hablante a seguir, comúnmente llamadas muletillas (OH, AH).
5. Acentuación extraña en las palabras y entonación y tiempo anormales en las oraciones debido a un habla muy entrecortada y una repetición irregular.
6. Las palabras se dejan sin terminar.
7. Evitación de ciertos sonidos que pueden plantear problemas concretos a la hora de articularlos.

En el estudio que nos ocupa, centrándonos en la adolescencia, la sintomatología puede variar con respecto a la niñez, por lo que el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia, con una sintomatología concreta, deriva para el adolescente que tartamudea, en un trastorno con unos síntomas añadidos, ya que el trastorno ha consolidado, y esta etapa de vida es especialmente delicada, ya que su vida social se ha ampliado, aquí comienzan a relacionarse con el género opuesto, las quedadas con los amigos, las responsabilidades que tienen que ir asumiendo en el instituto y la necesidad de sentirse integrado por su entorno (Biain de Touzet, 2017). Es por ello por lo que los niveles de estrés, por los cuales pasa un adolescente pueden ser muy variables, debido a la carga adicional que les genera convivir con este trastorno (Hearne et al., 2008). Esta situación provoca sentimientos y pensamientos negativos, a ello se le suma un cuerpo que cambia, mayor exigencia intelectual, timidez y sensación de vulnerabilidad por no tener fluidez, todo esto pone al adolescente frente a nuevos desafíos que deberá afrontar día a día (Biain de Touzet, 2017). Aspecto, que influirá en su formación de la personalidad, como más adelante veremos.

2.1.3.3. Clasificación del trastorno de la fluencia de inicio en la infancia o Tartamudez

Para enmarcar el trastorno a nivel internacional, existe una clasificación que se recoge en el DSM-5 (APA, 2013), que incluye el trastorno de la fluencia en los trastornos del lenguaje, como se ha visto en el apartado anterior.

Además, como también se ha visto anteriormente, concretando en la Región de Murcia, lo enmarcamos a nivel regional, según el anexo I de la Resolución de 20 de noviembre de 2023, donde el trastorno de la fluidez se encuentra dentro del grupo de los trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación

A su vez, según la literatura científica, la tartamudez podemos clasificarla de múltiples maneras. Nosotros hemos seleccionado algunas formas que nos han parecido las más acertadas según lo expuesto por sus autores.

Para Pérez y Stoeckle (2016) la tartamudez, dependiendo de su etiología, se divide y define según características presentes en la persona que la tiene. Se pueden encontrar tres subtipos: tartamudez neurogénica, tartamudez psicógena y tartamudez del desarrollo, que las desarrollaremos en el apartado de los modelos explicativos de la tartamudez.

La American Speech-Language-Hearing Association (2020), señala que la tartamudez es un trastorno que comienza en la niñez y en algunos casos persiste toda la vida, se caracteriza por la presencia de interrupciones en la producción de los sonidos del habla, también denominadas disritmias o disfluencias, las cuales no constituyen necesariamente un problema, pero si se producen en gran cantidad se dificulta la capacidad de comunicación de las personas. Además, afecta algunas actividades cotidianas y específicas, aunque estas últimas pueden variar dependiendo del individuo.

En primer lugar, y centrándonos en el trastorno de la fluencia de inicio en la infancia o tartamudez, teniendo en cuenta los errores más comunes del habla, la tartamudez se puede clasificar en clónica (repetición compulsiva de sílabas o palabras), tónica (paralización o espasmos que causan interrupciones o habla entrecortada) y tonoclónica o mixta (combinación de las dos anteriores con predominancia de una sobre otra). (Prats, 2016). El más común entre la población afectada es este último (Alonso, 2017).

Por otro lado, según el nivel de gravedad de los síntomas descritos anteriormente por el DSM-5 (APA, 2013), para valorar este nivel de gravedad se puede hacer uso de la escala Wingate, la cual va del uno al cinco, siendo uno "tartamudez muy ligera" y cinco "muy grave", como se expone a continuación en la siguiente tabla extraída de Cervera e Ygual (2002).

Tabla 1. Escala Wingate para la evaluación de la gravedad de la tartamudez

EVALUACIÓN GLOBAL	**EVALUACIÓN DESCRIPTIVA**		
	FRECUENCIA (por palabras habladas)	**ESFUERZO**	**RASGOS SECUNDARIOS**
1. Muy ligera	1/100 1%	Ninguna tensión aparente.	Ninguno.
2. Ligera	1/50 2%	Tensión perceptible, pero con "bloqueos" superados con facilidad.	Mínimos (ojos abiertos, parpadeos, movimiento de la musculatura facial).
3. Moderada	1/15 3%	Clara identificación de tensión o esfuerzo durante dos segundos (aprox.) de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial.
4. Grave	1/7 15%	Clara identificación de tensión o esfuerzo durante dos a cuatro segundos de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial.
5. Muy grave	1/4 25%	Esfuerzos considerables (durante cinco a más segundos de duración) e intentos repetitivos y conscientes.	Actividad muscular enérgica. Facial u otra cualquiera.

Nota. Datos extraídos de Cervera e Ygual (2002).

Por otro lado, según Rodríguez, (2003), se distingue entre normalidad y grados de tartamudez. Hasta los 7 años, muchos niños pasan por diferentes etapas de disfluencias para lograr el desarrollo del lenguaje. Clasifica en los siguientes tipos de tartamudez:

- **Tartamudez leve**

Puede empezar en cualquier momento, pero es más frecuente entre los 3 y 5 años, cuando el desarrollo del lenguaje es particularmente rápido, y suele aparecer frente a situaciones de stress para el niño (nuevo hermano, cambio de casa).

Estos niños se presentan igual que los niños que sus disfluencias son fruto del propio desarrollo del lenguaje, pero la frecuencia de la disfluencia es mayor (repiten más veces o prolongan letras) y muestran signos de darse cuenta de la alteración, a veces cerrando los ojos, mirando hacia un lado, tensando la boca. Otro signo en estos casos es que el tartamudeo no tiene tanta intermitencia, si no que se presenta todos los días; por último, los niños no están tan conscientes del tartamudeo, pero pueden estar por momentos avergonzados de hablar, incluso pueden en esta etapa llegar a preguntar a sus padres por qué tienen este problema para hablar.

- **Tartamudez severa**

Estos niños generalmente muestran signos físicos de tensión, e intentan esconder su tartamudez y evitan hablar. A pesar de que los cuadros severos son más frecuentes en los mayores, se pueden ver en niños de 2 años, puede aparecer de improviso o presentarse en niños que tenían un cuadro leve. Se caracteriza por difluencias en cada frase, prolongación o eliminación de letras.

Pueden tener signos físicos agregados como los mencionados en los pacientes menos severos, o también agregar sonidos antes de la palabra que suponen van a tartamudear.

Lo más probable es que este tipo de tartamudez severa que se presenta por más de un año y medio persista, aunque algunos pueden tener una recuperación espontánea.

La frustración que resulta de no poder hablar con un ritmo correcto les provoca miedo de hablar. Se ponen ansiosos frente a situaciones en que se supone deberán hablar.

En el "Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico", Gallardo y Gallego (2003), se recoge una clasificación de la tartamudez siguiendo las características que presenta el habla de la persona con tartamudez, coincidiendo con la sintomatología presentada en el apartado anterior por estos mismos autores.

1. Tartamudez clónica (*stuttering*): Caracterizada por la repetición convulsiva de una sílaba o grupo de sílabas durante la emisión de la frase.
2. Tartamudez tónica (*stammerint*): Caracterizada por una interrupción total del habla, produciéndose al final una salida repentina de la emisión.
3. Tartamudez mixta (clónico-tónica/ tónica-clónica). Perelló (1990) habla de la "ley de clo-to", según la cual la tartamudez se inicia en una fase clónica y pasa a tónica si no recibe un tratamiento adecuado.

2.1.3.4. Etiología, factores de riesgo, prevalencia e incidencia de la tartamudez.

Etiología y factores causantes del trastorno

Pese a las numerosas investigaciones realizadas en este campo, aún no se conocen con exactitud las causas que originan las disfluencias en la tartamudez.

Como vemos en multitud de estudios su etiología es multifactorial, abarca aspectos genéticos, neurofisiológicos, psicológicos y ambientales que interactúan de manera compleja (Neef et al., 2018). Los avances recientes en neurociencia y genética han permitido una mejor comprensión de las bases biológicas del trastorno, pero aún se requieren investigaciones adicionales para aclarar cómo estos factores interactúan entre sí y para desarrollar enfoques terapéuticos más integrados.

- ✓ **Factores genéticos**

La investigación sobre la predisposición genética a la tartamudez ha avanzado significativamente en los últimos años. Estudios de gemelos y familiares han demostrado que entre el 70% y el 80% de las personas que tartamudean

presentan antecedentes familiares del trastorno, lo que indica una fuerte base hereditaria (Dworzynski et al., 2021). Investigaciones genómicas más recientes han identificado variaciones en genes relacionados con la regulación del metabolismo neuronal, particularmente en los genes GNPTAB, GNPTG y NAGPA, que están asociados con alteraciones en la señalización neuronal (Kang et al., 2020).

Además, un estudio de Miller et al. (2022) ha resaltado que estas mutaciones genéticas influyen en el desarrollo de las redes neuronales responsables del control motor del habla. Esto sugiere que las anomalías en las conexiones entre las áreas del cerebro que controlan el lenguaje y la motricidad pueden ser una de las principales causas de la tartamudez.

- ✓ **Factores Neurofisiológicos**

Estudios neurofisiológicos han revelado importantes diferencias en la estructura y función cerebral de las personas que tartamudean. Investigaciones recientes utilizando técnicas avanzadas de resonancia magnética funcional (fMRI) han mostrado un patrón de hiperactividad en el hemisferio derecho del cerebro, en áreas implicadas en el control motor, junto con una subactivación en el área de Broca del hemisferio izquierdo, que está involucrada en la producción del habla (Neef et al., 2018). Esto sugiere una disfunción en la sincronización entre los hemisferios cerebrales durante el proceso de conversación.

Un estudio de Connally et al. (2021) encontró que los individuos con tartamudez presentan una menor conectividad en la red frontotemporal, lo que afecta la planificación motora del habla. Asimismo, investigaciones recientes con técnicas de neuroimagen estructural han identificado diferencias en la densidad de la materia blanca en las vías corticobulbares, lo que implica una alteración en la transmisión de señales motoras desde el cerebro hasta los músculos implicados en la producción del habla (Chang y Zhu, 2021). Estas alteraciones en las conexiones neuronales podrían explicar las dificultades en la coordinación motora fina.

- ✓ **Factores psicológicos**

Aunque los factores psicológicos no son considerados como causas primarias de la tartamudez, sí desempeñan un papel importante en su desarrollo y mantenimiento. La ansiedad social, en particular, ha sido identificada como un

factor relevante. En un estudio, Iverach et al. (2019) encontraron que hasta el 60% de las personas que tartamudean también presentan algún grado de ansiedad social, lo que puede agravar el trastorno.

Por otro lado, la investigación de Beilby et al. (2020) destaca que la tartamudez puede generar un ciclo de retroalimentación negativa en el cual el miedo a tartamudear empeora los episodios de disfluencia, afectando la autoestima y las habilidades comunicativas. Además, el entorno social puede desempeñar un papel clave en la percepción del trastorno. Las experiencias de burlas o estigmatización pueden incrementar la ansiedad y la evitación de situaciones comunicativas, lo que refuerza el círculo vicioso. La intervención psicológica, enfocada en la reducción de la ansiedad social, puede ser crucial para mitigar estos efectos y mejorar la calidad de vida de las personas que tartamudean.

- ✓ **Factores ambientales**

El ambiente en el que se desarrolla el niño también juega un papel significativo en la aparición y mantenimiento de la tartamudez. Estudios recientes han sugerido que el estrés ambiental, especialmente en etapas tempranas del desarrollo, puede aumentar la probabilidad de que se manifieste el trastorno en individuos predispuestos genéticamente (Smith y Weber, 2017). La interacción entre el niño y su entorno, incluidas las exigencias comunicativas que se le imponen, puede influir en la frecuencia y la gravedad de la tartamudez.

Investigaciones de Guttormsen et al. (2022) señalan que la presión para hablar rápidamente, las expectativas comunicativas excesivas y la falta de paciencia por parte de padres o maestros pueden incrementar los episodios de tartamudeo. Si bien estos factores ambientales no causan la tartamudez de manera directa, sí pueden agravar la condición en individuos que ya son vulnerables por factores genéticos o neurofisiológicos. En este sentido, un ambiente comunicativo relajado, en el que el niño no sienta la presión de hablar de manera "perfecta", puede favorecer una mayor gripe.

La complejidad de este fenómeno se refleja en la existencia de una gran variedad de modelos teóricos y en la multiplicidad (y heterogeneidad) de ciencias biomédicas que la estudian –psiquiatría, psicoanálisis, psiconeurología, psicología, psicopatología del lenguaje, psicofarmacología, etcétera-, lo que imposibilita el

acuerdo en cuestiones tan elementales como la definición (Culatta y Goldberg, 1995). Estos mismos autores exponen irónicamente que si se reunieran diez especialistas, tendríamos once definiciones de tartamudez. La controversia se extiende a muchos de los ámbitos de la tartamudez, pero especialmente a la etiología y el tratamiento.

Respecto a la primera, Salgado (2005) reconoce que la causa última de la tartamudez permanece desconocida después de varias décadas de investigación centradas en el origen del trastorno.

Rodríguez (2003) atribuye la ausencia de modelos explicativos "definitivos" al hecho de que la tartamudez afecta a todas las facetas de una persona y que tiene, por lo tanto, implicaciones sociales, psicológicas, fisiológicas y neurológica".

Al respecto, Loriente (2007) escribe que "consideramos que el desconcierto de los investigadores acerca de la etiología de la tartamudez probablemente obedezca al carácter multifactorial del fenómeno y a la interacción caótica de las variables que intervienen, algunas de ellas desconocidas, que perturba la aplicación del modelo biomédico basado en la teoría bacteriológica, que establece una relación unicausal y lineal entre causa y efecto" (pp. 280-281).

Almendro (2002) en un excelente trabajo expone la imposibilidad de explicar los fenómenos psicológicos mediante la causalidad lineal porque la interacción de los factores causales implicados obedece a las fluctuantes, caprichosas y poco predecibles leyes del caos.

Para explicar la interacción entre los aspectos psicológicos y orgánicos se han desarrollado varios modelos. Uno de ellos es el de Starkweather denominado "teoría de las capacidades y demanda" (Rodríguez, 2001). Según este modelo, todos nacemos con una determinada capacidad constitucional para hablar fluidamente. Esta capacidad es consecuencia de la herencia en alto porcentaje. Pero la fluidez está condicionada, además, por una serie de demandas internas y externas (Smith y Weber, 2017). Las demandas internas proceden del propio organismo y se refieren tanto a aspectos de desarrollo físico y neurológico como de desarrollo lingüístico y emocional de la persona. Las demandas externas proceden del medio social y de la actividad cotidiana del niño (Smith y Weber, 2017).

Entre los factores fisiológicos se plantea también la influencia de un temperamento sensible e inhibido, lo cual puede influir en que el niño reaccione

con signos de estrés y tensión muscular ante situaciones o personas nuevas. Esta sensibilidad se ha asociado con una tendencia mayor a respuestas emocionales como el retraimiento y la evitación (Bloodstein, 1995; Conture y Walden, 2012; Guitar, 1991, 1997, 2000).

Se han planteado diferentes aproximaciones teóricas que describen distintas perspectivas desde las cuales se abordan los trastornos de la fluencia, sin embargo, ninguna de ellas aporta una explicación completa. Es por esta razón, como estamos comprobando, que diversos investigadores se inclinan por considerar los trastornos de la fluencia el resultado de una compleja interacción de diferentes factores.

Por ello, tras realizar un exhaustivo análisis de la literatura relacionada con este tema observamos que las aproximaciones explicativas más representativas de los trastornos de la fluencia para diferentes autores son: la genética y la traumática.

Lo que sí tienen en común todas las teorías, es que cuando hablamos de tartamudez estamos ante una alteración funcional de la comunicación verbal sin anomalías en los órganos de la fonación. Es un fenómeno que se observa en estudios de todas las lenguas y, además, cabe destacar, que las investigaciones del mismo señalan el predominio de dicho trastorno en el varón sobre la mujer.

Remontándonos a tiempos pasados, Aristóteles señalaba a la lengua como responsable de la tartamudez, incapaz de seguir la velocidad con que fluían las ideas. Esta idea fue sostenida hasta el siglo XIX, en que los cirujanos intentaban corregir la lengua con medios braquiales (dividiendo su raíz, cortándole cuñas, añadiendo prótesis, etc.).

Otros, en cambio, recomendaban el ensanchamiento de las vías respiratorias y la extirpación de las vegetaciones adenoides y de las amígdalas. Sigmund Freud y sus seguidores, corrigiendo la visión anterior, asociaron la tartamudez a crisis nerviosas y a problemas psíquicos, considerando que reflejaba la puja de los deseos reprimidos por salir al exterior (Sheehan, 1970).

Perkins (1997) afirma que la investigación sistemática de la tartamudez comenzó en la Universidad de Iowa con la Teoría de la Dominancia Cerebral de Orton-Travis en 1929. Esta teoría planteaba que la tartamudez consistía en un trastorno neuromuscular secundario y como consecuencia de una disminución general en el control cortical principal, debido a actividades fugaces de los dos

hemisferios cerebrales. Orton- Travis planteaba que los síntomas de la tartamudez son entonces fundamentalmente los signos periféricos de la competencia entre los dos lados del cerebro.

Sus planteamientos se basaban en tres supuestos:

- Los tartamudos eran zurdos o ambidiestros.
- Al cambiar la dominancia manual en contra del predominio natural, se producía la tartamudez.
- Al afianzar el predominio natural, el trastorno disminuía.

Pero realmente, la teoría de la Dominancia Cerebral no era realmente una teoría sobre la tartamudez, pues el interés de Orton-Travis se orientaba hacia los estudios sobre la actividad eléctrica del cerebro.

Vamos a realizar un análisis de los autores que nos han parecido más concretos y acertados a la hora de otorgar un modelo explicativo al trastorno de la fluencia o tartamudez.

Como decíamos en el apartado anterior de clasificación, para Perez y Stoeckle (2016) la tartamudez, dependiendo de su etiología, se divide y define según características presentes en la persona que la tiene. Se pueden encontrar tres subtipos: tartamudez neurogénica, tartamudez psicógena y tartamudez del desarrollo.

La tartamudez neurogénica, que se produce por una lesión o enfermedad cerebral en una persona que previamente era normotípico en cuanto al habla y la fluidez de ésta. En este tipo de trastorno los errores en la fluidez son estables en el tiempo y en las distintas situaciones verbales, es decir, no presentan cambios en su fluidez sin importar el contexto comunicativo, así como tampoco existen signos como ansiedad al momento de hablar (Sangorrín, 2005).

La tartamudez psicógena, que es un trastorno de aparición tardía, generalmente en la adolescencia y la adultez. Su característica principal es que comienza después de un período prolongado de estrés o después de un evento traumático (Guitar, 2014).

Y por último, la tartamudez del desarrollo es un trastorno del neurodesarrollo que se evidencia en la interrupción de la fluidez del habla, se

encuentra acompañada de tensión muscular y puede manifestarse con la repetición de sonidos, sílabas, de bloqueo al inicio de la palabra, tensión facial y corporal (Nolla y Tápias, 2015).

Factores de riesgo

Como ya se ha explicado con anterioridad la causa de la tartamudez es neurobiológica, por tanto, existen factores que podrían influir en la aparición de esta, pero hay diferentes autores que señalan los siguientes **factores de riesgos** aumentan la probabilidad de que el trastorno se vuelva persistente, entre estos se puede encontrar:

- Sexo: Existe un mayor número de niños que tartamudean a diferencia de las niñas, esto indica que el sexo biológico femenino presenta mejores capacidades para tener una remisión (Yairi y Ambrose, 2013).
- Antecedentes familiares: Se evidencia que los casos de niños con antecedentes familiares de tartamudez persistente tienen más posibilidades de que el trastorno se vuelva crónico (Yairi y Ambrose, 2019).
- Duración del tartamudeo: Si la tartamudez dura un tiempo superior a 6-12 meses desde el inicio de los síntomas, o no presenta mejoras durante varios meses posterior a los 4 años, puede que esta tartamudez persista (Yairi y Ambrose, 2013).
- Integración auditiva: Se cree que la problemática de la tartamudez nace de la retroalimentación auditiva y el procesamiento de estas señales que se encuentran afectadas (Leal et al., 2016).
- No obstante, se ha demostrado que este trastorno, dentro de ambientes ruidosos, tiende a reducir la frecuencia con la que se presenta debido a que disminuye la retroalimentación deficiente (Leal et al., 2016).
- Integración sensoriomotora: Las personas que tartamudean presentan fibras nerviosas mal estructuradas en el fascículo longitudinal superior, lo cual provoca una falla en la direccionalidad del impulso que requiere el acto motor del habla y como consecuencia tienen una incongruencia entre la comunicación de la corteza parietal inferior, donde se procesa la integración

sensorial y la corteza fronto-ventral, donde se realiza la planificación motora (Leal et al., 2016).

Prevalencia e incidencia de la Tartamudez

Como ya hemos mencionado con anterioridad, este trastorno, aunque es comúnmente observado durante la infancia, también puede persistir en la vida adulta, afectando significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen. Los estudios actuales sobre la prevalencia e incidencia de la tartamudez arrojan resultados diversos, dependiendo de factores como la edad, el sexo, y el entorno sociocultural, que son cruciales para entender su aparición y evolución a lo largo del ciclo vital.

La prevalencia, entendida como la proporción de individuos que padecen tartamudez en un momento dado, es mayor en la infancia que en la adultez. La prevalencia a nivel mundial en niños pequeños se sitúa entre un **5% y un 8%**, lo que implica que aproximadamente 1 de cada 20 niños puede presentar síntomas de tartamudez en algún momento de su desarrollo (Craig y Tran, 2021). Sin embargo, una gran proporción de estos niños logra superar la tartamudez de manera espontánea, sin necesidad de intervención terapéutica formal. Esta tasa de recuperación espontánea, que puede ser del 75% o más (Yairi y Ambrose, 2019), reduce la prevalencia a largo plazo, resultando en un porcentaje de alrededor del 1% en adultos, lo que equivale aproximadamente a 1 persona por cada 100 que experimenta este trastorno de forma crónica.

La prevalencia en poblaciones adultas es significativamente menor debido a la tendencia natural de resolución del trastorno durante la infancia. No obstante, aquellas personas cuya tartamudez persiste en la adultez suelen experimentar dificultades adicionales en contextos sociales y laborales, donde las exigencias comunicativas son mayores. Según un estudio llevado a cabo por Smith y Weber (2017), la persistencia de la tartamudez más allá de la infancia se asocia con factores neurológicos y genéticos, que pueden influir en la recuperación o cronificación del trastorno.

El DSM-5-TR (APA, 2022) señala que la prevalencia de la tartamudez es del 1% en niños prepuberales y desciende al 0.8% en la adolescencia, con una proporción hombre a mujer en adultos de aproximadamente 3:1

La incidencia, que se refiere al número de nuevos casos de tartamudez que se desarrollan en un período determinado, también varía en función de la edad y otros factores de riesgo. La incidencia más alta de tartamudez ocurre durante los primeros años de vida, particularmente antes de los cinco años de edad. En esta etapa, los niños están desarrollando sus habilidades lingüísticas y motoras, lo que podría contribuir a la aparición de disfluencias en el habla. Un 5% de los niños en edad preescolar desarrollan algún grado de tartamudeo, y la mayoría de ellos muestra los primeros síntomas entre los 2 y 4 años (Yairi y Ambrose, 2019). Esto indica que la tartamudez tiene una aparición temprana, coincidiendo con un periodo crítico del desarrollo del lenguaje.

La incidencia, que se refiere al número de nuevos casos de tartamudez que se desarrollan en un período determinado, también varía en función de la edad y otros factores de riesgo. La incidencia más alta de tartamudez ocurre durante los primeros años de vida, particularmente antes de los cinco años de edad. En esta etapa, los niños están desarrollando sus habilidades lingüísticas y motoras, lo que podría contribuir a la aparición de disfluencias en el habla. Un 5% de los niños en edad preescolar desarrollan algún grado de tartamudeo, y la mayoría de ellos muestra los primeros síntomas entre los 2 y 4 años (Yairi y Ambrose, 2019). Esto indica que la tartamudez tiene una aparición temprana, coincidiendo con un periodo crítico del desarrollo del lenguaje.

La incidencia disminuye notablemente después de los cinco años, y es raro que aparezcan nuevos casos en edades posteriores. Esto se debe en gran parte a que los sistemas neurológicos y lingüísticos alcanzan un mayor grado de estabilidad después de la primera infancia. Además, la intervención temprana puede jugar un papel importante en la reducción de nuevos casos, ya que los programas de tratamiento temprano tienden a ser más efectivos en esta etapa del desarrollo, cuando las habilidades de comunicación aún están en formación.

Resumiendo, y como hemos visto anteriormente, aproximadamente entre los 2 y los 4 años suelen aparecer disfluencias en un tercio de los niños, coincidiendo con la aparición del lenguaje conectado, dada la falta de capacidad para coordinar

todos los elementos intervinientes en la organización de la expresión. Asimismo, los niños deben perfeccionar sus habilidades motoras y madurar social y emocionalmente para emplear el lenguaje de forma adecuada en sus interacciones sociales (Fernández-Zúñiga y Gambra, 2011).

Dichas disfluencias son consideradas como parte normal del desarrollo del niño, puesto que el nivel de exigencia lingüística va aumentando y deben ir modificando sus habilidades para cumplir con las demandas del entorno, y es denominada tartamudez evolutiva o fisiológica (Roca, 2017).

En la gran mayoría de los niños que pasan por ese periodo de tartamudez evolutiva, entre el 75% y el 85%, antes de los 14 meses las disfluencias remitirán espontáneamente. En el resto de ese tercio, es decir, entre el 25% y el 15%, las disfluencias se mantendrán más allá de los 14 meses, aunque podrán remitir en algún momento de la adolescencia o adultez.

Por lo tanto, solamente en un pequeño porcentaje de ese grupo de niños mayores de cinco años con disfluencias se cronificará el tartamudeo dando paso al trastorno persistente, siendo la prevalencia de este trastorno aproximadamente de un 1% en la población adulta, como bien se puede observar en la siguiente tabla extraída de Cervera e Ygual (2002) la prevalencia de la tartamudez varía en función de la edad.

Tabla 2. Prevalencia de la Tartamudez según Cervera e Ygual (2002)

Grupo de edad	Prevalencia (%)
I - 3 a 5 años	4.0% - 5.0%
II - 6 a 9 años	1.5% - 2.0%
III - 10 a 14 años	0.8% - 1.2%
IV - 15 a 19 años	0.5% - 0.7%
V - Adultos (20 años o más)	0.5%

Nota: Extraído de Cervera e Ygual (2002)

En las primeras etapas del desarrollo (de 3 a 5 años), la prevalencia es más alta, lo que concuerda con la evidencia de que la tartamudez tiende a manifestarse

durante la infancia. A medida que los niños crecen, la prevalencia disminuye significativamente, lo que coincide con la recuperación espontánea que experimenta un alto porcentaje de niños que tartamudean. En la adolescencia y en la vida adulta, la prevalencia se reduce aún más, manteniéndose en torno al 0.5% en los adultos, lo que refleja la cronificación en un número reducido de casos.

2.1.3.5. La importancia del diagnóstico diferencial en la tartamudez

Hemos visto los modelos explicativos de la tartamudez y establecido unos criterios diagnósticos del trastorno, pero para poder llegar a concretar un tratamiento, tenemos que realizar un diagnóstico diferencial entre el trastorno en sí, y la tartamudez evolutiva si la edad así lo requiere, e incluso con otros trastornos o patologías, y para ello tendremos que llevar a cabo una evaluación que determine el diagnóstico.

La disfluencia fisiológica en el desarrollo del lenguaje y los signos precoces de tartamudez suelen ser difíciles de identificar, por ello el diagnóstico de tartamudez a veces es hecho en forma tentativa, y se basa en la observación directa del niño y la información de los padres sobre el habla del niño en las diferentes circunstancias (Rodríguez, 2003).

Es de suma importancia, principalmente distinguir el trastorno que nos ocupa de otros que en ocasiones pueden confundirse con este.

Existe un diagnóstico diferencial que se establece según Jordi Peña Casanova (1988), teniendo en cuenta que partiendo de los siguientes síntomas no estaríamos hablando de trastorno de la fluencia o tartamudez:

- La No-Fluencia Normal, o habla vacilante de la primera infancia, fenómeno normal en la adquisición del lenguaje del niño.
- Es frecuente que en niños que aún están en período de adquisición del lenguaje se den episodios de tartamudez, lo cual es posible que ponga en alerta a las familias, pero debemos saber que estos períodos son normales y que hasta que el lenguaje es totalmente asimilado por un niño es normal que aparezcan bloqueos y dificultades en el ritmo de su habla.

- Los procesos de retraso evolutivo del lenguaje en que se da un problema de insuficiencia linguoespeculativa, resultando un habla discontinua, con grandes pausas y repeticiones de palabras por dificultad para formular el pensamiento en el lenguaje (Disfluencia Semántica y Sintáctica).

Encontramos en Sangorrín (1987) una relación de trastornos de la fluidez de los que habría que realizar un diagnóstico diferencial: tartamudez neurogénica o adquirida, tartamudez psicógena, tartamudez evolutiva, taquifemia y tartamudez encubierta.

- **Tartamudez neurogénica**

La disfluencia del habla tiene su origen en una lesión o enfermedad cerebral de un sujeto que, inicialmente, poseía condiciones normales para el habla fluida. La característica principal de este estado es la continuidad del trastorno a lo largo del tiempo, independientemente del contexto, ritmo o ansiedad (al contrario que en el trastorno de la fluidez verbal que aquí nos ocupa).

- **Tartamudez psicógena**

Al contrario que el caso anterior, la tartamudez psicógena no presenta lesión o daño cerebral, sino que es causa de episodios de estrés del adulto. Es un trastorno muy poco frecuente y con escasa repercusión emocional.

- **Taquifemia**

Trastorno evolutivo similar a la tartamudez, caracterizado por un habla poco inteligible y excesivamente rápida. Afecta en menor medida que la tartamudez y puede ser más controlada.

- **Tartamudez encubierta**

Trastorno de la fluidez apenas apreciable característico de individuos que han presentado tartamudez en el pasado. Además, esta patología puede afectar a

sujetos con fobia social, donde las dificultades se ponen de manifiesto en la fluidez del discurso por causas de carácter subjetivo.

- **Tartamudez evolutiva**

La tartamudez es un trastorno iniciado en la infancia -entre los 2 y 4 años-, normalmente en consonancia con la aparición del lenguaje conectado, es decir, cuando el niño comienza a conectar sus palabras y forma oraciones.

A la hora de diferenciarlo, debemos tener claros otros trastornos de la fluidez, para poder realizar de manera eficiente un diagnóstico diferencial entre la tartamudez y el resto de trastornos. Así, vamos a ver algunos más comunes.

La taquilalia, trastorno de la fluidez, que se considera como una dificultad que se reconoce cuando una persona habla de manera rápida (Félix y Toledano, 2011), debido a que se encuentra alterada la velocidad, además, quien presenta taquilalia es poco consciente de la forma que utiliza al expresarse, aunque podría mejorarla si se controlase conscientemente (Castejón y Navas, 2011).

En el caso de la taquifemia, farfulleo o *cluttering*, en inglés, Weiss (1964) citado por Ward (2006), lo define como un trastorno del habla que se caracteriza por la falta de conciencia respecto a esta dificultad, la poca capacidad de atención, el déficit en la percepción, articulación y formulación del habla y una velocidad incrementada al entregar un mensaje; además de presentar una disposición genética para el cuadro. Asimismo, St. Louis y Myers (1998) lo definen como un trastorno que involucra interrupciones excesivas en el flujo normal del habla, relacionado con una planificación desorganizada, hablar muy rápido o no estar seguro del mensaje que se quiere transmitir; el *cluttering* al no ser un concepto conocido se confunde con la tartamudez. Por otra parte, es importante señalar, que no toda persona que habla de forma rápida se puede diagnosticar como una persona con *cluttering* (Biain de Touzet, 2017).

Según el DSM-5 (APA, 2013), hemos de tener en cuenta estos criterios para un diagnóstico diferencial que se establecen en la Tabla 3.

Tabla 3. Criterios diagnósticos Vs. Diagnóstico diferencial

Criterios diagnósticos	Diagnóstico diferencia
A. **Alteraciones en la fluidez y organización temporal normales del habla, inadecuadas para la edad y habilidades de lenguaje del individuo, persistentes en el tiempo y que se caracterizan por su aparición frecuente y notable (aparición de uno o más: repeticiones de sonidos y sílabas o palabras monosílabas, prolongaciones, fragmentaciones, bloqueos, circunloquios, producción con exceso de tensión)** B. **La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, participación social, rendimiento académico o laboral** C. **Inicio de síntomas en primeras fases del desarrollo** D. **La alteración no es atribuible a un déficit motor o sensitivo del habla o asociada a un déficit neurológico o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental**	- Déficit sensitivo - Disfluencias normales del habla, como repeticiones de palabras enteras o frases, interjecciones, frases incompletas, pausas vacías. - Efectos secundarios de la medicación - Disfluencias de inicio en el adulto - Síndrome de Tourette - Taquifemia (discurso rápido, difícil de entender; discurso desorganizado y con alteraciones del lenguaje, con asociación de falta de conciencia del problema) - Tartamudez neurogénica (resultado de TCE, ACV o enfermedad neurodegenerativa) - Tartamudez psicógena (adquirida en la edad adulta, en ausencia de alteraciones neurológicas y tras experiencia emocional intensa) - Tartamudez asociada a PANDAS

Nota: información extraída del DSM-5 (APA, 2013; Leal et al., 2016)

Establecer un diagnóstico diferencial resulta de vital importancia también en lo referente a la intervención, ya que permite tomar decisiones sobre el momento adecuado para la intervención o el inicio de un tratamiento específico. De esta manera, si no hay sospechas de que el niño pueda padecer un trastorno de la fluidez verbal y que las disfluencias, por tanto, sean solamente una fase de su desarrollo, se puede esperar a la recuperación espontánea. En cambio, si hay riesgo de que las disfluencias se cronifiquen y se evolucione hacia la tartamudez, la intervención temprana sería la opción más adecuada (Roca, 2017). Por lo tanto, se hace necesaria una temprana evaluación, para tomar decisiones lo más pronto posible.

2.1.3.6. Tipos de intervenciones para abordar la Tartamudez

Una vez establecido un diagnóstico diferencial, a partir de una evaluación que más adelante, en otro capítulo veremos con más detalle, llegamos a la intervención. Este aspecto cuanto menos, también ha creado controversia a lo largo del tiempo. Como llevamos viendo hasta ahora en los apartados anteriores, debido a que este tipo de trastornos de la fluidez crónica ocasionan en la mayoría de los casos un impacto negativo en el desarrollo socio-emocional, educativo y profesional sería necesaria una intervención eficaz y prolongada en el tiempo para asegurar un correcto desarrollo emocional y social. Al igual que a la hora de su modelo explicativo, se han llevado a cabo diversas y variadas teorías sobre intervenciones para abordar este trastorno.

Cada autor presenta su modelo como el más idóneo, sin embargo, la eficacia y la efectividad de los tratamientos para la tartamudez es una fuente de intenso debate (e.g., Bakker, 2006; Bloodstein, 1995; Bloodstein et al., 2008; Foundas et al., 2004; Howell, 2004; Johnson et al., 2015).

En toda actuación logopédica para intervenir con sujetos con disfluencias, podemos diferenciar una intervención indirecta y una actuación directa (Gallardo y Gallego, 2003).

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. Deberemos 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 trasmitirnos 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.
- Realizará actividades y ejercicios en casa, que se 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.

Intervención directa

Como hemos observado anteriormente, son diversas las teorías etiológicas sobre el trastorno de la fluencia de inicio en la infancia, por lo que, al igual, son distintas las teorías existentes sobre la intervención en la tartamudez, lo que ha dado lugar al desarrollo de diversas técnicas de tratamiento, que a continuación resumimos.

Para comenzar, y tomando como primera referencia la intervención más remota en el tiempo, como hemos comentado en el apartado anterior, Perkins (1997) afirma que la investigación sistemática de la tartamudez comenzó en la Universidad de Iowa con la Teoría de la Dominancia Cerebral de Orton-Travis en

1929. Esta teoría de la Dominancia Cerebral no era realmente una teoría sobre la tartamudez, pues el interés de Orton-Travis se orientaba hacia los estudios sobre la actividad eléctrica del cerebro. Él fue pionero en la aplicación del Electroencefalograma y del electromiograma. Sin embargo, entre sus alumnos más destacados se encontraban dos tartamudos: Wendell Johnson y Charles Van Riper. Éstos se habían inscrito en los cursos que dictaba Travis porque era la manera de acceder a la única terapia para la tartamudez disponible en la época. Esta terapia consistía en servir de conejillos de indias para poner a prueba los postulados de la Teoría de la Dominancia Cerebral. A ambos se le inmovilizaron los brazos no dominantes con moldes de yeso a objeto de afianzar el hemisferio dominante, comprobándose con el tiempo lo poco eficaz del tratamiento y lo errado de la teoría propuesta.

En 1939, Travis se cambia para la Universidad del Sur de California y Wendell Johnson ocupa su lugar en Iowa. Allí formula su Teoría Diagnosogénica de la Tartamudez, que plantea que la tartamudez no es más que una reacción de escape anticipatoria, aprehensiva e hipertónica, sin un tratamiento claro al respecto.

Por su parte, Van Riper (1992) se dedicó a diseñar una propuesta terapéutica basada en la eliminación del esfuerzo al tartamudear. Puede considerarse entonces a Johnson y Van Riper como los verdaderos padres del estudio científico de la tartamudez.

Mención aparte, tienen los abusos de la terapéutica en sus inicios, estos fueron notorios y como aquí sólo vamos a exponer algunos, cabe destacar, el llevado a cabo a mediados del siglo XIX por el cirujano Dieffenbach, que extirpó sin anestesia grandes cuñas de lengua a varios tartamudos con el fin de eliminar la tartamudez, ocasionando la muerte a algunos de ellos (Perelló, 1990).

Como hemos ido viendo a lo largo de este estudio, algunos autores han postulado que también el daño cerebral congénito sea un factor predisponente. Pero para la gran mayoría de personas que tienen disfluencias no hay estos condicionantes, por lo que las disfluencias y todo lo que lleva asociado, les provoca problemas de relación con el resto e incluso en algunos casos la convicción del interlocutor es que se está frente a una persona con algún tipo de déficit cognitivo o neurológico (Loriente, 2013).

Además, técnicas tan eficaces para la modificación de otras conductas como la desensibilización sistemática, la intención paradójica, la relajación progresiva o similares; o psicofármacos tan potentes como los antipsicóticos (Haloperidol, Olanzapina o Ziprasidona) han demostrado ser completamente ineficaces en el tratamiento de la tartamudez (Johnson et al., 2015). A consecuencia de la ineficacia terapéutica y por ética profesional, algunas clínicas de logopedia rechazan rehabilitar tartamudos adultos. La intervención clínica ha ocasionado un gran desembolso económico a miles de personas con disfluencias, sin que apenas hayan obtenido beneficios significativos en términos de fluidez, aparte de alimentar sin resultados la esperanza de eliminar esas disfluencias (Loriente, 2013).

Cabe destacar que también se ha recurrido a la farmacología para el tratamiento de este trastorno. Se han utilizado antidopaminérgicos como la ziprasidona, la olanzapina y la risperidona, pero el único aprobado para la intervención en España es el haloperidol, el cual ha demostrado reducir los episodios de disfluencias entre un 12% y 15%, aunque solamente por un tiempo determinado y ante demandas comunicativas concretas. Asimismo, ha demostrado tener efectos secundarios significativos y en varios estudios su éxito terapéutico no ha sido reproducible. Por otra parte, los antidepresivos, ansiolíticos, antiepilépticos, betabloqueantes y la toxina botulínica han sido probados como método de tratamiento para la tartamudez (Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía, 2007). Actualmente, se está investigando acerca de otro antidopaminérgico denominado ecopipam, cuyos resultados parecen prometedores, dado que la mayoría de los pacientes (con tartamudez moderada o severa) en los que se ha probado, ha logrado reducir su tartamudez y el medicamento ha sido tolerado correctamente y no parece tener efectos secundarios significativos (Maguire et al., 2019).

Concluimos que la perspectiva de las ciencias biomédicas ha sido hasta la fecha poco eficiente para la comprensión y eficiencia terapéutica de la tartamudez. En cambio, y a diferencia del modelo biomédico, concebimos la tartamudez como una construcción sociocultural (Loriente, 2013).

Se han desarrollado diversidad de prácticas clínicas y estrategias terapéuticas para tratar la tartamudez, desde tratamientos conductuales, cognitivos, incluso medicamentos entre otros (Onslowet al., 2003; Reilly et al., 2013). Muchos de estas

terapias presentan gran efectividad (Harris et al., 2002; Koushik et al., 2009; Lattermann et al., 2008). Sin embargo, muchos pacientes con disfluencias siguen teniendo dificultades para comunicarse durante toda su vida (para una revisión ver Bloodstein y Ratner, 2008).

En este sentido, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Junta de Andalucía realizó en el año 2007 un completísimo informe de las terapias de la tartamudez concluyendo que (Junta de Andalucía, 2007): "No se han encontrado intervenciones para la tartamudez claramente eficaces en términos de resultados relacionados objetiva o subjetivamente con el habla."

En definitiva, en la mayoría de las ocasiones, los métodos tradicionales muestran poca eficacia en el tratamiento (Dayalu y Kalinowski, 2002; Loriente, 2013).

Sin embargo, en otro tipo de intervención, recientemente la implementación de las nuevas tecnologías en el tratamiento de la tartamudez está dando resultados alentadores (e.g., Angandi y Stemple, 2012). Será importante, por tanto, explorar su eficacia para avalar su utilidad (Rodríguez, 2003). Su uso está indicado principalmente a partir de la adolescencia y entre los tratamientos que utilizan las nuevas tecnologías destacan los dispositivos que alteran la retroalimentación del habla. Parece que muchos pacientes informan de que no pueden escuchar su propia voz, y por tanto, tienen dificultad para controlar su fluidez. Estos dispositivos modifican la propia audición del paciente, permitiéndole una mejor modulación de su propia voz. Estos dispositivos electrónicos funcionan bien alterando la frecuencia fundamental de la voz del usuario o bien retrasando la llegada del estímulo producido (Stidham et al., 2006).

Numerosos estudios han mostrado que la frecuencia de las disfluencias se reduce con el uso de tales dispositivos (e.g., Kalinowski, 2003; Stuart et al., 2004).

La efectividad de los dispositivos de alteración del feedback auditivo radica en varios factores: en un principio, se pensaba que las disfluencias se debían a un circuito erróneo del feedback auditivo, por lo que estos dispositivos podían corregirla (Stuart et al., 2004). Investigaciones posteriores demostraron que las mejorías se debían, de hecho, a los cambios que se producían en el habla, incluyendo entre otros, la disminución de la velocidad del habla más que por el dispositivo en sí (Hudock y Kalinowky, 2014). En todos los estudios había algunos

participantes que mejoraban más que otros según la tarea, habiendo incluso algunos que podían llegar a empeorar, lo que significa que no todas las personas que tartamudean podrían beneficiarse de estos dispositivos.

Similar es la utilización del dispositivo "SpeechEasy", el cual funciona mediante la retroalimentación auditiva retardada, ha demostrado su eficacia mejorando la fluidez verbal notoriamente. Este dispositivo permite a la persona ajustar tres parámetros del mismo: volumen, retroalimentación auditiva retardada y retroalimentación de frecuencia alterada. La suma de los dos conceptos anteriores produce la simulación de la señal coral. Además de mejorar la fluidez verbal, aumenta la sensación de control y, por ende, la autoestima (Humeniuk y Tarkowski, 2016).

Azrin y colaboradores (1968) utilizando la técnica del habla rítmica con un vibrador portátil para trasmisión ósea, lograron reducción de las disfluencias en un porcentaje cercano al 90%, mientras los sujetos usaban el metrónomo.

Para Ramírez (1975), en su estudio con un sujeto de 13 años, llegó a la conclusión de que las disfluencias son derivadas de un aprendizaje por condicionamiento clásico, como respuesta emocional condicionada, por lo que el autocontrol de las experiencias del hablante reduciría las experiencias negativas.

A continuación, mostramos en una tabla resumen (Tabla 4), distintos tipos de técnicas de intervención directa.

Tabla 4. Resumen de técnicas de intervención directa según teoría (Santacreu y Forjan, 1997)

TEORÍAS	TÉCNICAS DE TRATAMIENTO
Teorías que inciden en el error de retroalimentación óseo-aérea.	Seguimiento. Encubrimiento. Habla rítmica: silabeo o metrónomo. Retroalimentación auditiva demorada (RAD).
Tartamudeo como respuesta aprendida.	Refuerzo positivo a respuestas alternativas a la tartamudez. Extinción. Tiempo fuera. Contracondicionamiento.
Teorías en base a la reducción de la ansiedad.	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.	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.

Nota: Información extraída de Santacreu y Forjan (1997).

Algunas de estas técnicas expuestas en el cuadro son las siguientes.

Técnica de seguimiento, habla en sombra o eco.

Se intenta que la persona con disfluencias repita las palabras dichas por el especialista en intervención mientras habla o lee un texto. Lo que se pretende es conseguir que la persona con el trastorno atienda prioritariamente a la información que le llega por el canal auditivo de lo que está leyendo o diciendo el modelo. Por otra parte, el sujeto al imitar parece olvidarse de sus dificultades y deja de cometer errores (Jiménez y Alonso, 2000).

Técnica de encubrimiento o enmascaramiento (Yates, 1970, 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 ralentizándolo y en los sujetos con disfluencias se produce una reducción de estas.

El habla rítmica, silabeo o metrónomo.

Lo que se pretende es enseñar a hablar a la persona con disfluencias 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 propia habla.

Brady (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 a la persona con tartamudez 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. 1.Se le demuestra al sujeto que puede hablar sin tener disfluencias (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.

Señalamos 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.

Un riesgo inherente a cualquier tratamiento de la tartamudez 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.

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 tienen disfluencias, 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 sujetos encontraban este momento relajante.

Contracondicionamiento.

Consiste fundamentalmente en la producción de respuestas incompatibles con la conducta de tartamudeo. Los autores (Azrin y Nunn, 1974) 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 fue traducido al español (Azrin y Nunn, 1987).

Desensibilización sistemática.

Consistente en descubrir a la persona con disfluencias, 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 y relajación.

Aprender a respirar correctamente supone una parte importante en todos los tratamientos logopédicos, numerosos estudios (Jiménez y Alonso, 2000) demuestran la presencia de un patrón respiratorio alterado en las disfluencias (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 controlar la respiración mientras habla o lee.

Los recursos con los que el especialista a la hora de intervenir 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 (Sander y Osborne, 2019).

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.

Otras formas de intervención.

Otras formas de intervención están relacionadas con las nuevas tecnologías, así Fernández-Martín y otros (2016) realiza un trabajo donde analiza los tratamientos basados en el uso de las nuevas tecnologías que pueden ser utilizados para la intervención en el trastorno de la fluencia.

Métodos alternativos basados en las nuevas tecnologías para el tratamiento de la tartamudez (Stidham et al., 2006). En la mayoría de las ocasiones, como hemos visto anteriormente, se trata de dispositivos electrónicos que alteran el feedback auditivo (o la retroalimentación auditiva).

Otra forma de intervención es cuando la tartamudez es considerada un comportamiento asociado a un rol específico, un comportamiento condicionado al rol de hablante, entonces la prevención y el tratamiento deberían centrarse en el rol de hablante. El concepto de tartamudez como un desorden no unitario concuerda perfectamente con la especificidad del rol en el tratamiento.

El tratamiento puede estar dirigido a atender la especificidad de un problema, una terapia especializada ROLE-TAKING para tartamudo más que una psicoterapia general. Los cambios que pueden realizar los tartamudos son cambios de roles, específicamente en términos del rol del hablante y la relación de oyente. El éxito depende considerablemente del grado de compromiso consigo mismo en el desempeño del rol asignado. Si en un período de tiempo una persona representa de manera coherente nuevos roles con un gran compromiso de sí mismo, como consecuencia, la persona cambia, al igual que el concepto que tiene de sí mismo. Evidencias para el efecto de la representación prolongada del rol sobre el sí mismo son presentadas de manera convincente por Sarbin (1954).

El programa "Camperdown", al igual que el "Lidcombe" (en edad preescolar), es un tratamiento conductual, aunque está recomendado para adolescentes y adultos mayores de 12 años con tartamudez moderada o severa. Se

lleva a cabo mediante un entrenamiento consistente en disminuir la velocidad y exagerar la forma de hablar, cuya finalidad es reducir el tartamudeo de la persona durante la vida diaria. El programa no incluye estrategias para reducir la ansiedad social asociada a la tartamudez, aunque durante la tercera etapa pueden incorporarse dichas técnicas si fuera necesario. Para valorar la fluidez y la ansiedad de la persona dentro y fuera de la clínica se usan escalas simples que facilitan la autoevaluación y el autocontrol, además del establecimiento de metas a corto y largo plazo.

El programa está dividido en cuatro etapas, donde el individuo aprende a controlar su tartamudeo mediante técnicas de fluidez individualizadas. Primero, es enseñado en consulta a usar dichas técnicas y a evaluar su grado de disfluencia. En la segunda etapa, la persona aprende a reducir su tartamudeo y a que su discurso suene más natural, a través del desarrollo de estrategias que va poniendo en marcha mientras habla con el terapeuta. La tercera etapa consiste en desarrollar las técnicas utilizadas para controlar el tartamudeo durante el día a día, es decir, se lleva a cabo un proceso de generalización. Por último, la persona desarrolla habilidades para mantener un nivel leve de tartamudez a largo plazo y reducirlo si hubiera un aumento. Una ventaja que ofrece este programa es la posibilidad de realizarlo telemáticamente a través de un teléfono o webcam. Aproximadamente, el tiempo de tratamiento se sitúa en torno a 10 – 20 horas para completar las primeras 3 etapas, aunque en el caso de los adolescentes puede ser mayor. Respecto a su eficacia, se han observado mejoras del tartamudeo tras la aplicación del programa, tanto percibidas por la propia persona como objetivamente. Sin embargo, las mejoras disminuyen a largo plazo (O´Brian et al., 2018).

Otro método que podemos resaltar es el programa de Aceptación y Compromiso. Este trata de mostrar al paciente, mediante sus propias experiencias, que no importan las dificultades para hablar, debe aceptarlas y comprometerse con lo que quiere expresar, es decir, darle valor al contenido del mensaje y no a la forma. La persona debe aprender a afrontar las situaciones que le producen malestar hasta que éste se reduzca, lo cual se realiza mediante técnicas de exposición o desensibilización. Ello implica aceptar la ansiedad, la cual una vez es aceptada y dejada a un lado se transforma en algo tolerable e, incluso, desaparece. A través de esta terapia se busca que el individuo comprenda que son los esfuerzos por no

tartamudear y las conductas de evitación las que le causan sufrimiento y que, si se expone a las situaciones temidas sin rehuirlas, se habituará al sufrimiento y dejará de sentirlo. Una vez la persona haya perdido el miedo a sus disfluencias y bloqueos se puede comenzar a trabajar aspectos modificativos que faciliten la fluidez en situaciones reales (Beilby et al., 2012).

Así, hace ya bastantes décadas, que determinados autores pensaban que la terapia con personas con trastorno de la fluencia, como cualquier otra psicoterapia, debería tener como propósito aumentar la autoestima del individuo, el respeto a sí mismo o su autoconcepto, y, al mismo tiempo, reducir la impresión o el temor que le producen las características de la audiencia (Goffman, 1959, 1961, 1964; Mead, 1934).

2.2. AUTOCONCEPTO Y PERSONALIDAD: RELACIÓN CON LA TARTAMUDEZ

2.2.1. El papel del temperamento en la tartamudez

Para hablar de personalidad, debemos atender primero el concepto de temperamento, ya que es la dimensión biológica e instintiva de la personalidad, que se manifiesta antes que el resto de sus factores.

El temperamento entendiéndolo por las diferencias individuales relacionadas a la respuesta motora y/o emocional frente a un estímulo y a la autorregulación (Leal et al., 2016).

En Aydin y Ozdemir (2019), se propone que el concepto de temperamento surge de las diferencias individuales, influenciados por la herencia, la maduración y la experiencia, reactividad y autorregulación. Afirman que el temperamento se mide en tres categorías o dimensiones: Extraversión, afectividad negativa y control esforzado. La extraversión incluye rasgos como apertura a estímulos externos, actividad y tener expectativa positiva. La afectividad negativa incluye rasgos como miedo, frustración, insatisfacción. Bajo la dimensión de control esforzado tenemos componentes como atención, inhibición, suprimir conductas, planificación, bloqueo y detección de errores. En su investigación, se compararon estas tres

dimensiones y se observó que los niños que tartamudeaban recibían puntuaciones más altas en las dimensiones de afectividad negativa y más bajas en control esforzado. La actitud negativa hacia la comunicación significa que el individuo se considera un comunicador inadecuado, encuentra la comunicación desafiante y por lo tanto se vuelve reacio a hablar, así las conductas de evitación en personas que tartamudean avanzan con el aumento de la edad, como resultado del tartamudeo (Aydin y Ozdemir, 2019).

En esta línea, el estudio de Choi et al. (2013) que relaciona este aspecto del temperamento, inhibición conductual y la tartamudez en niños de 5 años, sugiere que los niños con menor inhibición conductual tartamudean menos que con mayor inhibición conductual.

Diversos estudios evidencian que los niños que tartamudean son más sensibles comparados con niños fluentes, lo que deriva en comportamientos de evitación y/o detención de alguna acción (Guitar, 2014). Además, un estudio demuestra la vinculación de la genética, las emociones y la tartamudez, pues identificó la mutación de varios genes incluyendo al gen GNPTG asociado al desarrollo del cerebelo, que se encarga del control motor y la regulación emocional y el hipocampo que influye en las emociones (Kang et al., 2010).

Leal et al. (2016), señalan que la tartamudez surge como resultado de una interacción entre factores constitucionales y ambientales. Haciendo énfasis en los factores constitucionales, éstos se relacionan con una respuesta emocionalmente reactiva, como lo es el temperamento, ya que los niños que tartamudean pueden presentar un temperamento sensible en comparación con sus compañeros fluentes, lo que puede contribuir a su vulnerabilidad en comenzar, mantener o recuperarse de la tartamudez. Dicho estudio apoya lo señalado por Guitar (2014), quien propone que los niños que tartamudean son más sensibles en comparación con los que son fluentes, dando como resultado comportamientos de evitación y/o detención de alguna acción. Además, Leal et al. (2016), relacionan la sensibilidad de los niños que tartamudean con el temperamento, el cual se caracteriza por las diferencias individuales relacionadas a la respuesta motora y/o emocional frente a un estímulo y a la autorregulación.

En distintas revisiones científicas, se sugiere la posible asociación entre el temperamento y la tartamudez, como lo definen Rothbart y Bates (1998), puede

describirse como "diferencias individuales basadas constitucionalmente en la reactividad y la autorregulación emocional, motora y atencional que son relativamente estables en el tiempo. Kefalianos et al. (2012) concluyeron que puede haber asociación entre el temperamento y la tartamudez, que varios aspectos del temperamento parecen estar asociados con la tartamudez, que van desde la atención, el estado de ánimo, la adaptabilidad y reactividad al entorno y el control inhibitorio. Según Choi et al. (2013), la inhibición conductual puede medirse de forma fiable mediante la observación del comportamiento. La inhibición del comportamiento es una característica temperamental que se expresa como evitación inicial, angustia o emoción contenida cuando una persona está expuesta a personas, lugares y situaciones desconocidas.

Por otro lado, una revisión a Jones (2014) nos acerca a una posible asociación entre temperamento, emociones y tartamudez en infantes, considerando en primer lugar que el temperamento puede estar relacionado con el desarrollo general del lenguaje. Este autor afirma la existencia de dos vías que relacionan, directa o indirectamente, el temperamento y las emociones con el desarrollo del lenguaje. Así, sugiere que los infantes expuestos a situaciones y experiencias emocionalmente neutrales presentan un lenguaje más precoz y avanzado que aquellos que pasan más tiempo frente a situaciones y experiencias negativas.

Para Anderson et al. (2003), la tartamudez impulsa el temperamento, sugiere que los sujetos que tienen trastorno de la fluencia son reacios a salirse de su zona de seguridad, y cuando se les obliga a hablar o interactuar fuera de esta zona, pueden tartamudear más, entonces, según su temperamento pueden preferir quedarse donde se sientan seguros para comunicarse.

Rocha et al. (2019) llevaron a cabo un estudio, donde examinaron las dimensiones del temperamento, la capacidad de funcionamiento ejecutivo y los niveles de ansiedad. Los niños mayores que tartamudeaban exhibían puntuaciones más altas en ira, frustración, impulsividad, mayor reactividad emocional y tristeza, y puntuaciones más bajas en atención, concentración y calma.

Algunos estudios han sugerido que los niños con un temperamento sensible pueden tener vulnerabilidades neuronales que les hacen tener más probabilidades de desarrollar tartamudez (Guitar, 2014).

En otro estudio sobre el temperamento (Lee et al., 2020), este en niños coreanos de preescolar donde se determinaron correlaciones entre tartamudez y temperamento, sugirieron que las características temperamentales pueden contribuir en parte al desarrollo de la tartamudez.

Eggers et al. (2010), que estudiaron los factores de temperamento en niños con trastorno de la fluencia, encontraron diferencias significativas, más bajo para estos niños en control inhibitorio y más alto en ira y frustración. Hay investigadores que han considerado el papel potencial del temperamento en la aparición y desarrollo del tartamudeo (Craig et al., 2015).

Otros autores han especulado sobre la posible importancia del temperamento o factores relacionados, como la sensibilidad hacia la tartamudez, el perfeccionismo, la tolerancia a la frustración, la ansiedad, para comprender el inicio, el desarrollo e incluso la eficacia del tratamiento de la tartamudez (Anderson et al., 2003). Guitar (1998), especula que algunos sujetos con trastorno de la fluencia podrían nacer con una sensibilidad emocional elevada, lo que los haría especialmente reactivos a sus primeras disfluencias. Starkweather (2002) incluso especula sobre la posibilidad de que la baja tolerancia a la frustración sea uno de los rasgos genéticamente transmitidos que influyen en la probabilidad de que un niño desarrolle tartamudez.

Se ha argumentado (Rothbart et al., 2000) que los niños son capaces de regular su comportamiento mediante el uso de dos sistemas diferentes, a saber, un sistema emocional (miedo) y un sistema que se desarrolla más tarde y se basa más en la atención (control con esfuerzo). Son capaces de utilizar su atención voluntariamente, concentrándose o alejándose, pueden inhibir más fácilmente las respuestas dominantes inapropiadas.

El temperamento y la emoción pueden contribuir causalmente al desarrollo de la tartamudez y los hallazgos empíricos indican que los niños que tartamudean exhiben diferencias en temperamento y emoción en comparación con los niños que no tartamudean (Jones et al., 2014). Estos autores concluyen que el temperamento y las emociones pueden estar asociados de manera importante con la aparición y el desarrollo del trastorno de la fluidez con inicio en la infancia, aunque no implica que sean la única causa de la tartamudez. Para Jones et al., (2014) los niños con

tartamudez son más reactivos emocionalmente, más negativos en sus afectos y más altos en ira, frustración y actividad motora.

2.2.2. Personalidad y emociones en la adolescencia

Como hemos visto en toda la literatura científica revisada hasta el momento, el trastorno de la fluencia de inicio en la infancia y la tartamudez está íntimamente relacionado con la personalidad del sujeto que lo padece, influyendo de una manera u otra en sus emociones, incluido a la hora de realizar el diagnóstico del mismo, el aspecto emocional hemos visto que es uno de los criterios diagnósticos del trastorno según el DSM-5 (APA, 2014).

La investigación en el campo de la personalidad es muy amplia, por lo que hemos acotado en nuestro estudio aquellas variables que hemos considerado principales en su relación con el trastorno que nos ocupa y que puedan ser determinantes de un modo u otro para el mismo, al igual que tenemos que resaltar la importancia de estas variables en la evaluación del trastorno para una mayor eficiencia de la misma.

Además, lugar importante dentro del estudio, las emociones que el sujeto con disfluencias va a sentir, y que pueden ser influenciadas por el propio trastorno o viceversa.

Al mismo tiempo, nos vamos a centrar en la edad sobre la que se ha realizado nuestro estudio, la edad comprendida en la adolescencia, por ser una edad crítica en la formación de la personalidad, y en la que las emociones son tremendamente importantes a la hora de la relación con el medio que nos rodea.

Como anticipo, comentar, que después de revisar numerosos estudios, que evaluando sistemática y objetivamente a las personas se ha demostrado que no existe un patrón de personalidad típico y claramente definido de las personas con disfluencias y no se han encontrado diferencias definitivas a la hora de un diagnóstico diferencial entre los que tienen estas y los que no, aunque si hay matices según el estudio realizado, que vamos a ver a continuación.

Y aunque es verdad que, por ejemplo, para Gallardo y Gallego (2003), no siempre la personalidad de un niño tiene que verse afectada por su tartamudez,

para la gran mayoría de autores, por sus trabajos e investigaciones, lo más común es que sí que se vea influenciada por el trastorno.

Así, Dinville y Gaches (1989) indican que la personalidad de un niño con tartamudez puede verse afectada en mayor o menor medida dependiendo de las reacciones de los demás hacia su forma de hablar, así, la autoimagen puede alterarse, al comprobar que la gente se incomoda al hablarle, evitan los intercambios comunicativos con él y no tienen en cuenta sus comentarios, qué duda cabe, a menor fluidez verbal, más posibles son estas reacciones.

La OMS (2017) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se da entre la niñez y la edad adulta, en edades comprendidas entre los 10 y 19 años y la describe, como: "la etapa más importante del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes".

Arias-Gallegos (2013), la define como un periodo de transición que pasa de una conducta inmadura e infantil a una forma de comportamiento personal y social, propias de un adulto, por la cual los jóvenes logran un dominio no solo a nivel cognitivo, sino también a nivel afectivo, conductual y social.

La adolescencia entendida como la etapa de transición a la vida adulta, se caracteriza por el cambio, especialmente emocional que pueden derivar en problemas de autoestima y respuestas de ansiedad desadaptativas ante determinadas situaciones. La adolescencia es una etapa de grandes cambios psico-físicos y sociales. (Hernández et al., 2018).

Reconocer emociones y sentimientos es un elemento clave y fundamental para entender la conducta de los adolescentes (Muñoz-Vivas, 2000). El período de la adolescencia es un océano de emociones desordenadas que oscilan con las circunstancias y los eventos que la juventud experimenta y aunque los adolescentes están conscientes de los cambios que están sufriendo sus cuerpos, no es de sorprender que alguno de estos afecte su desarrollo psicológico (Guttormsen et al., 2022).

La adolescencia es una época emocional turbulenta, durante la cual la autoestima puede verse afectada por infinidad de razones, esto es porque durante la adolescencia, se produce una maduración tanto física como cognitiva, y estos cambios en el desarrollo están asociados con cambios psicológicos y sociales, como

comparaciones sociales, pensamiento egocéntrico y abstracto (Slot y Van Aken, 2013)

El círculo social de los adolescentes incluye: relacionarse con amistades y con miembros de ambos sexos; llegando a ser selectivos con sus amigos, buscando que tengan sus mismas inquietudes e intereses así, desarrollan la capacidad de enamorarse y de formar relaciones amorosas, al mismo tiempo que se vuelven independientes de sus padres y buscan apoyo en su grupo de amigos (Carrillo-Picazzo, 2009). Su reputación empieza a ser importante y las buenas relaciones con los demás será un indicador del bienestar social del adolescente (Sánchez-Queija y Delgado-Egido, 2010). Los adolescentes que lidian y encuentran un sentido de identidad estarán bien preparados para establecer relaciones íntimas y solidarias con los demás (Guttormsen et al., 2022).

La edad crucial para el cambio de rol también ofrece la mejor oportunidad para recuperarse de manera espontánea de un trastorno de la fluidez de inicio en la infancia. Los años de transición de la infancia a la pubertad, de 11 a 14 años de edad, y de la adolescencia a la edad adulta, de 19 a 22, parecen especialmente propicios para recuperarse. Por inferencia, estos deberían ser los años de disposición óptima para asimilar los cambios de rol que se incluyen en la terapia. Estos podrían ser los mejores años para guiar al sujeto con trastorno de la fluencia hacia la salida, hacia una recuperación, al menos emocionalmente hablando, que ahora pensamos que no sólo es posible sino también realizable.

Arnett (2008) considera la adolescencia como una etapa en la que se experimentan problemas difíciles y duraderos que no todos los adolescentes la vivencian por igual, sin embargo, lo considera como un periodo de vulnerabilidad. Se observa una mayor preocupación respecto a la tartamudez a medida que van convirtiéndose en adolescentes y adultos, acentuándose también los intentos por ocultarla, ya que temen ser rechazados o estigmatizados por ello (Blood et al., 2003).

La tartamudez es un desorden de la presentación social del sí mismo. Según Klompas y Ross (2004), la tartamudez no es un trastorno del habla sino un conflicto que gira en torno al Yo y al rol que se desempeña, en otras palabras, a un problema de identidad. Así, tomando como referencia la teoría del rol (Sheehan, 1970), la tartamudez es vista más claramente como un caso especial de conflicto del rol de sí mismo. La tartamudez, como desorden, es un rol específico que requiere una

terapia del rol específico, una psicoterapia ROLE-TAKING, que implica adoptar una postura referente a una actitud, representar el rol del otro (de usurpación de roles).

Por lo general, el sujeto con tartamudez no tiene problemas cuando está solo, una característica sorprendente y significativa del trastorno. Puede hablar tranquilamente debido a que no tiene que comunicarse con otros seres humanos. Aunque cuando está acompañado, el trastorno se hace visible únicamente cuando habla, éste existe, ya que es un comportamiento asociado a un rol específico. Es específico para el rol de hablante y para la relación con el oyente. Al igual que se necesitan dos personas para bailar tango, se requieren al menos dos para tartamudear: un oyente y un hablante.

Así, bajo el impacto de una disminución de la autoestima, se produce un aumento de la carga emocional de la expresión o un aumento de la autoridad y del temor que le produce el oyente (Sheehan et al., 1967).

Según Klompas y Ross (2004), cuando representan roles que se alejan del sí mismo como en la actuación, la imitación de dialectos extranjeros, los apartes o cualquier otro falso comportamiento, muchos sujetos con trastorno de la fluencia pueden ser dramáticamente fluidos. Incluso, algunos se han convertidos en actores profesionales, capaces de hablar con facilidad al presentar determinados personajes o interpretar cualquier otro rol. Sin embargo, en el momento en que vuelven a ser ellos mismos, por ejemplo, cuando dicen su nombre o emplean palabras que se refieren a ellos directamente como "yo" o "mi", se bloquea de nuevo.

Así, estos autores, proponen, que como todo conflicto del rol de sí mismo, la frecuencia de las disfluencias varía de acuerdo a dos factores principales:

1) la variable del sí mismo, es decir, cómo se percibe el sujeto con el trastorno, particularmente en su rol de hablante, cómo ve su propia posición en una situación social en la que es necesario que hable;

2) la variable del rol, esto es, cómo se percibe al "otro significativo", al oyente o a la audiencia.

Se tienen disfluencias ante un rol y no por la persona que ocupa temporalmente el rol (Klompas y Ross, 2004). Además, los roles están relacionados

con la posición, el estatus, no con la persona que representa momentáneamente ese rol. La frecuencia de las disfluencias varía con el rol del hablante y con el del oyente. Quizás el trastorno de la fluencia sea, en primer lugar, un desorden del rol y, sólo en segundo lugar, un desorden de las relaciones interpersonales. La dificultad con un determinado grupo de personas se deriva de las posiciones que ocupan y de los roles que desempeñan, y no necesariamente de sus características personales (Klompas y Ross, 2004).

Cuando el sujeto con tartamudez habla con una persona de su misma condición, como, por ejemplo, con un amigo, la frecuencia de las disfluencias tiende a ser moderada. Cuando la persona con disfluencias siente que tiene la autoestima alta, por el efecto del amor, el alcohol o un logro notable, y no se siente impresionado por el oyente, habla con una fluidez relativa. Todo esto es lo que Sarbin (en Stidham et al., 2006) denomina "exigencia del rol".

Por otro lado, al hablar de personalidad del sujeto, no podemos obviar la emoción. La palabra emoción desciende del término latín "*movere*", que significa "mover hacia". Las emociones son las encargadas de impulsar a las personas hacia un comportamiento determinado basado en la acción, ya sea de enfrentamiento (*fight*) o huida (*fly*) de la situación. (Bisquerra, 2009) (cit. en Gelpi, 2011)

Son muchos los autores que han definido el concepto de emoción a lo largo del siglo XX, aunque siempre íntimamente relacionado con el concepto de inteligencia emocional.

Las teorías de Watson y Skinner (Bisquerra, 2000) definen la emoción como una predisposición a actuar de una manera concreta, mientras que Goleman (1996) completa el término y afirma que la emoción hace referencia a sentimientos, pensamientos, estados biológicos, psicológicos y forma de actuar de cada individuo.

Es a comienzos del siglo XXI cuando Bisquerra (2000) aporta a nuestro juicio, su definición de emoción, más completa e integrada:

> Las emociones son reacciones a las informaciones (conocimiento) que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. (…) Una emoción depende de lo que es importante para nosotros. Si la emoción es muy intensa puede producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales (fobia, estrés, depresión) (p. 115).

En otras palabras, se puede afirmar que las emociones son las respuestas que el individuo produce a los estímulos que recibe. Éstos pueden ser tanto internos como externos; presentes, pasados o futuros; y reales o imaginarios. Además, la percepción del estímulo no tiene que ser necesariamente consciente, si no que puede ser inconsciente (Gelpi, 2011)

A pesar de las múltiples definiciones que se han elaborado y perfeccionado con el paso del tiempo, Rodriguez y Caño (2012) afirman que la investigación sobre las emociones nos proporciona una base estable donde sustentar muchos de los resultados parciales que se obtienen y que, a día de hoy aún no se ha elaborado una definición del término ampliamente aceptada por todos.

Para Perelló (1990), las emociones ejercen una elevada influencia sobre el habla del niño.

De Nil y Brutten (1991) constatan la presencia de sentimientos y actitudes negativas en niños tartamudos mayores, todo ello a consecuencia de las experiencias traumáticas sufridas en sus interacciones sociales.

Santacreu y Frojan (1993), consideran que los problemas emocionales no son desencadenantes del problema de fluidez.

En cambio, Le Huche y Le Huche (1992) plantean que la tartamudez limita socialmente al individuo y lo hace encerrarse en sí mismo.

Según Cooper y Cooper (1985), los sentimientos de inseguridad e infravaloración pueden repercutir en su patrón de habla.

Sin embargo, Van Riper (1982), Bloodstein (1995) y Van Hout (1996), consideran que la personalidad de un niño tartamudo no tiene rasgos diferenciales definitorios respecto a la de un niño con una fluidez adecuada.

Los resultados de los trabajos llevados a cabo sobre la prevalencia de sintomatología psicopatológica entre los jóvenes y adultos con trastorno de la fluencia muestran que cuando se les compara con la población general frecuentemente presentan puntuaciones superiores en síntomas psicopatológicos (Smith y Weber, 2017).

Así, según Rodríguez (2003), la tartamudez puede ser como un iceberg, lo que se ve en el sujeto y lo que no se ve, pero que está latente interiormente, las emociones que experimenta como miedo, culpa y vergüenza.

En concreto, la ansiedad resulta el síntoma psicopatológico que con mayor frecuencia aparece asociado a la tartamudez (Garaigordobil y Perez, 2007).

Cabe distinguir entre ansiedad rasgo y ansiedad estado. La ansiedad rasgo es una característica de personalidad relativamente estable (a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones). El rasgo de ansiedad hace referencia a la disposición del individuo para percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y a la tendencia a responder ante estas situaciones con ansiedad. La ansiedad estado hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo.

Ambos conceptos están íntimamente relacionados. Una persona con un nivel elevado de ansiedad rasgo presenta, por regla general, una ansiedad estado también elevada. Sin embargo, una persona con un nivel de ansiedad rasgo bajo puede mostrar de forma puntual reacciones de ansiedad de elevada intensidad ante situaciones que perciba como amenazantes (ansiedad estado). Así, por ejemplo, una persona con un nivel de ansiedad rasgo bajo puede mostrarse ansiosa ante la inminencia de un examen o de una situación que para ella es importante. En cambio, una persona con un nivel elevado de ansiedad rasgo no sólo se sentirá nerviosa en esa situación, también en muchas otras.

Hemos visto en la literatura científica que son bastantes las emociones que se relacionan con el trastorno de la fluencia, antes de entrar en detalle en aquellas que consideramos prioritarias a tener en cuenta, vamos a realizar una clasificación de las emociones existentes más influyentes en la personalidad de las personas.

Son varios los criterios de clasificación de las emociones que se pueden encontrar actualmente; realizaremos una breve revisión de la Clasificación Psicopedagógica de las Emociones de Goleman (1996) y Bisquerra (2009), resumida en la Tabla 5.

Tabla 5. Clasificación de las emociones (Bizquerra, 2009)

PRIMARIAS	SECUNDARIAS
	EMOCIONES NEGATIVAS
Miedo	Temor, horror, pánico
Ira	Enfado, rabia, furia, cólera, rencor, odio, indignación, resentimiento, aversión, exasperación, tensión, excitación, agitación, acritud, animadversión, animosidad, irritabilidad, hostilidad, violencia, enojo, celos, envidia, impotencia, desprecio, acritud, antipatía, resentimiento, rechazo, recelo.
Tristeza	Melancolía, pena, nostalgia, aflicción, depresión, frustración, decepción, dolor, pesar, desconsuelo, pesimismo, melancolía, autocompasión, soledad, desaliento, desgana, morriña, abatimiento, disgusto, preocupación.
Asco	Repugnancia, aversión, rechazo, desprecio.
Ansiedad	Nerviosismo, angustia, inquietud, inseguridad, estrés, preocupación, anhelo, desazón, consternación, desesperación.
	SOCIALES
Vergüenza	Timidez, sonrojo, inhibición, culpabilidad, bochorno, pudor, recato, rubor, verecundia, vergüenza ajena.
	EMOCIONES POSITIVAS
Alegría	Euforia, placer, deleite, entusiasmo, excitación, contento, estremecimiento, gratificación, satisfacción, capricho, éxtasis, alivio, regocijo, humor.
Amor	Aceptación, cariño, ternura, amabilidad, empatía, interés, cordialidad, afecto, confianza, afinidad, respeto, devoción, adoración, veneración, enamoramiento, ágape, gratitud, interés, compasión

Nota: Datos extraidos de Bizquerra (2009).

2.2.3. La influencia de factores emocionales en la tartamudez

En este caso, parte de las investigaciones que se han encontrado corresponden al ámbito clínico y sanitario, mientras que un mínimo porcentaje, se centran en el ámbito educativo. No obstante, a partir de ellas, se puede hacer una breve aproximación según los resultados más recientes.

En primer lugar, de acuerdo con Alm (2004) la influencia de factores emocionales en el trastorno de la fluidez verbal, concretamente en la tartamudez, es un tema delicado y que ha generado mucho debate en la sociedad. En algunos casos, afirma que la influencia es ambigua y ciertamente observable, mientras que, en otros, autores como Weber y Smith (1990, en Alm, 2004) no han obtenido éxito en demostrar las diferencias emocionales entre grupos con tartamudez y grupos con un habla fluida.

Por el contrario, autores como Menzies et al. (1999, en Alm, 2004) afirman que, si existe una conexión entre tartamudez e inteligencia emocional, aunque la naturaleza de ésta aún está por determinar.

Para Bloodstein y Ratner (2008) las emociones relacionadas con la tartamudez deben considerarse parte de la sintomatología, ya que a menudo constituyen parte del problema de la tartamudez.

Tumanova et al. (2020) realizaron una investigación transversal experimental que examinó la reactividad emocional y la regulación de las emociones en niños en edad preescolar que tartamudean y que no, comprobando su respuesta psicofisiológica y la frecuencia cardiaca para evaluar la reactividad emocional, sus hallazgos demostraron que no había diferencia entre grupos en su reactividad emocional y capacidad de regulación emocional en reposo, sin embargo, durante las condiciones de desafío, el niño con trastorno de la fluencia tendió a ser más reactivo emocionalmente, con frecuencia cardiaca más alta, empleando también una mayor regulación emocional.

El objetivo de este estudio (Tumanova et al., 2020) fue identificar los indicadores emocionales implicados en el desarrollo de la tartamudez, justificado en la idea de que la comunicación hablada no solo se basa en una coordinación precisa de la respiración, la fonación y la articulación, sino que también requiere

un compromiso social, que se basa en la capacidad de regular la excitación emocional (Tumanova et al., 2020).

Los especialistas que trabajan para la recuperación de la tartamudez no sólo tienen el desafío de tratar la presentación de problemas de comunicación, sino que también deben comprender la compleja interacción de la influencia psicosocial, emocional y cultural de una persona en relación con la tartamudez (Nang et al., 2018).

Para Salley y Dixon (2007), los procesos emocionales pueden afectar el habla y el lenguaje tanto directa como indirectamente. Un estado emocional elevado puede suponer una carga para los sistemas de control conductual del niño, dejando menos recursos para contribuir a la producción del habla y el lenguaje, afectando así directamente el lenguaje del niño. Las emociones también pueden tener un impacto indirecto en el lenguaje en el sentido de que los niños más tímidos, o ansiosos pueden limitar sus interacciones y socializaciones con las personas que los rodean, lo que resulta en menos oportunidades para que estos niños practiquen y desarrollen sus habilidades lingüísticas.

En otras investigaciones, se postula que los niños con tartamudez que son más reactivos y menos capaces de regular sus emociones pueden reaccionar a sus disfluencias con emociones más fuertes, lo que podría conducir a una exacerbación de su tartamudeo, que otros que son menos reactivos y más capaces de regular sus emociones (Conture y Walden, 2012). Por otro lado, la cualidad temperamental de la timidez también se ha visto implicada en la forma en que los niños tartamudos responden en situaciones desconocidas (Choi et al., 2013).

Cuando se encuentran en una situación excitante, estos niños pueden tener menos recursos para dedicar al lenguaje y la producción del habla, lo que podría conducir a interrupciones del habla más frecuentes en forma de falta de fluidez (Tumanova et al., 2020).

Son muchas las definiciones de tartamudez que se refieren a emociones específicas como miedo, ansiedad, vergüenza e irritación (Yaruss y Quesal, 2004).

Guitar (2014), establece relación entre los aspectos emocionales y la tartamudez del desarrollo, aunque muy variable, pues la experiencia de la tartamudez puede producir en los individuos diversas emociones como ansiedad y temperamento asociado al miedo, la ira o frustración.

Numerosos estudios siguen esta línea, indicando que las emociones desempeñan un papel importante en el trastorno de la fluidez con inicio en la infancia (Anderson et al., 2003). Por su parte, Smith y Weber (2017) sugieren que las emociones están asociadas con el trastorno de la fluidez. Destacan dos aspectos de la emoción: reactividad, es decir la facilidad con la que se despiertan las emociones que implican reacciones; y regulación emocional, proceso por el cual influimos en qué emoción tenemos, cuándo las tenemos y cómo las experimentamos y expresamos (Choi et al., 2016). Un estudio sobre adolescentes, indica que los que tartamudean tienen comportamientos más reactivos emocionalmente antes y durante la tartamudez (Jones et al., 2014).

Otro aspecto importante en adolescentes es la inhibición conductual, relacionada con el temperamento, y caracterizado por la evitación inicial y la angustia en lugares y situaciones desconocidos o presencia de personas desconocidas, y que los jóvenes con inhibición conductual más alta tenían más tartamudez (Choi et al., 2013). El aumento de la tartamudez se asocia con una mayor reactividad emocional y una menor regulación (Smith et al., 2014).

En esta línea, podemos mencionar otros autores, que nos dicen que es posible encontrar reflejos del trastorno de la fluencia no sólo en el habla, sino también en las emociones y/o las cogniciones de los que lo sufren (Rodríguez, 2003).

Stournaras (1987) diferencia cuatro componentes de la tartamudez, dándole suma importancia al componente emocional y de la personalidad:

1) Componente verbal-motor (las alteraciones en el ritmo y fluidez del habla, acompañadas generalmente de una sobreactivación motora de los órganos del habla y de otras partes del cuerpo que distorsionan la secuencia gestual que acompaña al habla);
2) Componente emocional (emociones negativas específicas, como ansiedad, vergüenza o sentimiento de inferioridad, que pueden acompañarse de reacciones fisiológicas intensas, como tensión muscular -sobre todo en zonas fonoarticulatorias-, tasa cardiaca elevada, tasa respiratoria baja y descoordinada);
3) Componente cognitivo (disminución de la autoestima, llegando a considerarse incapacitado para relacionarse con los demás; se generan

además actitudes negativas hacia la tartamudez, el habla y la comunicación en general);

4) Componente comunicativo (interacción comunicativa alterada entre el tartamudo y quienes le escuchan, a nivel verbal, emocional y de relación).

Van Riper (1973) sugiere que no son la depresión y la ansiedad las únicas emociones que pueden estar en el origen de muchos trastornos psicológicos que afectan a los sujetos con disfluencias. El control del habla tiene una importancia determinante en las relaciones sociales. El fallo continuado en ellas produce a las personas con tartamudez sentimientos de frustración, culpabilidad y también de hostilidad e ira a niveles muy altos (Van Riper, 1973).

Si bien los síntomas físicos de la tartamudez pueden controlarse mediante terapia, las manifestaciones cognitivas y afectivas pueden requerir un afrontamiento más centrado en las emociones (Plexico et al., 2018). Los adolescentes con trastorno de la fluencia experimentan emociones negativas como miedo, frustración, vergüenza, impotencia e ira en asociación con su falta de fluidez, y para resolver la dificultad asociada a la tartamudez, emprenden esfuerzos centrados en las emociones, como la evitación, la negación y la distracción (Plexico et al., 2018). Aunque la reactividad emocional y la regulación no causen el tartamudeo, sí que la regulación de las emociones puede afectar los casos de tartamudez (Conture et al., 2012). Por su parte, Vanryckeghem et al., (2005) exploraron las reacciones emocionales y las actitudes negativas de los adolescentes con trastorno de la fluencia e informaron correlaciones positivas entre estos factores y la gravedad de la tartamudez.

Por ello, a pesar de que los resultados de las investigaciones son contradictorios en algunos casos o incompletos en otros, se puede concluir afirmando que, de una forma u otra, las emociones tienen su impacto sobre el desarrollo de las personas y, por supuesto, sobre su lenguaje, en mayor o menor medida.

2.2.4. Ansiedad, culpa, vergüenza y miedo y su relación con la tartamudez

En el sujeto con tartamudez, se originan, según Rodríguez (2003), un tipo de sentimientos que se desarrollan como consecuencia de convivir con el problema a

lo largo de los años, como una desconfianza total de su capacidad como hablante y una actitud negativa hacia la comunicación.

La primera variable a tener en cuenta, por la importancia que tiene en la literatura científica, es la ansiedad. Esta es un estado de alerta que activa el sistema nervioso simpático, preparando el cuerpo como respuesta de lucha o de huida (Guitar, 2014). Hay estudios que comparan la ansiedad de las personas que tartamudean con hablantes fluentes y no reflejan diferencias relevantes, aunque en algunos estudios, como veremos más adelante, los individuos con tartamudez manifiestan un aumento en sus disfluencias cuando se encuentran bajo situaciones de estrés; por lo que la ansiedad sería una consecuencia y no su causa (Leal et al., 2016).

Como vimos al inicio de este capítulo del estudio, la ansiedad, puede ser entendida como un rasgo de la personalidad, por lo que cada persona la vivencia de una manera u otra en situaciones similares o diferentes (Endler, 1975).

La ansiedad puede ser conceptualizada como:

a) Una reacción emocional episódica, caracterizada por sentimientos negativos, conscientemente percibidos, de tensión y preocupación que cambian de intensidad con el trascurrir del tiempo (ansiedad estado) o

b) Una característica relativamente estable, una tendencia habitual a reaccionar ansiosamente y que se configura como una variable de personalidad (ansiedad rasgo).

Algunos estudios de investigación han demostrado que los alumnos con trastorno de la fluencia presentan niveles significativamente elevados de ansiedad, angustia y afecto negativo en comparación con los sujetos sin trastorno (Craig et al., 2015).

Aquellos que tartamudean parecen tener un mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad. Entre el 22% y el 60% de los adultos que tartamudean también cumplen con los criterios para el trastorno de ansiedad social, y el 24% de los niños que tartamudean cumplen con los criterios para el trastorno de ansiedad social, sugiere la investigación de Iverach et al. (2016). Sin embargo, la tartamudez no debe percibirse como una señal de ansiedad.

Leal et al. (2016) quienes indican que las personas con tartamudez manifiestan un aumento de disfluencias cuando se encuentran bajo situaciones de estrés, por lo que la ansiedad sería una consecuencia y no su causa.

La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico, laboral, o la comunicación social, y su intensidad varía en función de las situaciones, siendo a menudo más grave cuando se produce una presión especial para comunicar (p. ej., ser preguntado en clase o entrevistado para conseguir un empleo). Cuando el niño se hace consciente de sus dificultades, pueden aparecer mecanismos para evitar las alteraciones de la fluidez (p. ej. alterar la velocidad del habla, evitar ciertas situaciones verbales como telefonear o hablar en público, o evitar ciertas palabras o sonidos), así como respuestas emocionales, fundamentalmente ansiosas (Garaigordobil y Pérez, 2007).

Las personas que tartamudean a menudo luchan contra el estado de ansiedad, ya que la ansiedad probablemente se convertirá en un efecto secundario de vivir con tartamudez en lugar de ser una condición estática (Messenger et al., 2015).

Cada vez más escolares presentan problemas emocionales, los desórdenes de ansiedad afectan aproximadamente entre el 13% y el 17% de los jóvenes (Kashani y Orvaschel 1990). En la ansiedad, se da una combinación tanto de síntomas cognitivos como fisiológicos, los cuales se manifiestan en una continua reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, pero no siempre es buscado de la mejor manera (Sierra et al., 2003).

Las personas que tartamudean pueden experimentar con frecuencia sentimientos intensos de ansiedad, vergüenza, pérdida de control y evitación, por ello, hay que tener en cuenta estos factores por especialistas, en la evaluación y el tratamiento (Craig et al., 2009).

La mayoría de los estados ansiosos de esta etapa de la adolescencia se relacionan con el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar, pero existen otras esferas personales, relacionales, emocionales y convivenciales a las que también afectan. La ansiedad depende en gran medida de la idea que el alumno tiene sobre la tarea que le es demandada y exigida, y como ésta está relacionada con su capacidad de comprensión y de control que en esos momentos tiene sobre sí mismo. Cuando el alumno piensa que no está capacitado para aquello que se le

demanda y que es más de lo que él puede rendir, aparece en él una situación de humillación, de rechazo hacia el ámbito académico.

Otro de los ejemplos, de autores que han relacionado ambos constructos, ansiedad y rendimiento académico, se muestra en el primer objetivo en la terapia cognitivo conductual, igual que en la propuesta de Van Riper: la reducción de la ansiedad. Las evitaciones constantes que el paciente realizaba en su habla impedían que se pudiese avanzar en la fase de desensibilización. Constatado el poco éxito del avance lento, se acudió a la técnica que Van Riper (1973) llama de adaptación y que en otras aproximaciones se llama práctica masiva (Yates, 1970).

Algunos estudios confirman relaciones inversas entre autoestima y ansiedad, sugiriendo que los adolescentes con alta autoestima muestran bajos niveles de ansiedad estado-rasgo (Garaigordobil et al., 2005).

Importante el aspecto de la actitud de los familiares, el apoyo positivo de los padres o familiares puede ayudar a controlar su trastorno, por el contrario, las actitudes familiares negativas pueden dificultar el desarrollo de una gestión positiva de la tartamudez (Cherif et al., 2018). Para Cherif et al., (2018), su investigación respalda la idea que indica que la ansiedad, como rasgo, es característica de las personas que tartamudean, al igual que más estado de ansiedad, relacionado con la comunicación en general y con la comunicación verbal en particular.

Debido a las múltiples consecuencias negativas asociadas con la tartamudez, el individuo es más susceptible a desarrollar ansiedad (Blood y Blood, 2007).

En un estudio llevado a cabo con adultos de 18 a 43 años (Ezrati-Vinacour y Levin, 2004) que relaciona ansiedad con trastorno de la fluidez verbal, los hallazgos indican que el rasgo de ansiedad es más alto entre las personas que tartamudean en comparación con las personas que hablan con fluidez, lo que indica que la ansiedad es un rasgo de personalidad de las personas que tartamudean. Según este estudio, el estado de ansiedad en la comunicación social es mayor entre los sujetos con tartamudez severa en comparación con los sujetos con tartamudez leve y los hablantes fluidos. Así, el estado de ansiedad está relacionado con la gravedad de la tartamudez. Los resultados se discuten en el marco del modelo multidimensional de la ansiedad.

Otros estudios relacionaron ansiedad con problemas de fluidez verbal (Howell, 2007). Un estudio fue diseñado para ver si los niños pequeños y adolescentes que persisten en su tartamudeo muestran diferencias en ansiedad rasgo y/o estado, en comparación con las personas que se recuperan de su tartamudeo y el grupo control de hablantes fluidos. El método que se utilizó fue experimental, con un grupo control con fluidez, un grupo de hablantes que habían sido documentados como sujetos con tartamudez en el pasado, pero no tartamudean ahora y un grupo de hablantes (también con un historial documentado de tartamudeo) que persisten en su tartamudeo, todos de 10 años a 17 años. Se administró un cuestionario que medía el nivel de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños.

Los resultados fueron claros. No hubo diferencias entre los grupos de sujetos con tartamudez recuperados y de control con respecto al rasgo de ansiedad. Pero sí que hubo diferencias, entre el grupo con disfluencias diagnosticados con tartamudez persistente, y tenía un estado de ansiedad más alto que los otros dos grupos, el grupo control y el grupo de sujetos recuperados, en tres de cada cuatro situaciones de habla. El autor, concluyo que los hallazgos muestran que los niveles de ansiedad en ciertos estados afectivos parecen estar asociados con el problema del habla.

Como se ha comentado anteriormente, la sintomatología de la tartamudez puede compararse con un iceberg (Rodríguez, 2003), que tiene la porción de mayor tamaño por debajo de la superficie. Lo que las personas que se relacionan con el sujeto hablante con disfluencias ven y oyen, es la porción más pequeña, mucho más grande es lo que permanece debajo de la superficie, que se experimenta en distintos grados según la persona, como miedo, culpa y anticipación de la vergüenza.

Es posible que las emociones negativas experimentadas por los sujetos con tartamudez (ira, frustración, vergüenza) podrían estar relacionadas con intentos fallidos de comunicación o con la evitación de sanciones sociales resultantes de la propia tartamudez (Iverach et al., 2017). El uso de comportamientos de seguridad como evitar ciertas palabras es percibido como una forma de minimizar los comentarios negativos recibidos de los interlocutores (Iverach et al.,2017).

La vergüenza es el fracaso evidente de una expectativa del rol. El equivalente oculto se denomina culpa. Cuando la persona intenta negar su comportamiento de

persona con una falta de fluidez verbal y se presenta a sí misma como un hablante fluido (una actitud que adopta algunas veces), entonces crea tensiones relacionadas con el miedo al fracaso de la expectativa del rol.

Según Rodríguez (2003), se pueden identificar por lo menos tres causas que generan sentimientos de culpa:

1) Culpa provocada, que deriva de los orígenes de cada caso en particular de las disfluencias, es decir, del camino para convertirse en un sujeto con trastorno de la fluencia;
2) Culpa del falso rol, que resulta de las muletas y los mecanismos de evitación empleados para engañar a los oyentes;
3) Culpa por la reacción de la audiencia o, en otras palabras, un efecto secundario que se origina porque la persona con disfluencias sabe que su discurso oral genera angustia a sus oyentes.

La tartamudez genera una culpa interna por asumir un rol de hablante fluido a pesar de que sabe que no podrá ocultarlo siempre, aquello logra transformarse en una vergüenza al momento de equivocarse. En este sentido, ya no es solamente la culpa interna que lo acompaña en sus actividades cotidianas, sino, la vergüenza de equivocarse a pesar de los esfuerzos que realiza (Sheehan, 1970).

Al no poder relacionarse de manera correcta con sus pares, el niño puede interiorizar una culpa interna al saber que no puede hablar fluidamente. (Gutiérrez y Gil, 2015). Por lo tanto, comenzará a activar mecanismos de evitación, como evitar hablar en ciertas situaciones o con determinadas personas, pudiendo provocarle sentimientos de culpa, vergüenza y el consiguiente aislamiento social (Bernal, 2009).

La persona con disfluencias puede reducir su parte de culpa ocupándose de su sentimiento de vergüenza, mostrando abiertamente su rol de sujeto con un trastorno de fluidez verbal. Entre las técnicas terapéuticas para adultos que buscan alcanzar esta meta se encuentran: discutir sobre el trastorno, tener un contacto visual, presentarse como tartamudo, proporcionar referencias sin problemas para la terapia recibida, realizar disfluencias abiertamente y crear un margen de

seguridad o demostrarse públicamente con más dificultad para hablar de lo necesario (Rodríguez, 2003).

La incidencia de la tartamudez transforma la culpa en vergüenza. El sujeto con tartamudez que ha tratado de ocultar su dificultad, ahora se ve obligado, por los esfuerzos que realiza para hablar, a abrirse en un grado específico. Sin embargo, la vergüenza es más esperanzadora que la culpa; es una relación interpersonal que se manifiesta más abiertamente. Una persona con disfluencias puede superar la vergüenza experimentando estas disfluencias. Asimismo, todos sus miedos y dificultades pueden disminuir dejando salir más su comportamiento de tartamudez hacia la superficie (Alm, 2004).

Los resultados de Adriaensens et al. (2015) indican que la gravedad de la tartamudez predice el grado en el que los sujetos la mantienen en secreto, por otro lado, Blood et al. (2003) encontró una menor divulgación de la tartamudez en los sujetos de su estudio, y Santrock (2011), qué afirmo que los adolescentes con trastorno de la fluidez quieren ocultar sus características que perciben como negativas.

Incluso los adolescentes que no tartamudean gravemente podrían percibir su tartamudez como severa y desarrollar una autoestima negativa enfatizando la importancia de los procesos ocultos (Boey, 2008). Así, Adriaensens et al. (2015) proponen que los procesos cognitivos y emocionales ocultos también deben abordarse cuando se trabaja con adolescentes que se sienten inseguros acerca de su fluidez en general.

Para resumir, se puede decir que el sujeto con tartamudez necesita ocultar las experiencias que le generen culpa con las que le producen vergüenza, debido a que las reacciones de este último sentimiento pueden ser reacondicionadas o pueden desaparecer, pero la culpa que se experimenta en secreto permanece siempre (Mowrer, 1968). La vergüenza que aparece en la parte superior debe ser igual a la culpa de la parte inferior. De esta manera, ambos sentimientos podrían desaparecer.

Cuando se comparan las personalidades u otros aspectos de un sujeto con trastorno de la fluencia y un hablante normal, no se encuentra ninguna diferencia de peso, excepto en cuanto al nivel de aspiración. Sin embargo, el nivel de aspiración es una función que está más relacionada con el sí mismo. De hecho,

puede considerarse como una de las medidas de la autoestima y la autopercepción (Sheehan y Zelen 1995; Zelen et al., 1954).

Le Huche y Le Huche (1992) opinan que un exceso de bromas y correcciones o situaciones de fracaso en el ambiente puede agravar aún más el tartamudeo del niño, originándole vergüenza o culpa.

Actitudes y dificultades para comunicarse con los demás, lleva a una conducta de evitación, para esconderse de posibles reacciones negativas (Boey, 2008), además, los procesos emocionales relacionados con la tartamudez complican las elecciones profesionales y afectan a la calidad de vida (Boey, 2008).

La toma de conciencia de la propia tartamudez puede configurar un niño inseguro, pudiendo generar en él sentimientos de inferioridad, frustración, vergüenza, desvalorización y baja autoestima (Dinville y Gaches, 1989).

Los adolescentes experimentan muy frecuentemente victimización por parte de sus pares, aislamiento y rechazo en los entornos sociales, son menos populares que los adolescentes que no tartamudean (Blood et al., 2011). Estos casos conducen a consecuencias negativas como vergüenza, baja autoestima, alejamiento de diversos entornos e incluso bajo rendimiento escolar, también más timidez que los sujetos que no tartamudean (Harish y Singh, 2019).

Amster y Klein (2007) concluyeron que las personas con tartamudez son a menudo menos tolerantes a errores en su discurso, y por lo tanto, podrían estar más preocupados por decir cosas de la manera que perciben como incorrecto y más intensos en sus reacciones hacia la disfluencia. Los mismos autores sugirieron que cuando alguien está demasiado preocupado por no cometer errores en el habla o por tener falta de fluidez, esto resulta en un aumento de sentimientos de angustia, lucha y miedo y harán que su tartamudez sea más persistente. En consecuencia, el perfeccionismo se asocia con baja autoestima, ansiedad y depresión (Kawamura et al., 2001).

Según la clasificación evolutiva propuesta por Guitar (1998), las reacciones de los niños con problemas de fluidez verbal (concretamente tartamudez), de los 10 hasta más de 14 años, son la conciencia de bloqueo, conductas de escape, miedo, evitación y anticipación, vergüenza, y una visión negativa de sí mismo como hablante.

Todos estos pensamientos y sentimientos negativos sobre la tartamudez aumentan la severidad, de esta, de modo que se produce un círculo vicioso por el que la tartamudez genera sentimientos negativos y estos contribuyen a disminuir la fluidez verbal (Guitar, 1998).

Varios estudios han demostrado que las personas con tartamudez presentan actitudes negativas hacia la comunicación, más que un grupo de control sin tartamudez (Brutten y Vanryckeghem, 2003; Vanryckeghem y Brutten, 2011). Las conversaciones telefónicas, de grupo y las presentaciones formales son vistas como problemáticas por estas personas (Vanryckeghem et al., 2005).

Los dos sentimientos que mejor describen lo que les pasa a las personas con tartamudez son, según Murphy (1999), vergüenza y culpa. La vergüenza tiene que ver con lo que siente al exponerse ante los otros con una parte de sí mismo defectuosa, esto hace que la desvalorización afecte a toda la persona y esta se sienta globalmente inadecuada. Por ello, la vergüenza lleva a la evitación y al miedo a hablar, aspectos que inciden directamente en el autoconcepto de la persona.

Si el niño con tartamudez percibe una gran demanda en su ambiente, podría sentir el miedo anticipado de equivocarse al momento de hablar. Ello generaría una propia desvalorización y, por consiguiente, un sentimiento de inferioridad del rol que asume frente a los demás (Sheehan, 1970).

Al respecto, Sheehan (1970) refiere que cuando la persona intenta negar su comportamiento de tartamudez y se presenta a sí mismo como un hablante fluido, entonces crea tensiones o ansiedades relacionadas con el miedo al fracaso de la expectativa de un rol fluido; es decir, la persona puede realizar esfuerzos forzados para evitar equivocarse, lo que contradictoriamente genera un mayor aumento de fracasos, dado que, al revelar las tensiones, la persona revive una de sus experiencias más significativas, es decir, la de verse a sí mismo bloqueado e incapaz de expresarse por medio del habla, llegando a convertirse en una víctima de muchas reacciones propias de la persona que experimenta un estrés emocional severo.

La tartamudez puede ser considerada como una perturbación de la fluidez verbal resultante del conocimiento negativo de una emoción, según la cual, el acto de hablar iría acompañado de una intensa reacción de miedo. (Gutiérrez y Gil, 2015).

La ansiedad ha sido considerada como un factor predictor de bajo autoconcepto (Bohne et al., 2002) encontraron una correlación inversa entre estima del cuerpo y ansiedad.

2.2.5. Autoconcepto y autoestima: relevancia en la tartamudez

Una de las variables de la personalidad que consideramos imprescindibles a la hora de tener en cuenta su relación con la tartamudez en la adolescencia, es el autoconcepto.

El autoconcepto es una de las variables más relevantes dentro del ámbito de la personalidad, tanto desde una perspectiva afectiva como motivacional (González- Pineda et al., 1997). Podemos afirmar que, al menos desde esta perspectiva, el autoconcepto es una de las variables centrales del ámbito de la personalidad (González-Pineda et al., 1992).

Para Orth et al. (2021), el autoconcepto es una construcción social que está determinado por las experiencias de las personas, de ahí la importancia de las relaciones sociales.

Pese a que los trabajos que abordan el estudio del autoconcepto son numerosos, es fundamental establecer una definición clara del mismo para su correcto abordaje y esta pasa, necesariamente, por su localización en un determinado marco teórico. En este sentido se destaca que en el estudio del autoconcepto se presentan dos corrientes teóricas.

La primera de ellas define el autoconcepto como un constructo unidimensional, en el que se considera la existencia de un factor global, general del autoconcepto (Coopersmith, 1981).

Por el contrario, la segunda corriente aboga por una idea multidimensional del autoconcepto, y considera que este está conformado por diferentes facetas (social, académica, emocional).

Esta última corriente está teóricamente avalada por el modelo de Shavelson et al. (1976), quienes definen el autoconcepto como la percepción que el individuo tiene de sí mismo, igualmente que otros estudios como Martin (2016), que señalan que esta percepción de uno mismo se forma a través de las propias experiencias y

está influida por los refuerzos del entorno y las evaluaciones de otras personas significativas.

Además, analizar el autoconcepto en la adolescencia resulta especialmente relevante, debido a que el autoconcepto en esta etapa sufre importantes transformaciones basadas en el progresivo desarrollo cognitivo y en el creciente número de contextos en los que se desenvuelve el adolescente, además hace que las descripciones sean más abstractas y diferenciadas que en etapas anteriores (Shavelson et al., 1976).

La revisión científica muestra la imprecisión en su definición, aunque nosotros intentaremos paliar este aspecto.

El autoconcepto es definido formalmente en la década de los 70 como "la percepción que una persona tiene sobre sí misma, formada a partir de las experiencias y relaciones con el medio, donde juegan un papel importante los refuerzos ambientales y los otros significativos" (Shavelson et al., 1976).

Asimismo, en el modelo de Shavelson et al. (1976) se acepta la naturaleza multidimensional y jerárquica del autoconcepto: el autoconcepto general en la cúspide y en un nivel inferior el autoconcepto académico y el autoconcepto no académico –emocional, social y físico–. En la actualidad, el modelo de autoconcepto académico más aceptado incluye el autoconcepto matemático y el autoconcepto verbal (Marsh, 1986, 1990; Marsh et al., 1985, 1988, 2014, 2015).

Pero debemos ir más allá, son numerosas las investigaciones sobre este constructo, ya que el autoconcepto juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad, tal como lo destacan las principales teorías psicológicas; un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de él, en buena medida, la satisfacción personal, el sentirse bien consigo mismo. De ahí que el logro de un equilibrio socioafectivo en el alumnado a partir de una imagen ajustada y positiva de sí mismo figure entre las finalidades tanto de la Educación Primaria como de la Educación Secundaria Obligatoria (Esnaola et al., 2008).

Los estudios realizados a partir de los años ochenta han representado un importante avance en la teorización, medida e investigación del autoconcepto (Esnaola et al., 2008). La propuesta de Shavelson et al. (1976) ofrece un modelo en el que se resalta su naturaleza multidimensional y jerárquica.

El autoconcepto general surge, se desarrolla y modifica al interactuar el individuo con su entorno y con quienes considera importantes del mismo; si al momento de autodescribirnos, nuestros juicios de valor son satisfactorios entonces obtendremos un autoconcepto global positivo, caso contrario, generaremos sentimientos negativos que repercutirán en un autoconcepto global negativo (Cazalla-Luna y Molero, 2013).

Moya y Rodríguez-Bailón (2011), plantean el autoconcepto como la cantidad de autoconocimiento, de creencias, pensamientos y sentimientos que se tiene sobre sí mismo y que se mantiene en la conciencia permitiendo que el individuo se diferencie de los demás.

Leal et al. (2016) confirma que el autoconcepto es sin duda importante en la construcción de la identidad del adolescente, es un indicador de bienestar psicológico y un potencial indicador de la conducta. Para Cazalla-Luna y Molero (2013) aquellos jóvenes que poseen un autoconcepto elevado no llegan a ser influenciados por opiniones negativas o contrarias a sus autoesquemas, siendo todo lo contrario en quienes tienen un pobre autoconcepto.

El autoconcepto no es hereditario, por el contrario a medida que pasan los años es cuando se va formando, haciendo más fuerte y va dirigiendo nuestra conducta, es también cuando su importancia varía; la descripción que los adolescentes hacen de sí mismos con el paso del tiempo es más compleja y sutil; serán las experiencias con el contexto social lo que reforzará la autopercepción positiva y la autodescripción del adolescente se acercará más a atributos relacionados con su personalidad, intereses, ideas, actitudes y valores. En definitiva, la autopercepción del adolescente tiene mucho que ver en su esfuerzo por desarrollar un autoconcepto claro y positivo y tendrá más peso en su narración las características que se relacionan con lo físico, psicológico y fundamentalmente con las actitudes (Cazalla-Luna y Molero, 2013).

Así, para Cazalla-Luna y Molero (2013), el autoconcepto se va formando y fortaleciendo con la vida, no viene con el nacimiento, sino va recorriendo un camino de formación desde la niñez que no termina con la adultez porque se va construyendo en respuesta a los requerimientos que la vida va presentando y se perfecciona gracias a la influencia de los padres, maestros, amistades y se afianza en su relación con la cultura en general.

El autoconcepto es la confianza que tenemos en nuestras capacidades y habilidades, construidas a partir de nuestras interacciones sociales y también a partir de nuestras experiencias personales (Leith, 1994). Es decir, el individuo va construyendo su autoconcepto de acuerdo con la imagen de sí mismo y también de acuerdo con las impresiones que los otros tienen de sí mismo. Destacando que fue a partir de la década de los ochenta, con el estudio de Shavelson et al. (1976) el autoconcepto pasa a ser considerado desde una perspectiva multidimensional.

De acuerdo con estos autores, el autoconcepto es un constructo con varias dimensiones, es decir, teníamos una evaluación general de uno mismo, pero al mismo tiempo, teníamos diferentes autoevaluaciones específicas. Además, era un constructo con una organización jerárquica a partir de una dimensión general, siendo que las dimensiones están relacionadas con diferentes áreas del comportamiento humano.

Por ello, el autoconcepto es considerado como un constructo con varias dimensiones, y los cuestionarios diseñados para evaluarlo deberán recoger todas sus dimensiones y no tanto una visión unidimensional.

Para Esnaola et al. (2008) el autoconcepto general se compondría del autoconcepto académico y del no académico, y este último, a su vez, incluiría tanto el autoconcepto social como el personal y el físico. Se acepta por parte de la comunidad científica este modelo jerárquico y multidimensional del autoconcepto que propició la elaboración de nuevos instrumentos de medida a la vez que el progresivo abandono de otros numerosos cuestionarios inspirados en concepciones teóricas menos precisas o convincentes.

Para Bandura (1987) los individuos adquieren sentimientos acerca de ellos mismos que reflejan el trato que han recibido de su ambiente social. Así, para este autor, los sujetos se describen y valoran a sí mismos en gran parte, de la misma forma en que perciben que son vistos y valorados por otros. En la adolescencia se ponen a prueba los sentimientos de sí (el adolescente constantemente se evalúa y pone a prueba su valía); y dada la intensa interacción social que tiene lugar en esta etapa, puede haber importantes cambios en el autoconcepto que la persona traía.

En el caso de los adolescentes el proceso de búsqueda de identidad que les caracteriza exige elaborar una filosofía de vida que oriente su comportamiento. Y en ese sentido el autoconcepto es un elemento integrante de la identidad personal

en el que se incluyen valoraciones, representaciones y actitudes que cada uno se forja de sí mismo (Bandura, 1987). Ese conocimiento suministra un marco para la percepción y organización de la propia experiencia, lo cual da lugar a una regulación de la conducta pudiendo afectar a la motivación para aprender. La elaboración de ese marco vendrá mediatizada por los mensajes de todo tipo que le llegan del entorno social y escolar y sobre todo de las personas que son significativas para ellos (Pastor, 1998). Hay un campo de investigación específico (Pastor, 1998), que intenta relacionar el autoconcepto con la construcción del conocimiento social y que se centra de manera peculiar en la Educación Secundaria, dado que el alumnado adolescente es el que está sometido a las presiones sociales más fuertes hasta que consiga elaborar lo que Pastor (1998) denomina plataformas simbólicas que le permiten ubicarse y despegar.

Estas visiones del mundo determinarán los objetivos educativos y profesionales que están relacionados con la visión del mundo escolar y laboral del adolescente. En ese sentido los diferentes grupos sociales que se pueden describir en función de las distintas formas de interpretar la realidad nos sugieren pautas de intervención educativa en el ámbito del autoconcepto y del perfil socioemocional.

Y en cuanto al género, algunos estudios sugieren que puede influir en la formación de su autoconcepto, es decir, parece que existe una diferencia según el género entre el autoconcepto de los chicos y chicas (Cerrato et al., 2011). Las chicas tienden a presentar un alto autoconcepto académico y los chicos, un alto autoconcepto físico. Nuevamente, los resultados de estas investigaciones son contradictorios y no concluyentes.

Fernández-Zabala y Sarasa (2015) en su estudio realizado en España confirmaron que los varones puntúan más alto que las mujeres en la dimensión académica, emocional, social y familiar, a su vez, las chicas puntuaron más alto sólo en la dimensión física.

En algunos estudios, se muestran diferencias de género respecto al autoconcepto relacionado con la fluidez, existen diferencias en la educación secundaria relacionadas con un mayor logro y autoconcepto académico matemático por parte de los chicos, así como un logro y autoconcepto académico verbal superior en las chicas (Fernández- Zabala et al., 2015; Vicent et al., 2015).

Sin embargo, en un estudio de investigación realizado en Madrid por Padilla-Carmona et al. (2010) que tenía por objetivo identificar diferencias de sexo en el autoconcepto de adolescentes, encontraron que las puntuaciones globales de ambos sexos son muy similares con apenas una décima de diferencia y sobre todo positivas, si bien estas no alcanzan el carácter de significativas, se podría apreciar ciertas diferencias de género.

Ahora bien, Matalinares-Carvet et al. (2005) encontraron diferencias en el autoconcepto, pero no en la misma dirección que los autores antes mencionados; por el contrario, en el autoconcepto global entre varones y mujeres no hallaron diferencias significativas y en cuanto a la dimensión académica puntuaron mejor las mujeres, en la dimensión emocional puntuaron mejor los varones, mientras que en la dimensión social y familiar no encontraron diferencias relevantes con relación al sexo.

Siguiendo en esta línea, otros autores como Garaigordobil et al. (2005) y Garaigordobil y Durá (2006), en su estudio realizado en España, obtuvieron que existen diferencias de género, siendo los varones quienes presentan mayor autoestima que las mujeres.

Existen muchas y diferentes definiciones de autoconcepto (como ya hemos comprobado), con la consecuente ambigüedad que ello acarrea; pero es posible identificar acuerdos básicos entre las diversas conceptualizaciones. Para la mayoría de las teorías o enfoques el autoconcepto (Schmidt et al., 2008):

- Se desarrolla a partir de la interacción social. De este modo, es en la matriz sociocultural que se configura el autoconcepto. Las investigaciones han mostrado que la etnia, el nivel socioeconómico, el género, los valores culturales, la familia, la escuela, los medios masivos, la relación con los pares, las relaciones con los padres influyen de modo determinante en el autoconcepto.
- Depende de cómo percibimos (o hemos percibido) que los demás nos perciben. El autoconcepto no es mero reflejo de la opinión de los otros. Los mencionados autores revisaron 56 estudios en los que se observó que la mayoría mostró poco acuerdo entre autopercepción y percepción de los otros; pero considerable acuerdo entre autopercepción y cómo los sujetos

percibían que los otros los percibían. El autoconcepto depende entonces de la percepción que tenemos de la opinión o valoración que los demás realizan de nosotros.

- Varía en función del contexto. La opinión que nos formamos de nosotros mismos varía de un contexto a otro (laboral, escolar, interpersonal, familiar, personal).
- Es un constructo multidimensional. Los resultados de cientos de investigaciones muestran que el concepto de sí está compuesto por diferentes dimensiones relativamente independientes (podría pensarse entonces un autoconcepto físico, cognitivo, interpersonal, etc.)
- Está sujeto a cambios evolutivos (a este punto se hará referencia de manera específica a continuación, ya que brinda la oportunidad de un mayor esclarecimiento conceptual).

El sujeto, en su interacción con el medio, busca información que le permita mantener la estabilidad y consistencia de su autoconcepto, al mismo tiempo que desarrollarlo y enriquecerlo. De esta forma, si bien en ocasiones la información resulta coherente, en otras puede ser amenazante, poniendo el autoconcepto en marcha una serie de procesos que le van a permitir integrarla o rechazarla (González-Pineda et al., 1997).

Beane y Lipka (1986) señalan que durante el proceso de adquisición de información autorreferente el individuo organizará la nueva información y/o experiencia, añadiéndola a la ya existente enriqueciendo la estructura y funcionalidad del autoconcepto, tanto cuantitativa como cualitativamente; examinará su estructura para determinar si la nueva información es semejante a la contenida actualmente en las dimensiones del autoconcepto; investigará la nueva información para determinar si realza o amenaza el autoconcepto actual; si es necesario alterará la nueva información con el propósito de no tener que modificar la presente estructura del autoconcepto y contribuir así a su estabilidad; y para ello puede elegir implicarse en, o evitar, las nuevas experiencias dependiendo de si son interpretadas como beneficiosas o negativas para la estructura actual de su autoconcepto.

En la investigación científica se asumen las influencias de variables psicológicas como el autoconcepto en el éxito escolar y el rendimiento académico (Stankov y Lee, 2014).

Del mismo modo, Caso-Niebla y Hernández-Guzmán (2010) encontraron que los hombres tienden a verse a sí mismos en forma más positiva y a percibirse más competentes, lo que resulta consistente con estudios que han identificado diferencias en hombres y mujeres con respecto a la autoestima.

Al igual que el autoconcepto, también la autoestima resulta una variable crítica en el estudio de la tartamudez. Durante el proceso de construcción del concepto de uno mismo, la interacción con las personas próximas juega un papel destacado, con lo que las personas con disfluencias pueden incorporar a su propia imagen, en mayor o menor medida, algunos de los aspectos o estereotipos negativos que se les atribuye, tales como nerviosismo, ansiedad, timidez y retraimiento, tensión, indecisión, introversión, inseguridad y menor nivel de competencia académica o profesional (Daniels y Gabel, 2004; Yaruss y Quesal, 2004).

La relación entre autoconcepto (descriptivo) y autoestima (valorativa) es de naturaleza jerárquica, la autodescripción sirve a la autoevaluación positiva y ésta, a su vez, cumple funciones de protección del sistema de la persona. No obstante, seguramente todos los juicios autodescriptivos van siempre acompañados de juicios evaluativos, puesto que todos los enunciados relativos a nosotros mismos implican en mayor o menor medida connotaciones de valor (Garaigordobil et al., 2005).

Así, el autoconcepto es una variable basada en la percepción que el sujeto tiene de sí mismo a partir de la valoración de sus propias capacidades y limitaciones; mientras que la autoestima implica una valoración de la imagen que está formada por las autopercepciones surgidas de los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que las personas acumulan sobre sí mismas (Massenzana, 2017).

El autoconcepto se ha identificado en general tanto con la percepción que el sujeto tiene sobre sí mismo (autoimagen), como con la valoración que obtiene sobre sí mismo (autoestimación).

Por otro lado, en cuanto a la autoestima general estudios realizados por Garaigordobil et al. (2005) y Garalgordobil y Durá (2006) describen ciertas diferencias, siendo los varones quienes obtienen calificaciones más altas que las mujeres.

El autoconcepto (en particular) y la autoestima (en general) representan una estructura que de alguna manera influye en la personalidad del adolescente, en sus relaciones sociales, familiares, así como en su logro personal, por tanto, son considerados factores centrales para una adecuada adaptación socioemocional (Cazalla-Luna y Molero, 2013; Montoya y Sol, 2001). Estos dos constructos, influyen en la vida escolar del individuo permitiendo incluso predecir el rendimiento académico (Gutiérrez-Saldaña et al., 2007; Salum et al., 2011). En los últimos años, se han empleado en investigaciones para identificar y prevenir problemas psicopatológicos (Garaigordobil et al., 2005), tomando en cuenta que una autoestima baja en la adolescencia podría desencadenar diversos problemas en la edad adulta (Rodríguez-Naranjo y Caño-González, 2012).

Podemos asegurar, entonces, que la autoestima, desde la perspectiva de Montoya y Sol (2001) y de González-Arratia (2001), es la apreciación que cada persona hace de sí misma mediante un proceso valorativo-acumulativo, basado en la experiencia del día a día y enfocado a un yo holístico actual, pero, influenciado por el conjunto de estados anímicos persistentes a lo largo de períodos de tiempo relativamente continuos y duraderos. No siempre tenemos el mismo autoconcepto y valía de nosotros mismos y nosotras mismas. Existen múltiples factores que se implican para autoapreciarnos y que van modificando rítmicamente nuestra autoestima.

Si relacionamos autoestima en la tartamudez con el género, Sheehan (1979) informó una autoestima significativamente más baja en las mujeres que tartamudeaban en comparación con las que hablaban con fluidez, al igual que en los hombres.

El desarrollo de la identidad está relacionado con la autoestima y cada vez hay más pruebas que respaldan que el desarrollo de la identidad puede ser diferente para hombres y mujeres (Nang et al., 2018). Durante la infancia, las niñas experimentan más angustia emocional por la tartamudez que los niños, y esto

afecta al desarrollo de la autoestima y la identidad propia de las mujeres (Nang et al., 2018).

En la adolescencia, el individuo se encuentra sometido a una serie de cambios que sin duda influye en la autoestima es por tal la necesidad de ver el papel que desempeña la autoestima en el adolescente (Camacho-Sánchez, 2012).

Silva y Majía (2015) consideran la autoestima un estado mental; un concepto valorativo de nuestro ser, que se va forjando poco a poco, es decir, se aprende y cambia. Se basa en aquellos pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo, asimilando e interiorizando durante nuestra vida.

Soriano-Ayala y Franco-Justo (2010) señalan que la autoestima representa un indicador de la aceptación hacia nosotros mismos, que nos dota de las habilidades para afrontar y solucionar situaciones que pondrían en peligro dicha aceptación personal.

Rosenberg (1965) el autor de uno de los instrumentos más usados para medir autoestima global (Escala de Autoestima Rosenberg), define la autoestima como una actitud positiva o negativa hacia sí mismo. Este autor entendía la autoestima como un fenómeno actitudinal creado por el entorno social y cultural, que era el resultado de comparar y discrepar valores personales. Para Rosenberg (1965), mientras más pequeña es la distancia entre el yo ideal y el yo real, mayor es la autoestima en el individuo.

Por otra parte, la definición de Branden (1993) considera que el ser humano no es capaz de expresar todo su potencial sin una sana autoestima y sin una valoración y confianza en sí mismos, y define este concepto como la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida, incluyendo la importancia de confiar en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida. Posteriormente en su libro "*Los seis pilares de la autoestima*", Branden (1995) introduce el concepto de falsa autoestima como la apariencia irreal de ser eficaz, respetado, seguro y estimado, que se utiliza como protección para disminuir la ansiedad y proporcionarnos un sentido falso de seguridad para aliviar las necesidades de una autoestima auténtica.

No hay, por ahora, una posición unánime respecto a qué se considera autoestima. Como afirma Smelser (1989): "disponemos de una percepción bastante

firme de lo que significa el término autoestima, tal y como se revela mediante nuestra propia introspección y la observación de la conducta ajena. Pero cuesta mucho expresar tal comprensión en términos precisos", por la multiplicidad de términos a los que se asocia: conciencia de sí mismo, autoimagen, autopercepción, representación de sí, autoconcepto (Montoya y Landero, 2013). Por ello, aunque generalmente se sostiene que para abordar racionalmente los problemas en educación se exige definir los términos en cuestión y clarificar la naturaleza del problema, se reconoce la necesidad de trabajar la autoestima en los diferentes contextos educativos a pesar de su imprecisión lingüística, por la multitud de beneficios que ésta conlleva en el desarrollo del ser humano. De hecho, para González y Turón (1992) la autoestima es la clave del éxito o el fracaso para comprendernos y comprender a los demás, ya que ésta afecta de manera considerable en todos los aspectos de nuestra experiencia, además de estar formada por dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valía personal. De ello se desprende la necesidad de alcanzar una autoestima óptima, siendo consciente de las propias posibilidades y limitaciones, así como dar los pasos para conseguir en la medida nuestras verdaderas metas, además de mantener un mejor funcionamiento global de la persona (Kernis, 2003).

La autoestima es esencial en el desarrollo personal, social y escolar, ya que proporciona confianza y seguridad en las personas. De modo que, la formación personal, la construcción de la felicidad y salud mental, el establecimiento de relaciones adecuadas con el entorno, mayor relajación y autocontrol, y el desarrollo del aprendizaje y por ende del rendimiento escolar, son algunos de los aspectos que depende de una buena autoestima (Ciarrochi et al., 2001; Fernández y Extremera, 2002; Rodríguez y Caño, 2012).

Niveles bajos de autoestima han sido asociados con "sentimientos de aislamiento, apatía y pasividad mientras que la alta autoestima se relaciona con personas más activas, menos ansiosas y con mejores relaciones sociales", afirman Rodríguez y Caño (2012) tras la consulta de varios estudios previos.

González-Arratia (2001) en su libro "*La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser"*, realiza un importante recorrido histórico sobre diversas concepciones al respecto. Algo de lo más destacado que señala es que los seres humanos poseemos una imagen de

nosotros mismos y de nuestras relaciones factuales con nuestro medio ambiente, así como una jerarquía de valores y objetivos meta que definen la apreciación y valoración de nosotros mismos.

¿Pero cuáles son las principales diferencias entre estos dos conceptos: autoconcepto y autoestima?

El concepto de autoestima ha estado tradicionalmente unido al de autoconcepto, de hecho, las primeras definiciones son poco claras y difusas en lo que respecta a la distinción de ambos términos, empleando ambos constructos indistintamente para hacer referencia al conocimiento que el ser humano tiene de sí mismo.

Confirmando la relación entre ambos, Musitu (1996) define la autoestima como el concepto que uno tiene de sí mismo, según una serie de cualidades que uno se atribuye. Sin embargo, autores como Garaigordobil y Durá (2006) definen el autoconcepto como los aspectos cognitivos del conocimiento de uno mismo y la autoestima como los aspectos valorativos o afectivos. En este sentido, la autoestima se encuentra vinculada al autoconcepto tanto al ideal propio como al deseado por los otros significativos, de modo que incluye lo que me gustaría ser (por tener un gran valor e importancia para mí) y lo que a los demás les gustaría que yo fuese (por el valor que ello tiene para aquellos), e incluye contenidos tanto de naturaleza social como privada (González-Pineda et al., 1997).

Si bien estos conceptos a menudo se emplean como sinónimos, cabe destacar algunas diferencias. Por autoconcepto entendemos la noción global y más o menos estable que el individuo va adquiriendo sobre sí mismo. La autoimagen hace referencia a una noción meramente cognoscitiva, es decir, cómo se percibe el propio sujeto; y, por último, la autoestima corresponde con la valoración afectiva que le merece esta imagen o, lo que es lo mismo, cómo se aprecia a sí mismo.

El autoconcepto nos da conciencia de nuestras potencialidades y a la vez influye en el rendimiento de éstas.

Cuando hablamos de la autoestima estamos refiriéndonos al grado de aceptación de sí mismo, al grado de estima que profesa hacia su propio concepto.

Moya y Rodríguez-Bailón (2011) indican que la autoestima es la creencia global acerca de uno mismo, mientras que el autoconcepto son creencias específicas sobre sí mismo. Por lo que, estos autores suponen que el autoconcepto estaría en la

memoria y la autoestima ocuparía la cima de esta jerarquía; bajo el autoconcepto global estarían cada una de sus áreas y describe que, la evidencia indica que áreas individuales, medidas de forma separada se combinan estadísticamente para formar un factor de autoestima de orden superior.

Hutz y Zanon (2011) entienden la autoestima como la evaluación que hacemos del autoconcepto, que consiste en innumerables pensamientos y sentimientos que tenemos sobre nosotros mismos. Se vuelve, realmente, importante estudiar a los adolescentes y su nivel de autoestima, porque, generalmente, una alta autoestima, es un indicador de bienestar, buena salud mental y habilidades sociales (Hewitt, 2009). Por el contrario, la baja autoestima está, directamente, relacionada con el estado de ánimo negativo, la percepción de discapacidad, el delito, la depresión y la ansiedad social (Heatherton y Wyland, 1998).

Desde el punto de vista psicológico Yagosesky (1998) define la autoestima como el resultado del proceso de valoración profunda, externa y personal que cada quien hace de sí mismo en todo momento, esté o no consciente de ello. Este resultado es observable, se relaciona con nuestros sentidos de valía, capacidad y merecimiento, y es a la vez causa de todos nuestros comportamientos.

El Test de Autoconcepto AF5 (2014) plantea la autoestima como el concepto de sí mismo, según cualidades que percibe la persona de experiencias positivas y negativas, las mismas que luego se integran en valores importantes, llegando a ser una conclusión final de autovaloración, es decir la autoestima es el grado de satisfacción personal que se tiene consigo mismo.

La autoestima es un elemento primordial nutrido de las experiencias que vamos incluyendo en nuestro bagaje personal, así como de opiniones y experiencias que los demás vierten sobre nosotros, en cualquier etapa de nuestra vida, formando así un pilar fundamental para nuestro desarrollo emocional y personal. Esas experiencias y opiniones que los demás muestran sobre nosotros, pueden ser todavía más importantes en la adolescencia, ya que, en esta etapa aumenta la preocupación por los cambios que conlleva pasar de la niñez a la vida adulta, además de mostrar confusión en relación a su propia imagen y lo que los demás opinan y esperan de ellos.

2.2.6. Importancia de evaluar el autoconcepto en personas que presentan tartamudez en la adolescencia

Como se ha visto en el apartado anterior, la importancia del autoconcepto en la adolescencia es evidente, y el sujeto con tartamudez, en su relación con el entorno va construyendo su autoconcepto. El modelo de Shavelson et al. (1976), quienes definen el autoconcepto como la percepción que el individuo tiene de sí mismo, igualmente constata que esta percepción de uno mismo se forma a través de las propias experiencias y está influida por los refuerzos del entorno y las evaluaciones de otras personas significativas. Este modelo teórico ha sido ampliamente contrastado desde el punto de vista empírico (Marsh, 2006) y ha servido de base a los cuestionarios que con mayor frecuencia se utilizan en la actualidad para la evaluación del constructo, entre los que se encuentra el Self-Description Questionnaire II Short (SDQ-II-S) que parte de esta definición multidimensional de autoconcepto y es el que se ha utilizado en esta investigación.

Uno de los cuestionarios que más se ha utilizado en las últimas décadas es el cuestionario AF5. Así, por ejemplo, en Mato et al. (2020) se empleó el cuestionario Autoconcepto Forma 5 (García y Musito, 2014). Este cuestionario se aplicó para conocer cómo los alumnos del último semestre de la enseñanza media superior se autoevaluaban en diferentes aspectos de su imagen y desempeño individual y cómo percibían las valoraciones que, sobre ellos, tenían las demás personas que componen su entorno escolar, social y familiar. Los sujetos investigados ofrecieron sus opiniones personales sobre estos aspectos, así como brindaron su valoración sobre distintas facetas de su comportamiento.

En la baremación de este cuestionario, realizada anteriormente (García y Musitu, 2014) con sujetos entre los 10 y los 62 años, los autores realizaron el análisis factorial para contrastar empíricamente la validez teórica de los cinco componentes, aspecto que ya se ha dado por hecho, el carácter multidimensional del autoconcepto.

Este test describe al autoconcepto como producto de la reflexión y como la percepción que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual (García y Musito, 2014).

De acuerdo con el AF-5 en los adolescentes, un autoconcepto positivo en sus dimensiones se relaciona con estilos parentales de afecto, comprensión, apoyo,

autocontrol, motivación de logro, inducción, integración social y escolar; y un autoconcepto bajo o negativo apunta a la coerción verbal y física, la indiferencia, la negligencia, malos tratos, violencia, desajuste escolar y en menor grado en problemas con iguales (García y Musito, 2014).

La gran mayoría de cuestionarios sobre autoconcepto consideran como dimensiones relevantes en la definición del sí mismo en la etapa adolescente aquellas que tienen que ver con el ámbito físico, social, familiar y personal/emocional (Lagos-San Martín et al., 2016).

Utilizar un test con medidas multidimensionales del autoconcepto ofrece mediciones más sensibles, concretas y ajustadas en comparación con las medidas globales, proporcionadas por los modelos unidimensionales (Harter, 1982-, Shavelson et al., 1976). El conflicto más grande entre los autores es el de establecer al autoconcepto como multidimensional con varios factores o unidimensional, es decir una dimensión única y global; sin embargo, en esta investigación el usar un test de autoconcepto que mide cinco dimensiones nos ayudó a tener una mirada más precisa de las dimensiones en que los adolescentes presentan mayor dificultad y esto lo corrobora Fuentes et al. (2011) "los resultados de las investigaciones que utilizan medidas multidimensionales del autoconcepto aportan información más amplia y específica".

Adquieren amplia difusión, por ejemplo, los Self Description Questionnaires (SDQs) en los años 90, como el que hemos utilizado en nuestro estudio. Estas dimensiones del autoconcepto y que vamos a medir son:

Dimensiones del autoconcepto físico

Los SDQs, de los que existen varias versiones para diferentes edades, lo miden mediante dos subescalas, la de Habilidad física y deportiva y la de Apariencia física. Ambas dimensiones, la habilidad física y la apariencia física, resultan indiscutibles por lo que no suelen faltar en ningún cuestionario, pero suelen añadírseles otras más. Bracken (1992), por ejemplo, distingue los ámbitos de competencia física, apariencia física, forma física y salud.

Dimensiones del autoconcepto personal

El autoconcepto personal consta al menos de cuatro dimensiones: el autoconcepto afectivo-emocional (cómo se ve a sí misma en cuanto a ajuste emocional o regulación de sus emociones), el autoconcepto ético/moral (hasta qué punto una persona se considera a sí misma honrada), el autoconcepto de la autonomía (la percepción de hasta qué punto decide cada cual sobre su vida en función de su propio criterio) y el autoconcepto de la autorrealización (cómo se ve una persona a sí misma con respecto al logro de sus objetivos de vida) (Esnaola et al., 2008).

Dimensiones del autoconcepto social

El autoconcepto representaría la percepción que cada cual tiene de sus habilidades sociales con respecto a las interacciones sociales con los otros y se calcula a partir de la autovaloración del comportamiento en los diferentes contextos sociales (Markus y Wurf, 1987; Vallacher y Wegner, 1987).

Dimensiones del autoconcepto académico

Para Shavelson et al. (1976), el autoconcepto académico se subdivide en la percepción de la competencia que se tiene respecto a las diversas materias escolares tales como inglés, historia, matemáticas o ciencias.

Montoya y Sol (2001) definen la autoestima como la capacidad o actitud interna con que un individuo se relaciona consigo mismo y lo que hace que se perciba dentro del mundo, de una forma positiva, o bien con una orientación negativa.

Así, las experiencias negativas de comunicación pueden provocar una baja autoestima sobre la capacidad de representar un comunicador competente (Pearson et al. 2011). Janssen (1985) afirmó que los pensamientos sobre la tartamudez ocupan un lugar central en el sistema cognitivo, permitiendo que su tartamudez determine la autoestima en gran medida. Otros estudios sobre adultos que hablan incorrectamente informan efectos adversos de la tartamudez en la autoestima (Klompas y Ross, 2004).

En Adriaensens et al., (2015), la teoría de que la autoestima se construye sustancialmente a partir de interacciones sociales implica que ser una persona con

tartamudez podría tener un impacto negativo en la autoestima, así durante la adolescencia, considerado como un periodo de la vida caracterizado por una mayor autoconciencia, el riesgo de que afecte es mayor. Se indica la influencia de la gravedad de la tartamudez en la autoestima específica y general (Rodríguez y Caño, 2012).

La teoría de que la autoestima se construye sustancialmente a partir de interacciones sociales lleva a inferir que la tartamudez podría tener un impacto negativo en la autoestima durante la adolescencia, un periodo de vida caracterizado por una mayor autoconciencia (Adriaensens et al., 2015). Klompas y Ross (2004) no encontraron diferencias en la autoestima entre un grupo de adolescentes con trastorno de la fluencia y otros sin el trastorno, sin embargo, Adriaensens et al., (2015) que tuvieron en cuenta la gravedad de la tartamudez, concluyeron puntuaciones más negativas en aceptación social, competencia escolar, la capacidad de hacer amigos y la autoestima global.

La tartamudez parece tener un impacto adverso en la autoestima en la adolescencia en términos de miedo a las consecuencias negativas y preocupación para cometer errores (Brocklehurst et al., 2015).

El estudio de Boyle et al. (2018) tuvo como objetivo determinar si las variables psicosociales de autoestima, autoeficacia y apoyo social predecían la participación comunicativa más allá de las contribuciones de las variables relacionadas con el habla en sujetos con tartamudez. Definiendo la participación comunicativa, según los autores, el participar en situaciones de la vida donde se intercambian conocimientos, información, ideas o sentimientos. Se observaron grandes correlaciones entre la participación comunicativa y las medidas de los roles sociales. Según estos autores, los especialistas que trabajan con alumnos con trastorno de la fluencia verbal deben conocer los predictores de la participación comunicativa, como la autoestima, la autoeficacia y el apoyo social, además de la gravedad propia del trastorno en sí, para abordarlos en el tratamiento si es necesario.

El impacto de la tartamudez en la participación comunicativa ocurre a lo largo de la vida. Erickson y Block (2013) encontraron que la capacidad en participación comunicativa de los adolescentes se veía reducida con la tartamudez, el habla es significativamente impactada para comunicarse de manera efectiva en

las actividades diarias por su competencia y aprensión autopercibida en el área de comunicación, desarrollando miedo y evitación de situaciones sociales que requiera expresarse verbalmente.

La falta de fluidez puede influir en el grado en que las personas participan en la vida o evitan situaciones y a otras personas por miedo a tartamudear (Plexico et al., 2018). Para los adolescentes que tartamudean, la experiencia de la tartamudez es una condición de vida persistente o crónica que puede ser muy difícil de manejar desde perspectivas psicosociales y/o conductuales. La experiencia de cambio de fluidez puede inducir estrés (Craig et al., 2011).

Podría darse el caso de que una mayor autoestima sea un factor protector en la voluntad de una persona de comunicarse y, por lo tanto, podría estar vinculado a la participación comunicativa (Boyle et al., 2018). La "autoeficacia" es otra variable que puede predecir la participación comunicativa, esta se refiere a la capacidad autopercibida de una persona para realizar con éxito una tarea o comportamiento particular (Boey, 2008)

Otros estudios van más allá, y comparan más variables, como en De Nardo et al., (2016), que exploraron la relación entre la autoaceptación de la tartamudez y factores psicosociales como la autoestima, la hostilidad hacia los demás, el apoyo emocional y la discriminación percibida. El análisis estadístico identificó correlaciones significativas entre estas variables. La autoaceptación de la tartamudez se ha considerado durante décadas un componente esencial del tratamiento de la tartamudez, destacando la aceptación como un componente fundamental de la recuperación (Guitar, 2013). Aunque no hay mucha literatura científica sobre ello, se ha descubierto que la aceptación de la tartamudez es un factor importante en el manejo exitoso de la tartamudez (Plexico et al., 2005). La aceptación de la tartamudez permite reducir el deseo de ocultarla y la presión de hablar siempre con fluidez, esto permite al adolescente abordar la tartamudez de una manera positiva, no devaluatoria y directa (De Nardo et al., 2016)

En España, Martínez-Antón et al. (2007) analizaron la relación entre variables escolares y la autoestima de 1319 adolescentes de ambos sexos con un rango de edad entre los 11 y 18 años, utilizando la Escala de autoestima de Rosenberg, entre otros instrumentos; determinaron la relación entre el ajuste, el clima social y el grado de victimización con la autoestima del adolescente sus resultados

evidenciaron que en la satisfacción con la vida, la autoestima tiene un efecto positivo en ella.

En su revisión teórica del estado actual de la autoestima en la adolescencia Rodríguez y Caño (2012) concluyen que los niveles de autoestima son estables durante la infancia, sin embargo, en la adolescencia las variaciones comienzan a emerger. Según estos autores, los hombres que consiguen logros personales presentan una autoestima alta, mientras que la autoestima de las mujeres depende de las percepciones de los demás. Sin embargo, En España, Parra et al. (2004) investigaron la evolución de la autoestima de 221 niños y 292 niñas durante 10 años y hasta su adolescencia, centrándose, principalmente, en el sexo de los participantes, los resultados muestran la ausencia de diferencias entre los niveles de autoestima de niños y niñas y se evidenció que el ambiente familiar y las relaciones cercanas con los compañeros son importantes para lograr una buena autoestima.

Zückner (2011) observó que la autoestima de los niños y adolescentes que hablan con disfluencias disminuye con la edad, según un estudio con niños de 8 a 15 años.

En cuanto a autoestima y fluidez verbal, como afirman Hayes y Scharkow (2013), es importante estudiar si una variable afecta a otra variable, para ellos, los adolescentes que perciben su tartamudez como más grave, puntúan más bajo en autoestima.

Según distintos estudios, la falta de fluidez verbal puede generar o simplemente podría estar relacionada, con sentimientos, actitudes y pensamientos negativos, que pueden afectar en el autoconcepto de una persona (Buscaglia, 1990).

Por lo tanto, puede parecer lógico pensar, que una falta de fluidez verbal pueda influir en el autoconcepto de los adolescentes, que ya llevan varios años conviviendo con el problema, ya que la mayoría de los casos se producen entre los dos y los cinco años, y la media de aparición está en torno a los 32 meses (Yairi y Ambrose, 1992).

Bloodstein (1995) habla del autoconcepto de una persona con problemas de fluidez verbal: "si un tartamudo se olvidara de que lo es, desaparecerían los problemas que tiene con su habla" (Bloodstein, 1995, p.170). Así, el sujeto anticiparía que va a tartamudear, y, por lo tanto, tendría más facilidad para hacerlo.

Bloodstein (1995) trata de apoyar su teoría, entendiendo que el trastorno de la fluencia es consecuencia de la reacción que se produce cuando se anticipa un bloqueo, que serviría para explicar fenómenos como que el mayor porcentaje de disfluencias en palabras aparentemente más difíciles o las situaciones que implican mayor responsabilidad comunicativa. Por último, las conclusiones terapéuticas de esta teoría son: intervenir en los niños para evitar que conformen el autoconcepto de tartamudo; y con los adultos el éxito de la terapia dependerá de lo radical que sea el cambio de la imagen que tienen sobre ellos mismos.

Los problemas de fluencia verbal provocan serios problemas en el aspecto emocional del sujeto con disfluencias. En estas circunstancias adversas, el autoconcepto y las habilidades sociales se encuentran afectados (Álvarez, 2017).

El autoconcepto es la imagen y opinión que una persona tiene sobre sí misma que se conforma en el marco de diversas experiencias socioculturales. En este sentido, la autoimagen de un niño con trastorno de la fluencia puede alterarse, debido a las malas experiencias como hablantes. (Torres, 2018).

Los resultados de investigaciones no hacen sino confirmar en jóvenes y adultos con tartamudez niveles significativamente más bajos que la población general en autoconcepto (Daniels et al., 2006; Daniels y Gabel, 2004; Klompas y Ross, 2004) y autoestima (Crichton-Smith, 2002; Klompas y Ross, 2004).

Cuando el niño con tartamudez presenta un bajo autoconcepto no tiene la confianza en sí mismo para llevar a cabo las relaciones sociales, por el temor de ser juzgado. Esto conlleva al aislamiento de este en actividades sociales, generando un daño severo en su autoconcepto (Álvarez, 2017; Fraile, 2016; Garaigordobil y Pérez, 2007).

Aunque la tartamudez no es una discapacidad, el sujeto que lo tiene puede llegar a verlo como tal, y en ese caso, de acuerdo con Buscaglia (1990), aunque el autoconcepto de las personas con discapacidad crece y se desarrolla del mismo modo que el de las personas sin discapacidad, está menos desarrollado. Ello lo explica apoyándose en la frecuencia de influencias negativas que recibe la persona con discapacidad, enfrentándose desde la infancia, en muchos casos, al rechazo social y a experiencias negativas en las relaciones interpersonales.

2.2.7. Autoconcepto y su relación con otros factores de la personalidad

El constructo del autoconcepto lo hemos relacionado a lo largo de los anteriores capítulos con otras variables que pueden estar implicadas o relacionadas a su vez con la fluidez del habla. En este apartado vamos a concretar de una manera más explícita.

En cuanto a la relación entre autoconcepto y autoeficacia, los resultados en Lagos-San Martín et al. (2016) pusieron de manifiesto que todas las dimensiones del SDQ-II-S, excepto estabilidad emocional, correlacionaron positiva y significativamente con las puntuaciones de autoeficacia académica, coincidiendo con los resultados de estudios previos (García-Fernández et al., 2010).

También existe evidencia empírica de que a mayor autoconcepto académico mayor logro académico (Marsh y Martin, 2011). Existen investigaciones que parecen confirmar que el autoconcepto influye en el rendimiento académico de los estudiantes (Ghazvini, 2011; Obilor, 2011; Paiva y Lourenço, 2011).

Por otro lado, Fuentes et al., (2011) realizaron una investigación basada en la relación entre una medida multidimensional del autoconcepto, con un amplio conjunto de indicadores del ajuste psicosocial de 1281 adolescentes entre 12 y 17 años, cuyos resultados fueron que el mayor autoconcepto corresponde al mejor ajuste psicológico, buena competencia personal y pocos problemas comportamentales, además, se encontraron relaciones aparentes positivas entre el autoconcepto social.

Como recoge Fulquez (2011), las relaciones con los demás se manifiestan en la autoestima y confianza en uno mismo, interviene en el autoconcepto, siendo éste un elemento imprescindible y decisivo para el óptimo funcionamiento social, personal y profesional.

Garaigordobil (2009) analizó en estudiantes de secundaria, la relación entre la dimensión de empatía y el autoconcepto. Los resultados indicaron una asociación positiva entre la empatía y el autoconcepto positivo y la autoestima, así como una relación negativa y estadísticamente significativa con el autoconcepto negativo.

Es muy probable que, si una persona se ve a sí misma de forma negativa, el resultado será una imagen y un trato poco favorable por parte de los demás (Morales et al., 2010).

La relación entre ansiedad estado y rasgo y el autoconcepto ha sido evaluada por González et al. (1996). Los resultados de este estudio revelaron que las correlaciones entre ansiedad estado y ansiedad rasgo y autoconcepto académico, social, emocional y familiar fueron negativas y estadísticamente significativas. Resultados similares, como los presentados por Acun (2011), corroboran la relación negativa entre ambas dimensiones de la ansiedad y el autoconcepto.

La relación entre autoestima y ansiedad es negativa y estadísticamente significativa, observando que a una mayor autoestima los estudiantes presentan menor ansiedad. (Hernández et al., 2018).

Cherif et al. (2018), que midieron ansiedad y autoconcepto en niños con trastorno de la fluencia y en niños sin trastorno, concluyeron con varios resultados. El grupo de niños que tartamudeaban mostró niveles más altos en ansiedad, tanto en estado como en rasgo. Tuvieron menor autoconcepto y además los datos mostraron que los niños tartamudos son percibidos negativamente por sus compañeros y con frecuencia rechazados, expuestos a experiencias sociales negativas como burlas e intimidación. Estos problemas interfieren negativamente con el desarrollo de la autoestima y los niveles de ansiedad.

Cuando existe una gran discrepancia entre la autoimagen percibida y la ideal, tiene lugar una alta probabilidad de que ello genere en el individuo tanta ansiedad que puede llevarle a crear un autoconcepto realmente negativo (aun cuando la autoimagen inicial no fuese negativa) y a un preocupante estado depresivo (González- Pineda et al., 1997).

Con relación a las conductas de retraimiento social, de aislamiento con los demás y de timidez, de vergüenza y de culpa, estudios constatan relaciones negativas con autoconcepto y autoestima que ponen de relieve que los adolescentes con alto autoconcepto-autoestima muestran pocas conductas de retraimiento, de aislamiento, vergüenza y de timidez en las relaciones sociales. También un bajo nivel de conductas de ansiedad-timidez y de retraimiento, resultan variables predictoras del autoconcepto global (Garaigordobil et al., 2005), en tanto que, en

este mismo estudio, muchas conductas sociales de ansiedad-timidez y muchas conductas de retraimiento predicen un alto autoconcepto negativo.

Para concluir, con las variables de personalidad, los dos sentimientos que mejor describen lo que les pasa a las personas con problemas de fluidez verbal son, según Murphy (1999), vergüenza y culpa. La vergüenza lleva a la evitación y al miedo a hablar, aspectos que inciden directamente en el autoconcepto de la persona.

2.2.8. La importancia de evaluar la tartamudez en la adolescencia

Teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta ahora, llegado el momento de la evaluación, debemos tener claro cómo llevar a cabo la misma, y para ello tenemos que tener claras varias premisas, ya que tenemos que en última instancia responder a la pregunta: ¿qué, cómo y cuándo evaluar?

Nosotros en nuestra investigación vamos a llevar a cabo una evaluación concreta, que en los siguientes capítulos expondremos, pero ahora, vamos a justificar el motivo de esta evaluación, qué nos lleva a evaluar ciertos aspectos, cómo hacerlo y el momento de hacerlo.

En primer lugar, cuando hablamos de trastorno de la fluencia verbal, 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 de la fonación (Castro, 2018), por tanto, realizaremos una evaluación no orgánica y de recogida de datos. En este caso, tratándose de sujetos adolescentes, que presentan tartamudez, se va a proceder a llevar a cabo una evaluación multidimensional.

Teniendo en cuenta el manual DSM-5 TR (APA, 2022), en el que la tartamudez se clasifica dentro de los trastornos de la comunicación, en el trastorno de la fluencia de inicio en la infancia. El trastorno de fluidez verbal de inicio en la infancia es un trastorno de la comunicación caracterizado por una alteración en el flujo y el momento del habla que es inapropiada para la edad de un individuo. Esta condición incluye la repetición o prolongación de los sonidos del habla, vacilaciones antes y durante el habla, largas pausas en el habla, habla con esfuerzo y/o repeticiones monosilábicas de palabras completas. Esta afección generalmente

se acompaña de ansiedad por hablar y puede limitar la comodidad que siente un niño al participar en entornos sociales o académicos.

Por ello, tendremos en cuenta la edad, en este caso la adolescencia, por lo que no estaríamos ante una tartamudez evolutiva, y punto importante, estaríamos ante una tartamudez que puede ir asociada a ansiedad por hablar que puede afectar a nivel social y académico.

Es importante no olvidar el punto de vista del que padece el trastorno de la fluidez a la hora de ofrecer una definición de la misma. Por eso, de todas las definiciones que hemos visto en la literatura científica, nos vamos a quedar con la definición de Concepción (2024) de por qué evaluar aspectos diferentes a la fluencia, para un tratamiento más adecuado, dando a entender que una persona con trastorno de la fluencia no son únicamente las disfluencias, entran en juego una serie de variables que conformaran la personalidad del sujeto, y si tenemos en cuenta estas variables y las trabajamos, podríamos redundar en la mejora de la persona como hablante fluyente. Así, la definición que propone es la siguiente:

Para la RAE, soy tartamuda porque «hablo con pronunciación entrecortada y repitiendo las sílabas». Pero soy tartamuda por mucho más que eso:

- Soy tartamuda porque estuve metida en un armario del que sólo pude salir cuando me di cuenta de que no podía controlar lo incontrolable.
- Soy tartamuda porque siento una bofetada en mi autoestima cada vez que mi habla no fluye con la misma rapidez que mis ideas y mi capacidad de organizarlas mentalmente en palabras y frases.
- Soy tartamuda porque he pensado demasiadas veces en lo que pudo ser y no fue.
- Soy tartamuda porque he sentido que muchos de mis esfuerzos en cualquier aspecto de la vida caían en saco roto por mi tartamudez.
- Soy tartamuda porque he sentido que muchas cosas de las que tú disfrutabas, eran inaccesibles para mí.
- Soy tartamuda porque no he pasado por las etapas vitales que tú has pasado para construirte una identidad de persona adulta.

- Soy tartamuda porque ante situaciones tan cotidianas para ti como presentarse a una persona, hablar por teléfono… el miedo a tartamudear ha decidido por mí.
- Soy tartamuda porque he aprendido a observarlo y cuestionarlo todo desde fuera, lo cual no es una ventaja, aunque pueda parecerlo.
- Soy tartamuda porque muchas veces siento que toda mi fuerza y mi valentía se consumen en mi tartamudez, no me queda para nada más.
- Soy tartamuda porque mi tartamudez es un filtro por el que pasan la mayor parte de mis pensamientos y sentimientos.
- Soy tartamuda porque cuando tú me ves soy una persona más, y cuando empiezo a hablar dejo se serlo, para convertirme no sé muy bien en qué o en quién.
- Soy tartamuda porque no sé qué debo opinar de ti cuando al oírme tartamudear te ríes, o te burlas, o me tratas con condescendencia… ¿eres una persona que no merece la pena, o simplemente has cometido un error?
- Soy tartamuda porque debo esforzarme en entender tus reacciones, ponerme en tu lugar, pero eso no elimina un ápice de mi dolor.
- Soy tartamuda porque tú has pensado que podía dejar de serlo, o que podía llegar a serlo en menor medida, y seguramente no has pensado eso mismo de un cojo, de un sordomudo, de un ciego, …
- Soy tartamuda porque tú has pensado que detrás de mi tartamudez había otras limitaciones, como retraso mental (con todos mis respetos a quienes tienen retraso mental, por supuesto)
- Soy tartamuda porque, para compensar mi tartamudez, tú me pides que sea perfecta en otros aspectos, y tengo el mismo derecho que tú a ser imperfecta.
- Soy tartamuda porque muchas veces tú acabas por mí lo que crees que voy a decir, y encima, normalmente no aciertas.
- Soy tartamuda porque muchas veces, en vez de escucharme, te limitas a esperar a que acabe de hablar.
- Soy tartamuda porque cuando hablo dices que me tranquilice, y es entonces cuando aparece toda la ansiedad que antes no sentía.

- Soy tartamuda porque tú piensas que no tengo ningún problema importante, y paradójicamente, en muchas ocasiones es tu actitud la que contribuye a que de verdad lo tenga.
- Soy tartamuda porque tú aplaudes a un deportista paralímpico por su afán de superación… me atrevo a preguntarte: ¿serías capaz de escuchar una conferencia de un tartamudo severo?
- Soy tartamuda porque he llegado a preferir tu compasión a tu exigencia.
- Soy tartamuda porque muchas veces he visto tus gestos, pero no tus miradas.
- Soy tartamuda porque me he «flagelado» y he visto también a otros tartamudos hacerlo, por un absurdo sentimiento de culpa.
- Soy tartamuda porque he visto a otros tartamudos tratarse a ellos mismos como si fueran víctimas de una adicción, susceptible de curarse (con todos mis respetos a quienes sufren adicciones)
- Soy tartamuda porque he visto a personas realmente desesperadas por encontrar una solución a su problema de tartamudez, fuera cual fuera.
- Soy tartamuda porque poseo el certificado de minusvalía, reconocido objetivamente por el organismo correspondiente, y personas con otras minusvalías han cuestionado que lo tuviera.
- Soy tartamuda porque objetivamente tengo más dificultades para encontrar un puesto de trabajo que una persona con una minusvalía más limitante en otros aspectos de la vida…si piensas que no es así, te pregunto: ¿en cuántos puestos de trabajo no se exige una comunicación verbal, aunque sea mínima?
- Soy tartamuda porque en momentos de mucho sufrimiento emocional y físico debido a bloqueos severos, he deseado poder comunicarme contigo de otra forma, y no he tenido esa posibilidad, en esta mal llamada «sociedad de la comunicación».
- Soy tartamuda porque me siento excluida tanto de los estereotipos «normales» como de los «discapacitados». Nado entre dos mundos, sin vivir en ninguno.

- Soy tartamuda porque asumo mi condición de tartamuda, que no mi tartamudez.
- Soy tartamuda porque, si algún día dejo de tartamudear, seguiré siendo tartamuda, no lo dudes.

Esta definición nos habla de algo más que de disfluencias, nos habla de todo aquello que hay detrás de la tartamudez y en numerosas ocasiones no se tiene en cuenta ni en la evaluación ni en la intervención.

Como se hablaba anteriormente, la detección precoz del trastorno es un elemento clave para lograr el éxito en el tratamiento de la tartamudez; por ello, vamos a comentar aquellos criterios a tener en cuenta para elaborar un diagnóstico adecuado de tartamudez. Para nuestro estudio ha resultado más sencillo por la edad de la muestra, pero, aun así, nos ceñimos a estos criterios diagnósticos.

De acuerdo con el DSM-5 TR (APA, 2022), los criterios diagnósticos son cuatro:

- Alteraciones de la fluidez inapropiadas de la edad cronológica del paciente, como: repetición de sílabas, prolongación de sonidos, fragmentación de palabras, bloqueos, circunloquios, palabras producidas con exceso de tensión corporal y repetición de palaras monosilábicas.
- Ansiedad o limitaciones en la comunicación provocadas por la falta de fluidez.
- El inicio de los síntomas se produce al inicio del desarrollo del lenguaje.
- La alteración no está ligada a discapacidad motora, daños cerebrales o discapacidad intelectual.

Atendiendo al segundo criterio diagnóstico, el relacionado con la ansiedad y las limitaciones comunicativas del individuo; se puede observar la relación, tanto directa como indirecta, que existe con el componente emocional de la inteligencia (Leal et al., 2016).

Así mismo, se hace absolutamente necesario tener en cuenta este punto a la hora de llevar a cabo una evaluación. No podemos obviar el aspecto emocional. Este punto nos va a ayudar a realizar un diagnóstico diferencial.

El diagnóstico o evaluación de la tartamudez es multidimensional (Tarkowsky, 2017).

Por un lado, tenemos lo más obvio, la fluidez, el aspecto más evidente a evaluar. Pero ¿cómo podríamos evaluar la fluidez? La mayoría de los autores propone tomar varias muestras de habla, y en principio, aunque se pueden analizar todas, valdría con estudiar aquella en la que aparece el mayor número de disfluencias (Guitar, 1998). Además, se ha propuesto como medida más idónea la sílaba, dado que puede aparecer más de una disfluencia en cada palabra (Yairi y Ambrosi, 1992). Según Guitar (1998), de toda la muestra se debe analizar un mínimo de 25 expresiones que en total sumen entre 300 y 500 palabras.

Entre los distintos instrumentos disponibles para la exploración destacamos los siguientes cuestionarios y escalas de valoración:

- Cuestionario para la recogida inicial de datos (Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1991)
- Cuadro-guía para la evaluación de la gravedad de la tartamudez (Cervera e Ygual, 2002).
- Cuestionario para el colegio (Tough, 1987)
- Cuestionario de actitudes hacia el habla en los niños (Brutten y Vanryckeghem, 2003)
- Planificación de las sesiones y evaluaciones periódicas (Monge y Peralta, 1997).
- Cuestionario de tartamudez para padres (Cooper y Cooper, 1985)
- Escala de Ericson: media de las actitudes ante la comunicación (Andrews y Culter, 1974)
- Evaluación de la tartamudez (Cervera e Ygual, 2002)

Estos son los más destacados, aunque todos ellos bastante antiguos, y a nuestro parecer obsoletos, por lo que, en nuestro estudio, realizaremos la evaluación de la fluidez verbal de otra manera, con una prueba elaborada por nosotros mismos, teniendo en cuenta aspectos que describimos a continuación. Dentro del proceso de evaluación existen aspectos que son transversales, tales como: la anamnesis o datos sociodemográficos, toma de muestras de habla y

análisis de la fluidez (Leal et al., 2016). La anamnesis permite obtener información acerca de los datos médicos y lingüísticos de la persona (Guitar, 2014) e indagar sobre su historia familiar y posibles factores de riesgo (Leal et al., 2016). También, se debe considerar la toma de muestras de habla, por medio de corpus o grabaciones de lenguaje espontáneo y/o automático (Guitar, 2014).

Finalmente, en base a la muestra obtenida, además de realizar el análisis de la fluidez, que permite medir la frecuencia de la tartamudez y determinar la duración de estos momentos, también se pueden registrar los comportamientos secundarios, la naturalidad del discurso, la velocidad del habla, y la severidad de la tartamudez; así como los sentimientos y actitudes del usuario frente al trastorno (Leal et al., 2016).

Más allá de la muestra del habla, si los especialistas viesen la tartamudez única o principalmente en términos de fluidez observable, existiría un riesgo elevado de que no se ofreciera un tratamiento correcto, simplemente porque no son interrupciones en el habla en una situación particular o en un momento determinado, pudiendo enfatizar demasiado la terapia en la fluidez obviando a sujetos que experimentan situaciones adversas (Tichenor y Yaruss, 2019).

La literatura existente proporciona abundante información para describir lo que es indeseable y desafortunado acerca de la tartamudez, sin embargo, hay poco material disponible para descubrir los aspectos positivos de la tartamudez y los procesos de evaluación (Tichenor y Yaruss, 2019a).

Si la evaluación se centra en la fluidez, los hablantes y los especialistas podrían llegar a la conclusión de que sus problemas se resolverían si pudieran lograr fluidez (Constantino et al., 2017), y como resultado de esta evaluación, buscar una terapia o método, que evite la tartamudez o la encubra, en un intento de parecer más fluidos. Esto ocurre a pesar de la amplia evidencia de que la terapia centrada en este aspecto generalmente no puede dar fluidez permanente y espontánea, por lo que la fluidez no tiene por qué ser el objetivo de la evaluación ni de la terapia, es necesario abrir una comprensión nueva y más positiva de qué significa tartamudear y ser una persona tartamuda (Tichenor et al., 2022).

En relación a esta variable de la evaluación también hay un estudio realizado por Tomaiuoli et al. (2015) en el cual se señala que, al momento de llevar a cabo la evaluación de la tartamudez, ésta se debe realizar desde una perspectiva

multidimensional destacando la importancia de considerar no sólo los aspectos evidentes de la tartamudez, sino también la percepción que tiene la persona de sus propias dificultades y el impacto emocional en el funcionamiento y el bienestar.

Por ello, nosotros no nos vamos a quedar en una simple muestra de habla, vamos a ir más allá y recabar más datos. Nos vamos a centrar en la evaluación en la adolescencia, por ser el rango etario que nos ocupa en nuestro estudio. Las personas que tartamudean que están dentro de este rango etario, es muy posible que ya hayan pasado por varias experiencias de terapia, es por ello por lo que la primera consulta se utiliza para eliminar las dudas, el escepticismo e incentivarlos en el proceso de tratamiento (Leal et al., 2016).

Así, en una entrevista personal, tenemos que conocer estos datos, con el fin de contar con su aprobación e implicación en la evaluación, aspectos absolutamente necesarios para llevar a cabo la misma de una manera eficiente y real.

Guitar (2014), sugiere realizar una terapia de prueba durante el proceso de evaluación, para determinar en primer lugar cómo el usuario responde a diferentes enfoques de terapia, lo que proporciona información sobre posibles tratamientos que se puedan realizar, en segundo lugar, ésta puede ayudar a establecer un diagnóstico diferencial entre los subtipos de tartamudez, y por último, brindar una vista previa de lo que vendrá en el tratamiento.

En el caso de los adolescentes, se realiza una indagación, intentando conseguir información para comprender la dinámica familiar, cuál es la perspectiva de la familia y cómo abordan el trastorno en el hogar (Guitar, 2014). Conforme con lo señalado por Ward (2006), existen una serie de factores que ponen a un individuo en mayor riesgo de desarrollar tartamudez. Estos factores son, por ejemplo, la historia familiar, género, edad de inicio del trastorno y duración de éste (Leal et al., 2016).

Llevaremos a cabo la recogida de esta información a través de un cuestionario sociodemográfico, que nos aportará datos que nos ayuden en nuestro diagnóstico y evaluación.

En cuanto a la historia familiar, Guitar (2014) indica que existe mayor riesgo de que el trastorno sea persistente si la persona tiene un familiar que tartamudea, esto es importante saberlo en el proceso de evaluación.

Importante el aspecto de la actitud de los familiares, el apoyo positivo de los padres o familiares puede ayudar a controlar su trastorno, por el contrario, las actitudes familiares negativas pueden dificultar el desarrollo de una gestión positiva de la tartamudez (Cherif et al., 2018). Por ello, consideramos fundamental llevar a cabo en la evaluación una recogida de datos a través de un cuestionario socio demográfico para conocer la realidad de la familia, amigos, y entorno en general.

Tomaiuoli et al. (2015) sostienen que el proceso de evaluación en niños y adolescentes debe incluir aspectos de fluidez, pero también del comportamiento comunicativo, del lenguaje, de la cognición y de la actitud hacia la tartamudez, entre otros. La información descrita en este estudio, coincide con lo mencionado por Leal et al. (2016), quienes señalan que el proceso de evaluación de este trastorno en niños escolares adolescentes debe comenzar con la consecución de información sobre la familia y profesores del niño, y una conversación para obtener información sobre el habla en diversos contextos, así como la reacción que tiene sobre su tartamudez, permitiendo identificar aquellos factores que favorecen la mantención del trastorno y su severidad. Del mismo modo, Guitar (2014) menciona que observar las conductas que tiene el niño en el aula es de gran ayuda para confirmar si la tartamudez produce efectos negativos en su desempeño estudiantil.

Cabe destacar la importancia de realizar una evaluación temprana en los niños que presentan tartamudez, ésta no debe enfocarse exclusivamente en la consulta, sino que debe involucrar los distintos escenarios en los que se desenvuelve el niño. Este proceso evaluativo cobra mayor relevancia en la etapa escolar y en la adolescencia, tal y como lo señala Leal et al. (2016), en la etapa escolar se deben considerar los diversos contextos en los que se desenvuelve el individuo, para poder obtener información sobre su habla y cómo reacciona frente a su trastorno, lo que permitirá identificar aquellos factores favorecedores de la tartamudez y su severidad.

El autoconcepto es una variable crucial en el ajuste del alumnado, por lo que alcanzar un autoconcepto positivo, o que el alumnado logre una imagen equilibrada de su propia persona, debe ser un objetivo prioritario de la educación y los programas de intervención (Esnaola et al., 2008). Por ello, será una parte de especial importancia en nuestra evaluación, ya que como hemos podido comprobar

en capítulos anteriores, su relación está más que demostrada empíricamente, y eso queremos contrastarlo en nuestra investigación.

Otro aspecto de vital importancia en este estudio es controlar la relación existente entre ansiedad y trastorno de la fluidez de inicio en la infancia. Se ha llevado a cabo, por la relación existente entre estos aspectos, una evaluación del nivel de ansiedad de los sujetos de la muestra del estudio. Los individuos con tartamudez manifiestan un aumento en sus disfluencias cuando se encuentran bajo situaciones de estrés; por lo que la ansiedad sería una consecuencia y no su causa (Leal et al., 2016).

En el caso de los niños con tartamudez, se ha evidenciado que tienen un bajo nivel de habilidades sociales, puesto que, tienen problemas para expresar sus sentimientos y pensamientos en un contexto determinado. Ello se debe a la ansiedad que ello le produce. De esta manera, suelen presentar dificultades en la interacción social, así como conductas de retraimiento y evitación. (Gutiérrez y Gil, 2015).

Las investigaciones muestran que las personas que tartamudean son vistas como amigos menos deseables, esto puede aumentar la timidez y la ansiedad social en niños o adolescentes con tartamudez (Harish y Singh, 2019). Los adolescentes que tartamudean son objetivos mucho más fáciles de ser acosados, no por el motivo de su tartamudez, sino también por su manifestación de ansiedad y nerviosismo (Blood y Blood, 2007).

Las personas que hablan con mayor severidad del trastorno de la fluencia tienen un mayor riesgo de sufrir problemas emocionales (Craig et al., 2009).

Algunos estudios han encontrado síntomas de ansiedad significativamente mayores en niños en edad escolar que tartamudean, en niños de 10 años en adelante, sugiriendo que los niveles de ansiedad tienden a aumentar con el tiempo y pueden superar los valores normales en la adolescencia (McAllister et al., 2015), aunque para Messenger et al. (2015), los adolescentes que tartamudean pueden intentar presentarse de manera positiva para ocultar sus verdaderas preocupaciones sobre la tartamudez.

Algunos autores como Salgado (2005) proponen que las dificultades en el rendimiento escolar pueden afectar al autoconcepto del niño con tartamudez, generándole ansiedad y tensión, abocándolo hacía un mayor número de

disfluencias. Por lo tanto, desde este punto de vista, el rendimiento escolar podría causar falta de fluidez verbal, con lo que el rendimiento escolar se convierte en una variable muy importante, que habrá que controlar en la investigación, para evitar cualquier efecto de esta variable en las dos variables que vamos a medir, así, aunque no la vamos a medir, si habrá que controlarla.

Uno de los aspectos más frustrantes de la tartamudez es el hecho de que experimentan una sensación de sentirse atascados al hablar, es decir, que tartamudean (Tichenor y Yaruss, 2020a).

Si la ansiedad es intensa, el estudiante mostrará excesiva sensibilidad y temores, lo que dará lugar a una disminución de la autoestima y del autoconcepto (Jadue, 2001). Y esto redundará en posible retraimiento social y bajo rendimiento académico.

Por todo ello, este estudio se propone como finalidad analizar la relación que existe entre la ansiedad y el autoconcepto en el alumnado de educación secundaria.

En los últimos años, los estudios relacionados con la evaluación de la tartamudez han sido escasos, existiendo algunos en idioma inglés y portugués mientras que en español son bastante escasos. Esto influye en la actualización de la información y, por consiguiente, en la calidad de la evaluación que se brinda a la persona con tartamudez, y respecto a los métodos evaluativos y terapéuticos aplicados a los usuarios que tienen esta condición. Por ende, es de vital importancia ampliar los estudios en esta área con el fin de que el profesional que intervenga pueda realizar evaluaciones basadas en la evidencia, tales como, la detección temprana de este trastorno, la validación y la fiabilidad de prueba específicos (Tichenor et al., 2022).

III – OBJETIVOS

III - OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio fue:

Conocer si existen relaciones entre el autoconcepto, la personalidad y la fluidez verbal de los adolescentes que cometen disfluencias y están diagnosticados con tartamudez.

Los objetivos específicos fueron:

- Adaptar y validar un cuestionario de autoconcepto para su empleo en adolescentes españoles.
- Analizar la fluidez verbal de adolescentes con tartamudez.
- Conocer las diferencias de autoconcepto y personalidad entre adolescentes con tartamudez y un grupo de control.
- Comprobar la relación existente entre la personalidad y el autoconcepto en estudiantes con tartamudez.

IV - MATERIAL Y MÉTODO

IV - MATERIAL Y MÉTODO

4.1. PARTICIPANTES

En cuanto a los sujetos que participaron en la investigación, en el primer estudio participaron 726 adolescentes, estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria, 365 mujeres (50.2%) y 361 hombres (49.7%). Los participantes tenían entre 12 y 18 años de edad, con una media de 15.44 años (DT= 1.41). Por cursos, el 15.1% eran estudiantes de primer curso, el 24.9% de segundo, 23.0% de tercero, 15.5% de cuarto y el 21.5% de primer curso de Bachillerato. Los participantes procedían de tres institutos públicos de la Región de Murcia (España). El contexto socioeconómico de los centros es de clase media.

En el segundo estudio participaron 26 alumnos diagnosticados con trastorno de la fluencia por un especialista de audición y lenguaje o un orientador. De ellos, 16 eran hombres (61.5%) y 10 mujeres (38.5%), con un promedio de edad de 14.73 años.

En el tercer estudio participaron los 26 alumnos diagnosticados, más 540 alumnos que conformaron el grupo de control, con una media de edad de 14,21 años, siendo 288 hombres (53.3%) y 252 mujeres (46.7%).

Todos los alumnos estaban matriculados en Institutos de Educación Secundaria de la Región de Murcia, con dominio del castellano, no realizando las pruebas alumnos con desconocimiento del idioma.

4.2. INSTRUMENTOS

4.2.1. Cuestionario sociodemográfico

Todos los alumnos completaron un cuestionario socio-demográfico para conocer aspectos sociales, familiares, personales y académicos que pudieran resultar de interés para la investigación.

Este cuestionario fue el mismo para el grupo control y para los alumnos que fueron diagnosticados con tartamudez (Anexo 1). Aunque estos últimos realizaran

algunas cuestiones más, relacionadas con su trastorno, con el fin de poder correlacionar estos datos con las variables del estudio.

4.2.2. Self- Description Questionnaire II - Abreviado

De acuerdo al carácter multidimensional del autoconcepto según lo revisado en la literatura científica, hemos optado por este cuestionario ya que, junto a otros métodos de evaluación psicopedagógica, como entrevistas u otros cuestionarios, este, podría ser usado para identificar el autoconcepto de los estudiantes de secundaria con el fin de definir áreas objetivo en programas de intervención psicoeducativa (Lagos-San Martín et al.,2016).

En este estudio se llevó a cabo la validación del cuestionario para su empleo en adolescentes españoles.

Este cuestionario presenta 11 dimensiones de autoconcepto:

a) Tres académicas (verbal, matemático y académico general), que analizan la habilidad, disfrute e interés en áreas académicas concretas o en las materias escolares en general;
b) Siete no académicas (habilidad física, apariencia física, relaciones con el mismo sexo, relaciones con el sexo opuesto, relaciones con los padres, sinceridad-veracidad, estabilidad emocional), que evalúan, respectivamente, las habilidades en el ámbito físico o deportivo, el atractivo físico, las relaciones percibidas respecto a diferentes agentes sociales, la sinceridad y el bienestar emocional; y
c) Una que evalúa la satisfacción del sujeto consigo mismo (autoestima).

La prueba está destinada a evaluar el autoconcepto, estas 11 dimensiones del autoconcepto repartidas en 51 ítems con una escala de 6 puntos, donde 1=falso y 6=verdadero. No existen puntos de corte para definir autoconceptos altos o bajos, por lo que una puntuación alta en una escala indica un autoconcepto positivo en el área y una puntuación baja significa un autoconcepto negativo en el área.

Las dimensiones son las siguientes:

- Áreas académicas
  - Verbal
  - Matemática
  - General
- Áreas no académicas
  - Habilidad Física
  - Apariencia física
  - Relaciones con el mismo sexo
  - Relaciones con el sexo opuesto
  - Relaciones con los padres
  - Sinceridad
  - Estabilidad emocional
- Autoestima

Lagos-San Martín et al. (2016) realizaron un estudio con estudiantes chilenos. El objetivo de este estudio era analizar la fiabilidad y validez de las puntuaciones de la versión breve del Self-Description Questionnaire II (SDQ-II-S) en población chilena, el cuestionario que hemos elegido para nuestra investigación, ya que su estudio estaba dirigido a sujetos adolescentes, de una edad similar a la edad de los sujetos de nuestra muestra, y corroboró la estructura original de los 11 factores correlacionados del SDQ-II-S. La multidimensionalidad del cuestionario también fue avalada y se destacó la fiabilidad para profundizar en el análisis de la validez de constructo del SDQ-II-S.

El SDQ-II-S es una prueba especialmente diseñada para la evaluación del autoconcepto en la etapa adolescente, la reducción en el número de ítems agiliza su aplicación (manteniendo las garantías psicométricas de la versión original, como se detalla en el siguiente apartado) y permite analizar las mismas dimensiones propuestas por otros cuestionarios más extensos, e incluso de una forma más detallada. El SDQ-II-S permitiría tener una visión más ajustada del autoconcepto del adolescente que el resto de pruebas.

El SDQ-II es una de las medidas multidimensionales del autoconcepto más frecuentemente usadas en la investigación y considerada entre las mejores en términos de propiedades psicométricas y validez de constructo (Inglés et al., 2012).

Aunque el SDQ-II tiene amplia aplicabilidad en muchas áreas de la psicología, su longitud (102 ítems), a veces, limita su utilidad. En este sentido, dicha longitud puede ser aceptable cuando el SDQ-II se administra solo. Sin embargo, el SDQ-II es percibido, con frecuencia, como demasiado largo por los investigadores y por el alumnado, sobre todo, cuando se pretende administrar junto a otros instrumentos.

En nuestro caso, son 4 las pruebas que se van a administrar a los sujetos con trastorno de la fluencia, y 3 al grupo control, por lo que nos parece demasiado extenso, así que creemos conveniente utilizar la versión breve del cuestionario.

Con el fin de solventar esta cuestión, Ellis et al. (2002) revisaron la versión original del SDQ-II. Atendiendo a las propiedades psicométricas de los ítems y su relevancia para la definición de la escala a la que pertenecían, se consiguió reducir el número total de ítems a la mitad (manteniendo el mismo número de dimensiones), así, dio lugar a la versión abreviada del cuestionario: el SDQ-II-S. Estos autores también constataron, mediante análisis factorial confirmatorio, que en la versión abreviada se replicaba el modelo de 11 factores primarios correlacionados hallado para la versión original del cuestionario.

Se relacionaron las puntuaciones de las diferentes escalas con puntuaciones en medidas de ansiedad (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo) y autoeficacia (Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas). Los resultados pusieron de manifiesto que estos cuestionarios permiten analizar constructos diferenciados, aunque relacionados. Por ello, lo hemos considerado fiable e idóneo para nuestro estudio.

Es un cuestionario que mide el autoconcepto de forma individual, explicándose claramente las normas de aplicación y de corrección e interpretación. Su duración es de 20 minutos aproximadamente, incluyendo la aplicación, está dirigido a alumnos de la ESO y Bachillerato.

Como hemos comentado, consta de 51 items, como, por ejemplo, "No soy muy popular entre las personas del sexo opuesto", donde el sujeto tiene que puntuar de 1 a 6, siendo 1 igual a falso, y 6 igual a verdadero. Cada ítem recibe una

puntuación y se suman las correspondientes a cada dimensión antes especificadas, además, juntas obtienen una puntuación final.

Se escogió este cuestionario:

- Por su sencillez, tanto de aplicación como de corrección.
- Por su rapidez.
- Por ser económico.
- Por estar validado en nuestra lengua y corroborada su utilidad.
- Por ir especialmente dirigido al colectivo adolescente.
- Por contar con el permiso del autor original para su empleo y adaptación.

4.2.3. Instrumento de evaluación de la fluidez verbal

Para esto, tomaremos varias muestras de habla, tres muestras: en lectura, en lenguaje inducido y en lenguaje espontáneo. La medida más idónea es la sílaba, dado que puede aparecer más de una disfluencia en cada palabra (Yairi y Ambrosi, 1992). Según Guitar (1998) de toda la muestra se debe analizar un mínimo de 25 expresiones que en total sumen entre 300 y 500 palabras.

La muestra fue tomada por el investigador-evaluador, cara a cara con el sujeto, y grabada en una grabadora–reproductora, para que luego los datos pudieran ser transcritos.

Esta muestra constó (para todos los sujetos):

- De una lectura de unas 150 palabras
- Se le presentaron dos láminas donde aparecen personajes realizando tareas, y el sujeto tenía que explicar estas láminas. En total, se podrían decir entre 80 y 150 palabras (Lenguaje inducido)
- Por último, el sujeto tenía que contar lo que hizo en el día anterior, desde que empezó el día hasta que lo acabo. Si el sujeto no estaba muy comunicativo, el investigador podía animarlo a contar más (Lenguaje espontáneo).

Esta prueba solo se aplicó a los sujetos diagnosticados con trastorno de la fluencia, concretamente, a 26 sujetos.

4.2.4. 16PF-APQ. Cuestionario de Personalidad para Adolescentes

Para conocer las variables de personalidad que consideramos que pueden estar relacionadas con la falta de fluidez verbal, vamos a utilizar como instrumento de medida un cuestionario que ha demostrado su validez durante muchos años e investigaciones, el 16PF-APQ, Cuestionario de Personalidad para Adolescentes, de Schuerger (2013).

El 16PF-APQ es un instrumento de evaluación psicológica destinado a conocer la personalidad, los intereses y las posibles dificultades que sienten los adolescentes. Es un cuestionario de personalidad cuantitativo, una prueba de elevada calidad científica, fruto de una larga y cuidada elaboración, y que ha sido contrastada mediante la aplicación a miles de chicos y de chicas.

Su objetivo es la evaluación de 16 variables de la personalidad y 5 dimensiones globales en adolescentes. Incluye una sección dedicada a la evaluación de preferencias ocupacionales y otra a los problemas personales.

Su aplicación puede ser individual como colectiva, por lo que es idóneo para nuestro estudio, ya que hay que hacerlo de los dos modos.

La duración que el sujeto puede tardar en realizar el cuestionario oscila entre 50 minutos y 70 minutos, por lo que en una sesión de clase puede llevarse a cabo.

La información que proporciona puede ser, según los autores, de gran ayuda a los padres y educadores para tener un mejor y más objetivo conocimiento de sus hijos y alumnos.

La aplicabilidad del test es para sujetos de 12 a 17 años, alumnos que cursen desde Primer curso de ESO a Segundo de Bachillerato.

De entre las distintas pruebas de Catell: el 16 PF. 16 PF-5, CPQ, ESPQ; originalmente existía el Cuestionario de personalidad para adolescentes: HSPQ (Cattell et al. 1958, 1981), que estaba destinado a adolescentes de entre 12 a 18 años, y del cual existían 4 formas: A, B, C, y D. La prueba constaba de 140 enunciados, y cada ítem presentaba tres opciones de respuesta. En el mundo hispano-parlante, existía una adaptación de la forma A, atribuida a J.M. Schuerger a pesar de que según Roig Fusté (1992) era difícil de identificarla con alguna de las originales.

Con posterioridad, esta prueba fue revisada por el equipo del Dpto. de I+D+i de Tea Ediciones, por N. Seisdedos, quien llevó adelante el proyecto de adaptar y

estandarizar esta prueba iniciada por Cattell y sus colaboradores en la década de los 50, dando forma al 16PF-APQ en el año 2001, en tanto revisión y actualización del HSPQ (Cattel et al., 1984).

Esta prueba utiliza la misma metodología de las pruebas factoriales, esto es el Análisis factorial, que es una técnica estadística de reducción de datos usada para explicar las correlaciones entre las variables observadas en términos de un número menor de variables no observadas llamadas factores.

El Test contiene las mismas 16 variables del 16PF-5: Afabilidad, Razonamiento, Estabilidad emocional, Dominancia, Animación, Atención normas, Atrevimiento, Sensibilidad, Vigilancia, Abstracción, Privacidad, Aprensión, Apertura al cambio, Autosuficiencia, Perfeccionismo y Tensión, y las 5 dimensiones globales: Extraversión, Ansiedad, Dureza, Independencia y Autocontrol.

En esta prueba las 15 escalas propias de Personalidad se miden con 135 elementos y la de Razonamiento con 15 cuestiones.

Como en todo test, la validez de los resultados dependerá de que se haya aplicado de forma adecuada. Además, esta prueba, por tratarse de un cuestionario de autoinforme en el que los resultados se obtienen a partir de las respuestas dadas por el propio examinando, la validez de las conclusiones dependerá en gran medida de la sinceridad con la que se haya contestado a la prueba. Es importante hacer hincapié en este aspecto a la hora de aplicar la prueba, incidiendo en la manifestación de la mayor sinceridad en la contestación de las preguntas del cuestionario.

Para controlar el sesgo que pueda darse en este sentido y evitar cuestionarios realizados de manera aleatoria o con escasa sinceridad, el cuestionario lleva ítems control. Las escalas de control que se introducen para detectar formas anómalas de contestar a los elementos del test presentan valores normales. En consecuencia, puede considerarse que los comentarios que se deducen de los resultados son bastante fiables y, probablemente, reflejen bastante bien su personalidad y sus intereses.

Resaltar la segunda de las dimensiones globales que evalúa el 16PF-APQ, que se denomina Ansiedad y las personas con puntuaciones bajas se describen como tranquilas e imperturbables mientras que las de puntuaciones elevadas se definen como ansiosas e intranquilas.

Una vez comentados los resultados obtenidos en las cinco dimensiones globales, se analizan las 16 escalas primarias que evalúa este test. Las escalas primarias forman parte, en determinadas proporciones, de las dimensiones globales por lo que éstas no son sino combinaciones de varias de aquéllas.

Llevaremos a cabo la aplicación de la escala de autoeficacia percibida específica de situaciones académicas, con el fin de validar el cuestionario.

4.2.5. Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas

La EAPESA, de Palenzuela (1983), se empleó en el primer estudio para analizar la validez convergente en la validación del SDQ-II-S. Es una escala unifactorial que evalúa la autoeficacia académica percibida. Está integrada por 10 ítems. Si bien en el estudio original los ítems eran valorados en una escala de diez puntos, en el presente trabajo empleamos la escala de cuatro puntos (desde 1 = nunca, a 4 = siempre) empleada por García-Fernández et al. (2010) por su mayor facilidad de interpretación en personas de las edades analizadas. Tanto el estudio de Palenzuela (1983) como el de García-Fernández et al. (2010) evidenciaron la validez del instrumento, con una fiabilidad de .91 y .89, respectivamente. En el presente trabajo la fiabilidad obtenida fue de α= .93.

4.3. PROCEDIMIENTO

El diseño estaría dentro del paradigma asociativo o no experimental, con datos transversales, y una metodología cuantitativa, ex post facto.

Esta metodología fue considerada como idónea, por su rapidez en la recogida de la información, tanto las producciones de los sujetos en una prueba individual de fluidez verbal que se convertirán en puntuaciones con el fin de compararlas con las puntuaciones obtenidas en el resto de variables, que se obtendrán de los cuestionarios que miden el nivel de autoconcepto y las variables de personalidad, al igual que con el cuestionario socio- demográfico de estos sujetos.

Es decir, un diseño correlacional, donde no se busca la causalidad entre las variables, sino su asociación, en este caso, intentaremos conocer, si las distintas

variables que a continuación se describen en la hipótesis, son directamente proporcionales, y qué nivel de correlación existe entre ambas.

Se contactó con los centros para presentar la investigación al equipo de dirección, orientación y profesorado y se les solicitó su participación voluntaria, acordando comunicarles los resultados al finalizar el estudio. Una vez obtenida la aprobación por parte del centro, se pidió el consentimiento por escrito a las familias del alumnado menor de edad. Se informaba a los profesores de los centros educativos donde se encuentren escolarizados los niños, en concreto, a los especialistas en audición y lenguaje, de lo que se va a realizar, y que se requería su colaboración, llegando a un acuerdo con ellos. Si no hubiese sido posible, habría que haberse puesto en contacto con las familias de los sujetos, pero no fue el caso, y todos los profesionales de los centros contactados colaboraron de buen grado.

Se llevó a cabo una entrevista con los directores y equipos de orientación de los centros participantes, para exponer los objetivos de la investigación, describir los instrumentos de evaluación, solicitar los permisos pertinentes y promover su colaboración.

Posteriormente, se realizó una reunión con los padres de los sujetos diagnosticados con trastorno de la fluencia, para explicarles el estudio y solicitar el consentimiento, autorizando a sus hijos a participar en la investigación, recabando información que luego introduciríamos en el cuestionario sociodemográfico.

Para el resto de los sujetos, el grupo control, se entregó la hoja de consentimiento, que tuvieron que llevar a los padres para su firma.

Este grupo control, al igual que los sujetos pertenecientes al grupo diagnosticado por un especialista, realizaron los cuestionarios en su grupo clase, y fueron contestados de forma colectiva y anónima en el aula, asignando previamente un número de identificación a las hojas de respuesta de cada participante, entregadas junto a cada uno de los test. Los investigadores estuvieron presentes durante la administración de las pruebas para proporcionar ayuda si era necesaria y verificar la cumplimentación independiente por parte de los participantes. Para poder identificar los cuestionarios de los alumnos diagnosticados, el investigador anotaba el número de identificación de estos alumnos en el momento que estaba realizando el test, así, aunque seguía siendo

anónimo para los sujetos, nosotros teníamos las respuestas de nuestro grupo de investigación controlado.

Los investigadores se encargaron de administrar la batería de cuestionarios en formato papel, una vez obtenido el permiso de los progenitores o tutores/as, quienes recibían la explicación de la investigación mediante una carta con el consentimiento. En todos los casos la participación fue voluntaria por parte del alumnado y se garantizaba el anonimato para conseguir la sinceridad en las respuestas.

Para la evaluación de la parte de fluidez verbal, una prueba individual, con una duración de 30 minutos aproximadamente, se solicitó un espacio en el mismo centro educativo de los sujetos, donde se llevó a cabo la evaluación, en una hora de clase del adolescente, con el permiso del profesor que en ese momento estuviese dando clase.

El sujeto salía de clase, con la excusa de hablar con el especialista de audición y lenguaje del centro, o del orientador, y ese momento se aprovechaba para realizar la prueba individual, y como se ha comentado previamente, con el consentimiento tanto verbal como por escrito, tanto de los sujetos, como de los padres o tutores de estos sujetos, que, en todo momento, sabrían que esto se realizaría así.

Además, se siguió el procedimiento de ciego único, a través del cual los sujetos desconocen los objetivos del estudio para disminuir las expectativas, la reactividad y la deseabilidad social. Asimismo, la administración simultánea a toda una misma clase en horario lectivo pretendía asegurar la homogeneidad e igualdad de condiciones. Los investigadores estaban presentes durante la cumplimentación de cuestionarios para aclarar las dudas al alumnado y asegurar la total cumplimentación de las pruebas. El periodo de tiempo estimado no superó los 60 minutos para evitar el cansancio del alumnado participante.

Por lo tanto, podemos afirmar, que este estudio es:

Cuantitativo, ya que utilizaremos la recolección de datos para responder a nuestras preguntas con base a la medición numérica y el análisis estadístico, aplicando instrumentos tipificados y validados (Hernández-Sampieri, Fernández Collado, y Baptista-Lucio, 2014).

No experimental, ya que se pretende medir la relación de las variables de personalidad, fluidez verbal, y el autoconcepto, sin la manipulación de dichas variables (Hernández et al., 2014).

Transversal, porque se recolectarán datos en un momento único con el propósito de describir variables y analizar su interrelación (Hernández et al., 2014).

Descriptivo, ya que se pretende especificar la información por grupos (Hernández et al., 2014).

Correlacional, porque se tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre las distintas variables y la fluidez verbal de los sujetos (Hernández et al., 2014).

El muestreo fue no probabilístico, debido a que las características que se requerían suponen un procedimiento de selección, pero siempre orientado por las características de investigación, más que por un criterio estadístico de generalización; y por conveniencia, ya que, además, al ser un proceso voluntario, el acceso a los sujetos dependía de la disponibilidad de las instituciones educativas.

Procedimiento de recolección de información.

Así, podemos resumir el proceso de recolección de datos, que se llevó a cabo de la siguiente manera:

FASE I

- Elaboración y envío del material para la petición de aprobación.

FASE II

- Acercamiento a las instituciones Educativas de la ciudad.

FASE III

- Entrega y aceptación del consentimiento informado por parte de los padres de los alumnos.

FASE IV

- Aplicación de las pruebas a los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

FASE V

- Clasificación e ingreso de resultados al programa estadístico.

No se realizó un acercamiento a todas las instituciones educativas de la ciudad de Murcia, únicamente a las que fueron necesarias hasta tener una muestra que consideramos suficiente para la investigación. Cabe recordar para concluir, que se ibas teniendo una entrevista con los directores de las mismas y los responsables del equipo de orientación, a los que posteriormente se procedió a entregar información sobre el proyecto, así como los instrumentos a utilizar y los documentos de consentimiento informado. Además, antes de proceder a recoger datos, se explicó a los participantes que la información proporcionada sería anónima y confidencial (no se usarían los nombres de los participantes).

4.4. ANÁLISIS DE DATOS

Este estudio es de tipo comparativo, su diseño es transversal, es decir, en él se utilizan participantes de una misma cultura que pertenecen a distintos grupos naturales y son evaluados en un momento temporal concreto en más de una variable dependiente (Ato et al., 2013).

En el primer estudio, dada la investigación previa sobre la estructura factorial en la versión original del Self-Description Questionnaire II-Short (Ellis et al., 2002; Marsh et al., 2005), se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando Amos Graphics 21 (IBM Statistics). Se obtuvieron índices de ajuste para evaluar un modelo unidimensional y un modelo multifactorial de 11 factores. Para evaluar el ajuste del modelo de medida, tomando como referencia las sugerencias de diferentes trabajos (Hu y Bentler, 1999; Jöreskog, 1970; Levy y Varela, 2006; Schreiber et al., 2006), se calcularon los siguientes índices: χ^2/ grados de libertad, pudiendo ser considerados aceptables los valores comprendidos entre uno y tres; RMSEA (Error de Aproximación Cuadrático Medio) y SRMR (Residuo Cuadrático Medio Estandarizado), siendo en ambos aceptables valores por debajo de .80; NFI (Índice de Ajuste Normalizado), GFI (Índice de Bondad de Ajuste) y CFI (Índice de Ajuste Comparado), siendo aceptables los valores de .90 o superiores.

Además, se llevó a cabo un análisis de invarianza mediante tres modelos anidados para verificar la igualdad del modelo en diferentes grupos. La invarianza

se evaluó mediante diferencias en los test de χ^2, aplicando el criterio de Cheung y Rensvold (2002), donde diferencias superiores a .01 en los valores de CFI son indicadores de no-invarianza.

Por último, se optó por calcular el índice de fiabilidad compuesto para evaluar la fiabilidad, ya que este análisis tiene en cuenta la presencia de multidimensionalidad, al tener en cuenta las cargas factoriales y la varianza de error de cada ítem en los modelos de ecuaciones estructurales (Dunn et al., 2014), a diferencia del Alfa de Cronbach (α), que es un tipo de análisis más apropiado cuando los ítems miden un único constructo o dimensión. Además, se obtuvieron valores alfa para poder comparar con estudios anteriores. En cuanto a su interpretación, la fiabilidad compuesta y el α son similares, ya que se consideran aceptables los valores del índice superiores a .70 en contextos descriptivos o a .90 en pruebas selectivas (Prieto y Delgado, 2010).

En el segundo estudio se realizaron análisis descriptivos, con el fin de conocer los aspectos de fluidez, del comportamiento comunicativo, del lenguaje, de la cognición y de la actitud hacia la tartamudez, tanto de los alumnos con tartamudez participantes, como de su entorno.

En el tercer estudio, tras comprobar la normalidad de los datos, se realizó la prueba *t* de Student (t-test) para muestras independientes, para analizar las diferencias entre medias en todas las escalas de personalidad y dimensiones de autoconcepto evaluadas, entre los estudiantes con tartamudez y los sujetos del grupo de control. Para cuantificar la magnitud de las diferencias encontradas se empleó el tamaño del efecto (*d*) de Cohen, según el cual valores entre .20 y .50 indican una magnitud pequeña, entre .50 y .79 una magnitud moderada, y valores iguales o superiores a 0.80 significan un gran tamaño del efecto.

Para analizar las pautas de variación común entre personalidad y autoconcepto se empleó el coeficiente de Pearson. En cuanto al análisis de regresión, se usó el método por pasos para determinar la contribución de las diferentes variables independientes (escalas de personalidad) en la explicación de las variables dependientes (dimensiones de autoconcepto).

Para la realización de todos esos análisis se empleó el paquete informático IBM SPSS Statistics para Windows (versión 27), y en todo caso se consideró un nivel de significación estadística del 5% ($p \leq 0,05$).

V – RESULTADOS

V - RESULTADOS

5.1. ESTUDIO 1. ADAPTACIÓN Y PROPIEDADES DE MEDIDA DEL SELF-DESCRIPTION QUESTIONNAIRE II - ABREVIADO (SDQ-II-S)

5.1.1. Introducción

El autoconcepto es un constructo fundamental que se relaciona con muchos aspectos positivos y negativos de la vida. Tiene un papel esencial en la adolescencia, por los importantes cambios biológicos, sociales y psicológicos que se producen en esa etapa, y es determinante en el ámbito académico. Para disponer de instrumentos apropiados para su evaluación, el objetivo del estudio fue analizar las propiedades de medida y adaptar la versión abreviada del Self-Description Questionnaire II (SDQ-II-S) en estudiantes españoles adolescentes.

5.1.2. Descriptivos del cuestionario

En primer lugar, los datos en todas las dimensiones del SDQ-II-S no siguen una distribución normal, según las pruebas de normalidad utilizadas ($p < 0.05$). Esto sugiere que es importante tener en cuenta la no normalidad de los datos al realizar análisis estadísticos posteriores y considerar el uso de métodos no paramétricos o técnicas estadísticas robustas que no dependan de la suposición de normalidad.

Los estadísticos descriptivos de cada ítem se muestran en la Tabla 6. Las medias de los ítems estuvieron en un rango entre 2.72 (DT= 1.61; ítem 7) y 5,45 (DT= 1.01; ítem 8). En relación a las dimensiones y sus descriptivos (Tabla 2), la media más alta se encontró en Relación con los padres (M= 5.14; DT= 1.00), mientras que la media más baja fue para Estabilidad Emocional (M= 3.05; DT= 1.12). Los datos no muestran una tendencia clara hacia una distribución específica en términos de asimetría y curtosis, podemos decir que la distribución de la muestra es aproximadamente simétrica y no muestra un sesgo significativo hacia la izquierda o hacia la derecha. Además, la distribución parece ser generalmente mesocúrtica.

En cuanto a su distribución, la mayor asimetría positiva se dio en el ítem 7 (.63) y la negativa fue para el ítem 41 (-2.28). Respecto a los índices de curtosis, el ítem 34 presenta el mayor valor negativo (-1.41), mientras que se observa el mayor valor positivo en el ítem 41 (4.45).

Tabla 6.Descriptivos

Ítem	Media	D.T.	Asimetría	Curtosis	Ítem	Media	D.T.	Asimetría	Curtosis
1	3.02	1.86	.28	-1.38	**27**	5.11	1.47	-1.64	1.54
2	4.17	1.54	-.52	-.61	**28**	3.09	1.73	.24	-1.20
3	4.64	1.31	-.84	.11	**29**	3.43	1.69	-.00	-1.20
4	5.15	1.02	-1.58	3.06	**30**	4.66	1.51	-.96	-.15
5	4.64	1.60	-1.00	-.11	**31**	4.12	1.51	-.51	-.65
6	3.96	1.65	-.26	-1.13	**32**	3.87	1.86	-.28	-1.34
7	2.71	1.61	.63	-.70	**33**	4.92	1.65	-1.36	.45
8	5.45	1.01	-2.09	4.26	**34**	3.57	1.86	-.09	-1.41
9	4.43	1.63	-.70	-.74	**35**	3.87	1.72	-.34	-1.10
10	3.62	1.73	-.09	-1.22	**36**	4.57	1.49	-.88	-.15
11	4.98	1.54	-1.46	.92	**37**	4.40	1.43	-1.00	.29
12	3.48	1.84	-.06	-1.38	**38**	3.30	1.75	.04	-1.31
13	4.32	1.62	-.65	-.65	**39**	3.81	1.69	-.28	-1.11
14	4.28	1.27	-.59	-.07	**40**	3.30	1.75	.12	-1.28
15	4.42	1.43	-.81	-.16	**41**	5.43	1.18	-2.28	4.45
16	4.28	1.79	-.65	-.94	**42**	4.12	1.56	-.56	-.65
17	4.08	1.66	-.52	-.86	**43**	5.12	1.40	-1.60	1.51
18	2.96	1.82	.43	-1.23	**44**	5.08	1.40	-1.53	1.35
19	5.05	1.30	-1.44	1.38	**45**	5.07	1.31	-1.53	1.68
20	4.11	1.54	-.45	-.78	**46**	4.93	1.55	-1.34	.60
21	4.59	1.65	-.97	-.25	**47**	3.72	1.68	-.26	-1.12
22	4.39	1.68	-.77	-.63	**48**	2.87	1.77	.47	-1.13
23	2.94	1.92	.39	-1.37	**49**	4.94	1.43	-1.39	1.04
24	4.23	1.49	-.56	-.54	**50**	5.09	1.38	-1.56	1.49
25	4.25	1.33	-.56	-.20	**51**	3.81	1.87	-.27	-1.39
26	4.74	1.61	-1.16	.13					

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las dimensiones

Dimensión	Ítems	Media	D.T.	Asimetría	Curtosis
Habilidades físicas	5, 16, 27, 38	4.33	1.32	-0.73	-0.31
Apariencia física	2, 13, 24, 35	4.14	1.358	-0.50	-0.61
Relaciones mismo sexo	11, 21*, 22**, 33, 43*, 44**, 49	4.90	1.11	-1.16	0.91
Relaciones sexo opuesto	10, 21**, 22*, 32, 43*, 44*	4.24	1.08	-0.46	-0.17
Sinceridad-veracidad	4, 15, 26, 37, 46, 51	4.57	0.93	-0.67	0.19
Relaciones con padres	8, 19, 30, 41	5.14	1.00	-1.46	1.87
Estabilidad emocional	7, 18, 29, 40, 48	3.05	1.12	0.33	-0.36
Verbal	6, 17, 28, 39, 47	3.73	1.30	-0.23	-0.75
Matemático	1, 12, 23, 34	3.25	1.61	0.17	-1.17
Académico general	9, 20, 31, 42	4.19	1.23	-0.35	-0.69
Autoestima	3, 14, 25, 36, 45, 50	4.65	0.96	-0.96	0.89

* Indica que los ítems se incluyen para saturar en el factor si se trata de una muestra de varones.

** Indica que los ítems se incluyen para saturar en el factor si se trata de una muestra de mujeres.

5.1.3. Análisis factorial confirmatorio (AFC)

Par analizar la validez de constructo se realizó un AFC, en base a la estructura factorial definida por Ellis et al. (2002) y Marsh et al. (2005). Este modelo específico contenía 1326 momentos de muestra diferentes, 193 parámetros para estimar y 1133 grados de libertad. El método utilizado para estimar los parámetros fue la máxima verosimilitud (MV) con bootstrap debido a una distribución multivariante no normal (Coeficiente de Mardia = 476.69, RC = 87.4).

El ajuste general del modelo fue: $\chi 2 = 2453.683$ ($p < .001$); $\chi 2/df = 2.16$; índice de bondad de ajuste (GFI) = .90; índice de ajuste comparativo (CFI) = .91; índice de

ajuste normalizado (NFI) = .95; error de aproximación de la raíz cuadrada media (RMSEA) = .040 (intervalo de confianza del 90%, .038–.042) y residuo cuadrado medio de la raíz (SMSR) = .05.

Tabla 8. Cargas Factoriales

Ítem	λ	δ	R^2	Ítem	λ	δ	R^2
1	.95	.09	.90	**27**	.65	.57	.42
2	.87	.24	.75	**28**	.63	.60	.39
3	.60	.64	.36	**29**	.53	.71	.28
4	.46	.78	.21	**30**	.77	.40	.59
5	.80	.36	.64	**31**	.86	.26	.73
6	.59	.65	.34	**32**	.34	.94	.05
7	.52	.72	.27	**33**	.58	.66	.33
8	.77	.40	.59	**34**	.56	.68	.31
9	.67	.55	.44	**35**	.73	.46	.53
10	.38	.85	.14	**36**	.63	.60	.39
11	.71	.49	.50	**37**	.69	.52	.47
12	.66	.56	.43	**38**	.54	.70	.29
13	.88	.22	.77	**39**	.80	.36	.64
14	.77	.40	.59	**40**	.31	.90	.09
15	.65	.57	.42	**41**	.63	.60	.39
16	.90	.19	.81	**42**	.79	.37	.62
17	.72	.48	.51	**43**	.40	.84	.16
18	.42	.82	.17	**44**	.45	.79	.20
19	.69	.52	.47	**45**	.40	.84	.16
20	.50	.75	.25	**46**	.35	.87	.12
21	.67	.55	.44	**47**	.78	.39	.60
22	.90	.19	.81	**48**	.81	.34	.65
23	.96	.07	.92	**49**	.79	.37	.62
24	.68	.53	.46	**50**	.55	.69	.30
25	.83	.31	.68	**51**	.53	.71	.28
26	.36	.87	.12				

Nota: λ = cargas factoriales; δ = error; R^2 = varianza

Las cargas factoriales fueron estadísticamente significativas (Tabla 9), cuyos valores oscilaron entre .31 (ítem 40, Relaciones sexo opuesto) y .96 (ítem 23, Matemático). El promedio de las cargas por dimensión fue: Habilidades físicas = .72; Apariencia física = .79; Relaciones mismo sexo = .64; Relaciones sexo opuesto = .50; Sinceridad-veracidad = .51; Relaciones con padres = .71; Estabilidad emocional = .51; Verbal = .70; Matemático = .78; Académico general = .70; Autoestima = .63.

Por último, indicar que se observan correlaciones significativas y positivas entre la mayoría de las dimensiones (Tabla 9), lo que sugiere que estas dimensiones están relacionadas en cierta medida en la muestra analizada. Las relaciones más altas se registraron entre Académico general y las dimensiones Verbal (r = .443) y Autoestima (r = .511). No obstante, hay que tener en cuenta que las correlaciones no implican causalidad, pero sugieren que ciertas características pueden estar asociadas entre sí en el contexto de esta muestra específica.

Tabla 9. Correlaciones entre dimensiones y fiabilidad compuesta

	HF	AF	RMS	RSO	SV	RP	EE	VER	MAT	AG	AE
HF	**.88**										
AF	.301**	**.92**									
RMS	.262**	.303**	**.84**								
RSO	.209**	.410**	.516**	**.70**							
SV	.003	.062	.044	.049	**.74**						
RP	.055	.146**	.233**	.142**	.196**	**.87**					
EE	.017	.085*	.239**	.104**	.107**	.179**	**.73**				
VER	.063	.080*	.092*	.034	.199**	.162**	.046	**.89**			
MAT	.175**	.075*	-.017	-.013	.124**	.101**	.072	.069	**.91**		
AG	.117**	.209**	.193**	.096**	.206**	.184**	.144**	.443**	.433**	**.76**	
AE	.384**	.572**	.372**	.330**	.159**	.321**	.338**	.285**	.377**	.511**	**.87**

Nota: HF= Habilidades Físicas; AF= Apariencia Física; RMS= Relaciones mismo sexo; RSO= Relaciones sexo opuesto; SV= Sinceridad-veracidad; RP= Relaciones con padres; EE= Estabilidad emocional; VER= Verbal; MAT= Matemático; AG= Académico general; AE= Autoestima.

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01; *. La correlación es significativa en el nivel 0,05.

5.1.4. Análisis de fiabilidad y validez convergente

En la Tabla 9, además de las correlaciones entre factores, se muestran los resultados obtenidos al respecto de la fiabilidad compuesta. Para este modelo, el mayor índice de fiabilidad se encontró para Apariencia física (.92) y el índice más bajo en Relaciones con el sexo opuesto (.70).

Para analizar la validez convergente se realizó un análisis de correlaciones entre las puntuaciones de autoeficacia (EAPESA) y las obtenidas en las diferentes dimensiones. Se registraron correlaciones estadísticamente significativas ($p < .001$), entre autoeficacia y Académico general ($r = .639$), Habilidades físicas ($r = .262$), Apariencia física ($r = .434$), Verbal ($r = .363$), Matemático ($r = .338$) y Autoestima ($r = .589$). No se encontraron correlaciones significativas con el resto de dimensiones.

5.1.5. Análisis de Invarianza

Se realizó un análisis de invarianza para verificar que el ajuste general del modelo era aplicable, independientemente del género. El análisis presentó la siguiente estructura: el Modelo 1 (modelo de configuración) es un modelo base sin restricciones en la estimación de parámetros en los diferentes grupos sobre los cuales se realizaron las comparaciones subsiguientes. En este tipo de modelo, los indicadores que definen la estructura de medición tienen la misma configuración entre los grupos seleccionados. El Modelo 2 especificó, además de la estructura factorial, la igualdad o invarianza de las cargas factoriales entre los grupos, y el Modelo 3 agregó las correlaciones y varianzas de los factores.

Las diferencias en los valores de CFI fueron inferiores a .01 tanto para el Modelo 2 ($\Delta CFI = -.004$) como para el Modelo 3 ($\Delta CFI = -.008$) en comparación con el Modelo 1. Por lo tanto, se establece la invarianza factorial entre hombres y mujeres. La Tabla 10 muestra los índices obtenidos para la invarianza.

Tabla 10. Invarianza de modelo por género

Modelo	χ^2	*gl*	*p*	NNFI	CFI	RMSEA	RMSEA 90% CI	$\Delta\chi^2$	Δgl	ΔCFI
1. Modelo de configuración	3977.10	2306	<.01	.779	.892	.032	.030-.033	--	--	--
2. Cargas factoriales invariantes	4104.57	2372	<.01	.772	.888	.032	.030-.033	127.4	66	.004
3. Correlaciones factoriales invariantes	4306.83	2459	<.01	.761	.881	.032	.031-.034	202.2	87	.008

Nota: χ^2 = chi-cuadrado; gl = grados de libertad; p= p valor; NNFI = índice de ajuste no normalizado de Bentler-Bonett ; CFI = índice de ajuste comparativo; RMSEA = error cuadrático medio de aproximación; CI = intervalo de confianza; Δ= diferencia entre valores.

5.2. ESTUDIO 2. ANÁLISIS DE LOS ESTUDIANTES CON TARTAMUDEZ

5.2.1. Introducción

El proceso de evaluación en nuestro estudio fue llevado a cabo con estudiantes adolescentes. La evaluación se realizó desde una perspectiva multidimensional destacando la importancia de considerar no sólo los aspectos evidentes de la tartamudez, intentado incluir aspectos de fluidez, pero también del comportamiento comunicativo, del lenguaje, de la cognición y de la actitud hacia la tartamudez, tanto de los sujetos que tartamudean como de su entorno.

En el análisis de la muestra de habla realizado a los sujetos con tartamudez de nuestro estudio hemos podido obtener unos resultados, que a continuación pasamos a analizar.

5.2.2. Análisis descriptivo

Los datos descriptivos han resultado de las distintas muestras de habla de los sujetos. Han sido tres muestras: la lectura de un texto, el lenguaje inducido a través de láminas y el lenguaje espontáneo.

En "Pausas inadecuadas", hay sujetos que no tuvieron ninguna pausa, mientras que el máximo de pausas fue de 5 en lectura, y el máximo de pausas entre las 3 muestras de habla fue de 10 pausas, con una media de 4.19 pausas por sujeto en las tres muestras de habla.

El "Interjecciones" fue similar, ya que el máximo fueron 6 en el lenguaje espontáneo, con un máximo entre las tres muestras de 8 interjecciones y una media por sujeto de 3.88 interjecciones en las tres muestras.

En cuanto a "Repetición de frases o partes de frases" encontramos un máximo de 8 en lenguaje inducido y 18 repeticiones en total por sujeto como máximo, con una media de 4.23 por sujeto entre las 3 muestras, al igual que el descriptivo "Repetición de palabras", con una media de 4.31 por sujeto.

Mención especial tienen "Repeticiones intrapalabra", tanto la repetición de sonidos como de sílabas, fueron los más numerosos de la muestra, y es lo que más se da en los sujetos evaluados, con un máximo de 25, y una media por sujeto de 12.96 en las tres muestras de habla.

La "Repetición de sílabas" es la disfluencia que más se produce en los sujetos evaluados, con bastante diferencia con respecto a las disfluencias que no son intrapalabra.

Las "Prolongaciones de sonidos" fueron otra las medidas, siendo realmente escasos con respecto a otros descriptores, con un máximo de 5 entre las tres muestras de habla y una media de 1.23 por sujeto.

En cuanto a los "Bloqueos", se consideró que medirlos era de vital importancia, y diferenciarlos en bloqueos con tensión evidente y sin tensión. El evaluador es la persona encargada de valorar este bloqueo y tenerlo en cuenta a la hora de contabilizarlo en el análisis de la muestra. Los "Bloqueos con tensión" fueron muchos más que los "Bloqueos sin tensión", y, sobre todo caben destacar

los "Bloqueos con tensión en el lenguaje espontáneo", con un máximo de 12 en algunos sujetos, estando la media en 2.38 en el lenguaje espontáneo, ya que hay bastante diferencia entre sujetos. Sin embargo, en los bloqueos sin tensión hay más similitud entre sujetos, ya que el máximo se encuentra en 4 y la media en 1.31 bloqueos por sujeto entre las tres muestras. El total máximo de bloqueos, tanto con tensión como sin tensión evidente en el rostro, o diferentes partes del cuerpo, ha sido de 23 con una media bastante considerable, que nos indica un aspecto evaluado bastante importante, por su valor en el análisis, con una media de 9.04 por sujeto en las tres muestras del habla.

Así, el elemento con más relevancia han sido las "Repeticiones intrapalabra", bien de sílaba o sonidos, y los "Bloqueos". Han sido las disfluencias más numerosas en todas las muestras del habla que se han llevado a cabo en la evaluación.

Estos han sido los síntomas más evidentes en la evaluación, las "Disfluencias típicas" han sido menos que las "Disfluencias atípicas", contabilizando un total de 5 disfluencias atípicas como mínimo por sujeto, y un máximo de 44, con una media de 23.23 disfluencias atípicas por sujeto evaluado entre las tres muestras de habla.

Tabla 11. Descriptivos

	Mínimo	*Máximo*	*Media*	*D.T.*
Pausas inadecuadas				
Lectura	0	5	1.50	1.556
Lenguaje inducido	0	3	1.46	.948
Lenguaje espontáneo	0	4	1.23	.908
Total	0	10	4.19	2.684
Interjecciones				
Lectura	0	3	.85	1.084
Lenguaje inducido	0	5	1.35	1.263
Lenguaje espontáneo	0	6	1.69	1.408
Total	0	8	3.88	2.643

Repetición de frases o partes de frases				
Lectura	0	6	1.73	1.754
Lenguaje inducido	0	8	1.27	1.756
Lenguaje espontáneo	0	4	1.23	1.142
Total	0	18	4.23	3.745
Repetición de palabras				
Lectura	0	3	1.46	1.240
Lenguaje inducido	0	4	.96	1.113
Lenguaje espontáneo	0	6	1.88	1.306
Total	0	10	4.31	2.881
Repetición de sonidos				
Lectura	0	4	1.65	1.384
Lenguaje inducido	0	3	1.81	.895
Lenguaje espontáneo	0	5	1.85	.967
Repetición de sílabas				
Lectura	0	7	2.85	2.461
Lenguaje inducido	0	5	1.62	1.359
Lenguaje espontáneo	0	9	3.19	2.623
Repeticiones intrapalabra				
Total	2	25	12.96	7.624
	Mínimo	*Máximo*	*Media*	*D.T.*
Prolongaciones				
Lectura	0	4	.58	1.301
Lenguaje inducido	0	1	.35	.485
Lenguaje espontáneo	0	2	.31	.736
Total	0	5	1.23	1.796
Bloqueos con tensión				
Lectura	0	6	1.04	1.562

Lenguaje inducido	0	7	.92	2.208
Lenguaje espontáneo	0	12	2.38	3.645
Bloqueos sin tensión				
Lectura	0	4	2.15	1.008
Lenguaje inducido	0	4	1.23	1.107
Lenguaje espontáneo	0	4	1.31	.970
Bloqueos				
Total	1	23	9.04	6.372
Disfluencias típicas				
Total	2	29	16.62	8.050
Disfluencias atípicas				
Total	5	44	23.23	13.477

La edad de comienzo se valoró a través del cuestionario sociodemográfico, y aunque es posible que la edad en la que comenzaron las disfluencias fuese anterior, se quiso constatar cuándo fueron conscientes los adolescentes de que estas disfluencias no eran errores propios de la evolución de la adquisición del lenguaje, es decir, cuándo los sujetos o sus familias fueron conscientes de que algo ocurría.

Tabla 12. Edad de comienzo

	Frecuencia	Porcentaje
5 años	4	15.4
6 años	8	30.8
7 años	12	46.2
9 años	1	3.8
10 años	1	3.8

Este dato ha sido importante para comprobar que los sujetos tienen bastantes años de convivencia con el trastorno, siendo conscientes de ello, por todo lo que

esto significa. Casi la mitad de los sujetos comenzó a ser consciente a los 7 años, 12 sujetos de los 26 sujetos evaluados, un 46.2% y un 30.8% a los 6 años, quedando un 15.4% en los 5 años. Únicamente 2 sujetos, un 7.6% fue consciente a los 9 y 10 años.

Tabla 13. Qué se hizo al detectarlo

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	2	7.7
Tratamiento en colegio	20	76.9
Tratamiento en especialista	4	15.4

Al ser conscientes de que algo ocurría, un 92.3% de los sujetos evaluados hicieron algo al detectarlo, un 76.9% recibió tratamiento en el colegio y un 15.4% fue a un especialista fuera de la institución escolar. Solo 2 sujetos, un 7.7% no hizo nada al respecto (Tabla 13). Esto significa que ya había cierta preocupación en los sujetos o las familias por el habla, lo que justifica la evaluación de otras variables diferentes a las disfluencias.

A pesar de ello, los sujetos manifiestan en su mayoría, un 65,4% que no les preocupa su habla, al contrario que 9 de los sujetos, un 34,6% que si manifestaban preocupación por el habla en el inicio de las disfluencias (Tabla 14).

Tabla 14. Preocupación por el habla

	Frecuencia	Porcentaje
No	17	65.4
Si	9	34.6

Una vez conscientes del problema, las disfluencias, a pesar del tratamiento apenas tuvieron una evaluación favorable, únicamente 2 sujetos, un 7.7% indican que mejoraron (Tabla 15). Sin embargo, un 65.4% dicen que se mantuvieron estables, y 7 sujetos, un 26.9%, expusieron que fueron a más, y que las disfluencias aumentaron con el paso del tiempo.

Tabla 15. Evolución de disfluencia

	Frecuencia	Porcentaje
Progresiva	7	26.9
Estable	17	65.4
Favorable	2	7.7

Al realizar la evaluación de los sujetos y obtener las muestras de habla, hay varios síntomas secundarios, diferentes a las disfluencias que se midieron, ya que no sólo se quiso controlar las disfluencias, sino también otros aspectos de la comunicación que ayudaran a comprender la compleja interacción de la influencia psicosocial y familiar, emocional y cultural de un sujeto en relación con la tartamudez.

Uno de estos síntomas fue comprobar si el sujeto mostraba tensión corporal al hablar, una tensión diferente a la que cualquier hablante puede mostrar al estar siendo sometido a una prueba de evaluación, por lo que, al realizar esta evaluación subjetiva, se intentó tener en cuenta esta apreciación, y señalar una tensión si esta era realmente significativa y evidente. Así, fueron 5 sujetos, un 19.2% los que mostraron una tensión leve al hablar, y 4 sujetos, un 15.4% una tensión moderada, teniendo en cuenta las tres muestras de habla, por lo que un 65.4% de los sujetos no mostró una tensión más alta de lo normal en una prueba como en la que estaban siendo evaluados (Tabla 16).

Tabla 16. Tensión corporal

	Frecuencia	Porcentaje
No	17	65.4
Leve	5	19.2
Moderada	4	15.4

Tabla 17. Movimientos asociados

	Frecuencia	Porcentaje
No	8	30.8
Manos	9	34.6
Cabeza	3	11.5
Brazos	1	3.8
Piernas	3	11.5
Varios	2	7.7

También se observaron los movimientos asociados al hablar (Tabla 17), en las tres muestras de habla, y en un 69.2% se dieron estos movimientos, especialmente de manos, en un 34.6%, 9 sujetos, el resto tuvieron movimientos de cabeza, brazos, piernas u otras partes del cuerpo.

Uno de los aspectos que nos interesaba, era conocer si los sujetos de la muestra, en el lenguaje espontáneo, mantenían el contacto visual con el interlocutor, en este caso con el evaluador de la prueba, y el resultado fue interesante pues un 61.5% evitaba el contacto visual, 16 sujetos apartaban la mirada al hablar (Tabla 18).

Tabla 18. Contacto visual

	Frecuencia	Porcentaje
No	16	61.5
Si	10	38.5

También se midió la velocidad en todas las muestras de habla (Tabla 19), tanto en la lectura, como en el lenguaje inducido y espontáneo, para realizar un diagnóstico diferencial con otros problemas de fluidez, y los resultados mostraron un 80.7% de los sujetos han tenido una velocidad normal o baja al hablar, únicamente 5 sujetos han mostrado una velocidad alta al hablar.

Tabla 19. Velocidad

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	3	11.5
Normal	18	69.2
Alta	5	19.2

En los modelos explicativos de la tartamudez, uno de los aspectos que se relacionan con esta, es la posibilidad de que el sujeto tenga antecedentes familiares. En nuestra muestra (Tabla 20), un amplio porcentaje, un 48.5% tiene un familiar, tres o cuatro familiares, que tienen o han tenido tartamudez. Este es un dato que podría ser mayor, ya que los sujetos, pueden tener familiares de los que desconozcan su tartamudez.

Tabla 20. Antecedentes familiares

	Frecuencia	Porcentaje
No	16	61.5
Un familiar	3	11.5
Tres familiares	4	15.4
Cuatro familiares	3	11.5

Uno de los elementos que queríamos controlar en nuestro estudio, ha sido en qué tipo de circunstancias para los sujetos de la muestra, su tartamudez se hace evidente, con los síntomas que ellos ya conocen, y que reflejan el trastorno. Se indagó sobre cuándo, cómo y con quién tartamudean más (Tabla 21). Los resultados mostraron que los sujetos con quién más tartamudean es con los desconocidos, con un 69.2%, 18 sujetos, seguidamente con los amigos, en un 53.8%, posteriormente con los profesores, con los que dicen tartamudear 11 sujetos, un 42.3% de la muestra, y finalmente con los familiares, con los que menos cometen disfluencias según los propios sujetos de la muestra, en un 30.8%, 8 sujetos.

Tabla 21. Circunstancias especiales

		Frecuencia	Porcentaje
Con familiares	*No*	18	69.2
	Si	8	30.8
Con amigos	*No*	12	46.2
	Si	14	53.8
Con desconocidos	*No*	8	30.8
	Si	18	69.2
Con profesores	*No*	15	57.7
	Si	11	42.3
Al teléfono	*No*	20	76.9
	Si	6	23.1
Al hablar en público	*No*	1	3.8
	Si	25	96.2
Al leer en grupo	*No*	0	0
	Si	26	100.0
Estando nervioso	*No*	0	0
	Si	26	100.0
Al hacer mandados	*No*	13	50.0
	Si	13	50.0

Otro de los puntos que en la evaluación se quiso controlar, fueron los momentos de más disfluencias, cuándo y cómo los sujetos de la muestra sienten que su tartamudez es más evidente, cometen más disfluencias y suceden los síntomas secundarios por su tartamudez. Así, todos los sujetos confirmaron que al leer en grupo y/o estando nervioso tienen disfluencias, al igual que al hablar en público, donde 25 de los 26 sujetos (96.2%), dijeron sentirse con un habla con más disfluencias. Sin embargo, solamente un 23.1% afirmaron cometer disfluencias al hablar por teléfono. Y la mitad de los sujetos, un 50% expresan problemas al hablar

cuando realiza algún tipo de mandado, entendiendo esto, como la acción que hacen por petición expresa de otra persona, y que requiere la interacción con otras personas.

Un aspecto fundamental fue intentar que la evaluación no fuera una mera recogida de muestras de habla, y por ello se intentó profundizar en la evaluación considerando que las emociones están relacionadas con la tartamudez y se deben valorar como una parte de la sintomatología, ya que a menudo constituyen parte del problema de la tartamudez. Para ellos se preguntó a los sujetos qué emoción sienten al hablar, especialmente al cometer disfluencias, al sentir su tartamudez (Tabla 22). La gran mayoría de los sujetos, un 73.1% afirmó sentir vergüenza al hablar, y ello podría originarle conductas de evitación. También, un alto porcentaje del 57.7%, 15 sujetos, sienten frustración al hablar, mientras que un 50% dijeron que hablar les ocasionaba ansiedad. Sin embargo, ninguno de los sujetos evaluados afirmó sentir culpa, o sentirse culpable por su tartamudez.

Tabla 22. Emociones durante la disfluencia

		Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	*No*	13	50.0
	Si	13	50.0
Frustración	*No*	11	42.3
	Si	15	57.7
Culpa	*No*	26	100.0
	Si	0	0
Vergüenza	*No*	7	26.9
	Si	19	73.1

Todas esas emociones que los estudiantes afirmaron sentir, les pueden originar actuar de una forma u otra, y por ello se quiso conocer, qué hacen para no cometer disfluencias, qué hacen para no sentirse como se sienten, si es que realizan algo especial para intentar hablar fluido.

La técnica de control más utilizada por los sujetos de la muestra (Tabla 23) es hablar más despacio, 17 sujetos, ya que un 65.4% dijo controlar la velocidad de su habla, pronunciando más despacio para no cometer errores, algo que encaja con el resultado extraído de la técnica de control de hablar más deprisa, la cual solo un 19.2% dice utilizarla. Otra técnica de control de la tartamudez muy empleada, concretamente por 16 sujetos (61.5% de los evaluados, es no mirar a su interlocutor cuando interactúa, mientras que un 53.5% realiza conductas de evitación, e intenta no hablar salvo que sea necesario.

Tabla 23. Técnicas de control

		Frecuencia	**Porcentaje**
Hablar más deprisa	*No*	21	80.8
	Si	5	19.2
Hablar más despacio	*No*	9	34.6
	Si	17	65.4
Intentar no hablar	*No*	12	46.2
	Si	14	53.8
No mirar	*No*	10	38.5
	Si	16	61.5

Finalmente, se valoró el tipo de reacción del entorno del sujeto con tartamudez, cómo reaccionan sus interlocutores cuando el sujeto comete disfluencias o bloqueos (Tabla 24). En la mayor parte de las interacciones, los interlocutores se limitan a escuchar al sujeto mientras habla, concretamente, los hermanos en el 100% de los casos, los profesores en un 80.8%, los compañeros en un 73.1% y los padres en un 69.2%. Esta es la reacción principal, pero hay otro tipo de reacciones en el entorno dónde los sujetos evaluados interactúan. Así, el 19.2% de los sujetos dicen que sus compañeros los corrigen al hablar, y un 7.7% dice que se ríen cuando los escuchan hablar. También los padres, en un 15.4%, y los profesores en un 19.2%, corrigen el habla de los sujetos que tartamudean al cometer

disfluencias. Además, los padres realizan algún comentario al respecto del habla en un 15.4% de los casos, intentando con este comentario ayudar a su hijo/a.

Tabla 24. Reacción de los otros

		Frecuencia	Porcentaje
Padres	*Escuchan*	18	69.2
	Comentan	4	15.4
	Corrigen	4	15.4
Hermanos	*Escuchan*	26	100
Profesores	*Escuchan*	21	80.8
	Corrigen	5	19.2
Compañeros	*Escuchan*	19	73.1
	Corrigen	5	19.2
	Ríen	2	7.7

5.3. ESTUDIO 3. TARTAMUDEZ, AUTOCONCEPTO Y PERSONALIDAD

5.3.1. Introducción

El objetivo del tercer estudio fue analizar las diferencias y relaciones entre las dimensiones del autoconcepto y los rasgos de personalidad. Para ello se realizaron análisis mediante la prueba T de Student para el examen de las diferencias entre estudiantes, y análisis de correlaciones y de regresión, por un lado, a los alumnos del grupo control (n= 540), y por otro, a los estudiantes con tartamudez (n= 26).

5.3.2. Diferencias entre grupos

Se efectuó un contraste de medias para analizar las posibles diferencias entre el grupo control y los estudiantes con tartamudez en los factores de personalidad (Tabla 25).

Entre todas, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con una magnitud moderada, en la escala primaria Afabilidad del 16PF-APQ (t_{564}= 2.699, p< .01, d= 0.539). En el mismo el grupo control presenta un promedio superior (M= 11.28, DT= 3.081) que los alumnos con tartamudez (M= 9.62, DT= 2.913).

Tabla 25. Análisis de diferencias en personalidad entre estudiantes del grupo control y con tartamudez

	Grupo control		**Estudiantes con tartamudez**		***t***	***p***
	M	*DT*	*M*	*DT*		
A	11.28	3.081	9.62	2.913	2.699	.007
B	7.40	1.797	6.88	1.451	1.440	.150
C	9.68	3.112	9.73	2.822	-0.079	.937
E	9.37	3.117	8.85	2.922	0.840	.401
F	12.04	3.189	11.00	3.429	1.620	.106
G	9.12	2.764	9.35	3.405	-0.406	.685
H	10.26	3.074	10.15	4.125	0.168	.867
I	9.63	3.229	10.88	3.912	-1.605	.120
L	8.23	2.563	7.92	2.813	0.593	.553
M	6.42	1.817	6.15	1.461	0.741	.459
N	7.86	2.942	7.69	3.484	0.286	.775
O	8.86	2.942	8.69	3.484	0.246	.808
Q1	10.26	3.074	10.15	4.125	0.168	.867
Q2	5.04	2.666	5.31	3.450	-0.498	.619
Q3	10.79	2.884	11.35	3.346	-0.955	.340
Q4	9.86	3.245	9.58	3.466	0.407	.687

Nota: A= Afabilidad; B= Razonamiento; C= Estabilidad emocional; E= Dominancia; F= Animación; G= Atención a las normas; H= Atrevimiento; I= Sensibilidad; L= Vigilancia; M= Abstracción; N= Privacidad; O= Aprensión; Q1= Apertura al cambio; Q2= Autosuficiencia; Q3= Perfeccionismo; Q4= Tensión.

También se realizó el mismo análisis para examinar las diferencias de autoconcepto entre el grupo control y los estudiantes con tartamudez (Tabla 26). En este caso se registraron más diferencias entre grupos.

En Habilidades físicas (t_{564}= 4.531, p< .001, d= 0.909), Apariencia física (t_{564}= 4.331, p< .001, d= 0.920), Relaciones con el mismo sexo (t_{564}= 3.891, p< .001, d= 0.781), Relaciones con el sexo opuesto (t_{564}= 4.230, p< .001, d= 0.847), y Autoestima (t_{564}= 4.914, p< .001, d= 0.984), los estudiantes del grupo control presentaron promedios superiores respecto a los alumnos con tartamudez. En todos los casos la magnitud de las diferencias fue alta.

Tabla 26. Análisis de diferencias en autoconcepto entre estudiantes del grupo control y con tartamudez

	Grupo control		**Estudiantes con tartamudez**		***t***	***p***
	M	*DT*	*M*	*DT*		
HF	16.71	5.188	11.96	5.896	4.531	.000
AF	15.61	5.005	10.96	5.891	4.331	.000
RMS	25.36	5.266	21.19	6.548	3.891	.000
RSO	18.02	4.479	14.23	4.150	4.230	.000
SV	27.10	5.656	26.73	5.525	0.325	.745
RP	20.78	3.923	21.77	3.290	-1.267	.206
EE	15.86	5.583	16.62	6.481	-.673	.501
V	19.90	6.539	19.19	6.080	.541	.589
M	11.66	6.109	13.58	6.198	-1.559	.119
AG	16.36	5.160	15.92	5.677	.419	.675
AE	28.57	5.301	23.31	5.931	4.914	.000

Nota: HF= Habilidades físicas; AF= Apariencia física; RMS= Relaciones mismo sexo; RSO= Relaciones sexo opuesto; SV= Sinceridad-veracidad; RP= Relaciones con padres; EE= Estabilidad emocional; VER= Verbal; MAT= Matemático; AG= Académico general; AE= Autoestima.

5.3.3. Análisis de relaciones

En primer lugar, se analizan las correlaciones entre autoconcepto y personalidad en los estudiantes del grupo de control. Como se puede comprobar en la tabla 27 existen numerosas correlaciones estadísticamente significativas entre escalas, si bien la gran mayoría son de pequeña magnitud.

Tabla 27. Análisis de correlaciones: Estudiantes del grupo control

	HF	AF	RMS	RSO	SV	RP	EE	V	M	AG	AE
A	.202**	.200*	.238**	.201**	.052	.201**	.068	.117**	-.052	.121**	.047
B	-.154**	-.149**	-.048	.005	-.073	-.042	.036	.072	.299*	.310**	.079
C	.216**	.214**	.164**	.139**	.166**	.260**	.419**	.135**	.169**	.234**	.418**
E	.098*	.095*	-.018	-.078	-.099	-.085	.104*	-.085	.074	.115**	.150**
F	.197**	.193**	.108	.186**	-.106*	-.167**	-.167**	.097	-.181**	.063	.091*
G	.118**	.115**	-.017	.016	-.260**	.280**	.301**	.305**	.309**	.350**	.276**
H	.185**	.180**	.289**	.283**	.105*	.235**	.321**	.109*	.023	.171**	.340**
I	.086	.089	-.068	-.108*	.204**	.037	.055	.322**	.054	.073	.034
L	.042	.040	-.143**	-.070	.050	-.089	.086	-.025	.011	.026	.021
M	-.154**	-.155**	-.048	-.048	.073	.042	.036	.072	.189**	.172**	.029
N	-.183**	-.180**	-.170**	.021	-.101*	-.200**	-.262**	-.152**	.083	-.216**	-.324**
O	-.184**	-.183**	-.172**	.029	.049	-.204**	-.362**	-.162**	-.080	-.277**	-.354**
Q1	-.185**	186**	.289**	.283**	.105*	.160**	.321**	.109*	.010	.146**	.236**
Q2	-.300**	-.302**	-.316**	-.364**	-.038	-.082	.035	.052	.179**	-.074	-.191**
Q3	.072	.075	-.037	.024	.357**	-.164**	.171**	.175**	.315**	.302**	.152**
Q4	-.058	-.053	-.030	-.075	-.117**	-.076	-.393**	.017	-.052	-.162**	-.262**

Nota: HF= Habilidades físicas; AF= Apariencia física; RMS= Relaciones mismo sexo; RSO= Relaciones sexo opuesto; SV= Sinceridad-veracidad; RP= Relaciones con padres; EE= Estabilidad emocional; VER= Verbal; MAT= Matemático; AG= Académico general; AE= Autoestima; A= Afabilidad; B= Razonamiento; C= Estabilidad emocional; E= Dominancia; F= Animación; G= Atención a las normas; H= Atrevimiento; I= Sensibilidad; L= Vigilancia; M= Abstracción; N= Privacidad; O= Aprensión; Q1= Apertura al cambio; Q2= Autosuficiencia; Q3= Perfeccionismo; Q4= Tensión.
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01; *. La correlación es significativa en el nivel 0,05.

Entre todas, destacan las correlaciones positivas y de magnitud moderada, entre: la dimensión Estabilidad emocional de autoconcepto y el factor de personalidad Estabilidad emocional (r= -.419); entre Autoestima y Estabilidad emocional (r= .418); entre Académico General y Razonamiento (r= .310); entre el factor Atención a las normas y las dimensiones Estabilidad emocional (r= .301), Verbal (r= .305), Matemático (r= .309) y Académico general (r= .350); entre el factor Atrevimiento y las dimensiones Estabilidad emocional (r= .321) y Autoestima (r= .340); entre Sensibilidad y Verbal (r= .322); entre Apertura al cambio y Estabilidad emocional (r= .321); y entre Perfeccionismo y las dimensiones Sinceridad-veracidad (r= .357), Matemático (r= .315) y Académico general (r= .364).

Por otra parte, se hallaron correlaciones negativas y de magnitud moderada, entre: el factor Privacidad y la dimensión Autoestima (r= -.324); entre Aprensión y Estabilidad emocional (r= -.362) y Autoestima (r= -.354); entre Autosuficiencia y las dimensiones Habilidades físicas (r= -.300), Apariencia física (r= -.302), Relaciones con el mismo sexo (r= -.316), y Relaciones con el sexo opuesto (r= -.354); y entre Tensión y Estabilidad Emocional (r= -.393).

A continuación, se analizaron las correlaciones entre autoconcepto y personalidad en los estudiantes con tartamudez.

Como se puede observar en la tabla 28 son numerosas las correlaciones estadísticamente significativas existentes. Por su magnitud moderada destacan correlaciones positivas entre: el factor Afabilidad y las dimensiones de autoconcepto Relaciones con el mismo sexo (r= .470), Relaciones con el sexo opuesto (r= .523), Relaciones con los padres (r= .541), Estabilidad emocional (r= .661), y Autoestima (r= .521); entre Estabilidad emocional y Sinceridad-veracidad (r= .486); entre el factor Dominancia y las dimensiones Relaciones con el mismo sexo (r= .484) y Matemático (r= .405); entre Atención a las normas y las dimensiones Sinceridad-veracidad (r= .647), Estabilidad emocional (r= .425), Verbal (r= .516), Académico general (r= .437), y Autoestima (r= .514); entre Atrevimiento y Relaciones con el mismo sexo (r= .484), Relaciones con el sexo opuesto (r= .523), y Estabilidad emocional (r= .661); entre Apertura al cambio y Relaciones con el sexo opuesto (r= .561) y Estabilidad emocional (r= .544); entre Perfeccionismo y las dimensiones Relaciones con el mismo sexo (r= .402), Sinceridad-veracidad (r= .506), Relaciones con los padres (r= .583), Estabilidad emocional (r= .698), y Académico

general (r= .443); y entre Tensión y Habilidades físicas (r= .404) y Apariencia física (r= .399).

Tabla 28. Análisis de correlaciones: Estudiantes con tartamudez

	HF	AF	RMS	RSO	SV	RP	EE	V	M	AG	AE
A	-.099	-.089	.470*	.523**	.210	.541**	.661**	.132	.135	.380	.521**
B	-.102	-.099	-.060	-.160	.278	-.295	.150	.199	.343	.305	.111
C	.223	.271	-.022	.148	.486*	.241	.744**	.091	.172	.260	.299
E	.108	.108	.484*	.199	-.124	.255	.083	-.437*	.405*	.083	-.092
F	.090	.069	.089	.186	.055	.248	.066	-.129	.189	-.193	.033
G	.015	-.017	.116	.156	.647**	.180	.425*	.516**	.022	.437*	.514**
H	-.087	-.048	.666**	.561**	.146	.729**	.544**	-.305	.192	.251	.207
I	.321	.307	-.206	-.215	.209	-.207	.058	.701**	-.331	.036	.241
L	-.342	-.323	-.230	-.261	-.017	-.264	-.119	-.373	.012	.102	-.635**
M	-.122	-.116	-.060	-.160	.278	-.295	-.303	-.078	.143	.096	-.111
N	.050	.042	-.554**	-.219	-.596**	-.773**	-.454*	-.072	.056	-.318	-.409*
O	.098	.082	-.553**	-.211	-.576**	-.742**	-.463*	-.082	.077	-.301	-.429*
Q1	.100	.090	-.662**	.561**	.146	.730**	.544**	-.305	.192	.251	.207
Q2	-.190	-.179	-.470*	-.088	-.016	-.595**	-.152	-.061	-.019	.300	-.525**
Q3	-.213	-.201	.402*	.348	.506**	.583*	.698**	.160	-.224	.443**	.183
Q4	.404*	.399*	-.405*	.085	-.337	-.416*	-.453*	-.174	-.532**	-.512**	-.212

Nota: HF= Habilidades físicas; AF= Apariencia física; RMS= Relaciones mismo sexo; RSO= Relaciones sexo opuesto; SV= Sinceridad-veracidad; RP= Relaciones con padres; EE= Estabilidad emocional; VER= Verbal; MAT= Matemático; AG= Académico general; AE= Autoestima; A= Afabilidad; B= Razonamiento; C= Estabilidad emocional; E= Dominancia; F= Animación; G= Atención a las normas; H= Atrevimiento; I= Sensibilidad; L= Vigilancia; M= Abstracción; N= Privacidad; O= Aprensión; Q1= Apertura al cambio; Q2= Autosuficiencia; Q3= Perfeccionismo; Q4= Tensión.
**. La correlación es significativa en el nivel 0.01; *. La correlación es significativa en el nivel 0.05.

También se registraron correlaciones negativas y de magnitud moderada entre: Dominancia y Verbal (r= -.437); entre Vigilancia y Autoestima (r= -.635); entre el factor Privacidad y las dimensiones Relaciones con el mismo sexo (r= -.554), Sinceridad-veracidad (r= -.596), Estabilidad emocional (r= -.454), y Autoestima (r= -.409); entre Aprensión y las dimensiones Relaciones con el mismo sexo (r= -.553),

Sinceridad-veracidad (r= -.576), Estabilidad emocional (r= -.463), y Autoestima (r= -.429); entre Apertura al cambio y Relaciones con el mismo sexo (r= -.662); entre Autosuficiencia y las dimensiones Relaciones con el mismo sexo (r= -.470), Relaciones con los padres (r= -.595), y Autoestima (r= -.525); y entre el factor Tensión y las dimensiones Relaciones con el mismo sexo (r= -.405), Relaciones con los padres (r= -.416), Estabilidad emocional (r= -.453), Matemático (r= -.523) y Académico general (r= -.512).

Por último, las correlaciones fueron positivas y de elevada magnitud entre la dimensión de autoconcepto Estabilidad emocional y el factor de personalidad Estabilidad emocional (r= .744), entre Relaciones con los padres y los factores Atrevimiento (r= .729) y Apertura al cambio (r= .730), y las correlaciones fueron negativas, y de gran magnitud, entre esa misma dimensión de Relaciones con los padres y los factores Privacidad (r= -.773), y Aprensión (r= -.742). También se halló una correlación elevada y directa entre Verbal y Sensibilidad (r= .701).

5.3.4. Análisis de regresión

Se realizó un análisis de regresión para predecir las dimensiones de autoconcepto a partir de los rasgos de personalidad.

En primer lugar, se analizaron los estudiantes del grupo de control, cuyos resultados aparecen en la Tabla 29. Autosuficiencia (β= -.307) fue el principal predictor de Habilidades físicas. Predijo el 10% de la varianza de Habilidades físicas (R^2= .10, R^2 ajustado= .10, F(1, 538)= 56.170, p< .001), y junto con Animación y Perfeccionismo (β= -.207) explicaron el 20% de la varianza de la Habilidades físicas (R^2= .20, R^2 ajustado= .19, F(3, 536)= 40.316, p< .001).

Respecto a Apariencia física, también Autosuficiencia (β= -.305) fue su principal predictor, el 14% de la varianza (R^2= .14, R^2 ajustado= .14, F(1, 538)= 53.098, p< .001). Junto con Animación explicaron el 18% de la varianza de la Habilidades físicas (R^2= .18, R^2 ajustado= .18, F(2, 537)= 44.185, p< .001).

En Apariencia física, también Autosuficiencia fue su principal predictor, el 14% de la varianza (R^2= .14, R^2 ajustado= .14, F(1, 538)= 53.098, p< .001). Junto con Animación explicaron el 18% de la varianza de Habilidades físicas (R^2= .18, R^2 ajustado= .18, F(2, 537)= 44.185, p< .001).

Del mismo modo, Autosuficiencia (β= -.308) es el principal predictor de Relaciones con el mismo sexo, prediciendo un 14% de varianza (R^2= .14, R^2 ajustado= .14, F(1, 538)= 57.188, p< .001). En el cuarto modelo, Autosuficiencia, Apertura al cambio, Afabilidad y Privacidad predijeron el 18% de la varianza (R^2= .19, R^2 ajustado= .18, F(4, 535)= 28.683, p< .001). También Autosuficiencia (β= -.404) fue el principal predictor de la variable dependiente Relaciones con el sexo opuesto, 17% de la varianza (R^2= .18, R^2 ajustado= .17, F(1, 538)= 104.965, p< .001). En el último modelo, Autosuficiencia, Atrevimiento, Animación y Dominancia (β= -.084) dieron cuenta del 23% de la varianza en esa dimensión (R^2= .24, R^2 ajustado= .23, F(4, 535)= 37.305, p< .001).

En Sinceridad-Veracidad, Perfeccionismo fue el principal predictor, 13% de la varianza (R^2= .13, R^2 ajustado= .13, F(1, 538)= 76.492, p< .001). El quinto modelo incluye los factores Perfeccionismo, Atención a las normas, Atrevimiento, Sensibilidad y Tensión (β= -.102), explicando el 19% de la varianza de Sinceridad-Veracidad (R^2= .20, R^2 ajustado= .19, F(5, 534)= 22.995, p< .001).

Estabilidad emocional fue el principal predictor de Relación con los padres, prediciendo el 14% de la varianza (R^2= .14, R^2 ajustado= .14, F(1, 538)= 82.687, p< .001). En el Modelo 5 se introducen además Animación (β= -.181), Atención a las normas, Dominancia (β= -.089) y Atrevimiento, y en conjunto explicaron el 21% de la varianza (R^2= .21, R^2 ajustado= .21, F(5, 534)= 28.273, p< .001).

Atendiendo a la dimensión de autoconcepto Estabilidad emocional, Tensión (β= -.385) fue el predictor principal (β= -.385), y predijo el 15% de la varianza (R^2= .15, R^2 ajustado= .15, F(1, 538)= 93.896, p< .001). Tensión, junto a Estabilidad emocional, Apertura al cambio y Animación (β= -.120), explicaron el 25% de la varianza de Estabilidad emocional (R^2= .26, R^2 ajustado= .25, F(4, 535)= 43.679, p< .001).

De la dimensión Verbal, Sensibilidad fue el principal predictor, 8% de la varianza (R^2= .09, R^2 ajustado= .08, F(1, 538)= 45.435, p< .001), y junto a Perfeccionismo y Atrevimiento alcanzan el 15% de varianza explicada (R^2= .15, R^2 ajustado= .15, F(3, 536)= 27.379, p< .001). En la dimensión de autoconcepto Matemático, Perfeccionismo predijo el 8% de la varianza (R^2= .08, R^2 ajustado= .08, F(1, 538)= 42.298, p< .001). El modelo integrado por Perfeccionismo, Atención a las

normas y Abstracción predijeron el 15% (R^2= .15, R^2 ajustado= .15, F(3, 536)= 29.977, p< .001).

Respecto a la dimensión Académico General, Atención a las normas fue el principal predictor, concretamente, un 7% de varianza (R^2= .08, R^2 ajustado= .08, F(1, 538)= 43.622, p< .001). En el último modelo, junto a Razonamiento y Abstracción predijeron el 16% de la varianza de autoconcepto Académico General (R^2= .16, R^2 ajustado= .16, F(3, 536)= 27.976, p< .001).

En la última dimensión, Autoestima, el factor de personalidad Estabilidad emocional fue el predictor principal, ya que predijo el 16% de la varianza (R^2= .17, R^2 ajustado= .16, F(1, 538)= 96.081, p< .001). El modelo compuesto por Estabilidad emocional, Privacidad (β= -.198), Autosuficiencia (β= -.193) y Sensibilidad predijeron el 26% de la varianza de Autoestima (R^2= .27, R^2 ajustado= .26, F(4, 535)= 43.655, p< .001).

Tabla 29. Análisis de regresión: Grupo de control

	Predictores	***B***	***EE***	***β***	***t***	***p***
VD: Habilidades físicas						
Modelo 1	Constante	19.725	.455		43.364	.000
	Autosuficiencia	-.598	.080	-.307	-7.495	.000
Modelo 2	Constante	14.949	.988		15.128	.000
	Autosuficiencia	-.510	.080	-.262	-6.409	.000
	Animación	.360	.066	.221	5.408	.000
Modelo 3	Constante	17.540	1.081		16.227	.000
	Autosuficiencia	-.495	.078	-.255	-6.380	.000
	Animación	.377	.065	.232	5.805	.000
	Perfeccionismo	-.365	.069	-.207	-5.302	.000
VD: Apariencia física						
Modelo 1	Constante	18.725	.455		41.166	.000
	Autosuficiencia	-.598	.080	-.305	-7.495	.000
Modelo 2	Constante	13.949	.988		14.116	.000
	Autosuficiencia	-.510	.080	-.262	-6.409	.000
	Animación	.360	.066	.221	5.408	.000
VD: Relaciones mismo sexo						
Modelo 1	Constante	28.415	.462		61.542	.000
	Autosuficiencia	-.607	.081	-.308	-7.496	.000

Modelo 2	Constante	23.673	.955		24.780	.000
	Autosuficiencia	-.481	.082	-.243	-5.862	.000
	Apertura al cambio	.400	.071	.233	5.623	.000
Modelo 3	Constante	20.728	1.194		17.363	.000
	Autosuficiencia	-.396	.084	-.200	-4.739	.000
	Apertura al cambio	.319	.073	.186	4.371	.000
	Afabilidad	.297	.074	.174	4.017	.000
Modelo 4	Constante	22.535	1.472		15.305	.000
	Autosuficiencia	-.408	.083	-.207	-4.886	.000
	Apertura al cambio	.268	.077	.157	3.498	.001
	Afabilidad	.296	.074	.173	4.021	.000
	Privacidad	-.155	.074	-.087	-2.084	.038
VD: Relaciones sexo opuesto						
Modelo 1	Constante	21.441	.377		56.800	.000
	Autosuficiencia	-.679	.066	-.404	-10.245	.000
Modelo 2	Constante	17.878	.785		22.785	.000
	Autosuficiencia	-.583	.067	-.347	-8.665	.000
	Atrevimiento	.300	.058	.206	5.144	.000
Modelo 3	Constante	16.345	.999		16.359	.000
	Autosuficiencia	-.557	.068	-.332	-8.215	.000
	Atrevimiento	.276	.059	.189	4.675	.000
	Animación	.137	.056	.098	2.460	.014
Modelo 4	Constante	17.018	1.045		16.290	.000
	Autosuficiencia	-.534	.069	-.318	-7.792	.000
	Atrevimiento	.297	.060	.204	4.980	.000
	Animación	.147	.056	.105	2.634	.009
	Dominancia	-.120	.056	-.084	-2.130	.034
VD: Sinceridad-Veracidad						
Modelo 1	Constante	19.634	.884		22.223	.000
	Perfeccionismo	.692	.079	.353	8.746	.000
Modelo 2	Constante	17.770	1.002		17.727	.000
	Perfeccionismo	.589	.083	.300	7.109	.000
	Atención a las normas	.327	.086	.160	3.783	.000
Modelo 3	Constante	16.243	1.182		13.744	.000
	Perfeccionismo	.575	.083	.293	6.962	.000
	Atención a las normas	.311	.086	.152	3.599	.000
	Atrevimiento	.177	.074	.096	2.411	.016
Modelo 4	Constante	14.633	1.302		11.239	.000
	Perfeccionismo	.511	.085	.260	5.998	.000
	Atención a las normas	.273	.087	.133	3.146	.002

	Atrevimiento	.233	.076	.127	3.085	.002
	Sensibilidad	.216	.075	.123	2.860	.004
Modelo 5	Constante	16.932	1.639		10.331	.000
	Perfeccionismo	.471	.087	.240	5.446	.000
	Atención a las normas	.274	.086	.134	3.176	.002
	Atrevimiento	.176	.079	.096	2.221	.027
	Sensibilidad	.261	.078	.149	3.366	.001
	Tensión	-.177	.077	-.102	-2.294	.022
VD: Relación con los padres						
Modelo 1	Constante	16.324	.514		31.734	.000
	Estabilidad emocional	.460	.051	.365	9.093	.000
Modelo 2	Constante	19.085	.749		25.470	.000
	Estabilidad emocional	.474	.050	.376	9.564	.000
	Animación	-.241	.048	-.196	-4.975	.000
Modelo 3	Constante	17.202	.877		19.624	.000
	Estabilidad emocional	.400	.052	.317	7.631	.000
	Animación	-.205	.049	-.166	-4.212	.000
	Atención a las normas	.238	.060	.168	3.997	.000
Modelo 4	Constante	18.055	.965		18.711	.000
	Estabilidad emocional	.422	.053	.335	7.917	.000
	Animación	-.199	.048	-.162	-4.112	.000
	Atención a las normas	.221	.060	.156	3.687	.000
	Dominancia	-.104	.050	-.083	-2.086	.037
Modelo 5	Constante	17.599	.983		17.909	.000
	Estabilidad emocional	.376	.057	.298	6.614	.000
	Animación	-.222	.049	-.181	-4.500	.000
	Atención a las normas	.219	.060	.155	3.672	.000
	Dominancia	-.112	.050	-.089	-2.254	.025
	Atrevimiento	.123	.055	.097	2.241	.025
VD: Estabilidad emocional						
Modelo 1	Constante	22.394	.710		31.527	.000
	Tensión	-.663	.068	-.385	-9.690	.000
Modelo 2	Constante	15.852	1.195		13.271	.000
	Tensión	-.485	.071	-.282	-6.831	.000
	Estabilidad emocional	.494	.074	.276	6.676	.000
Modelo 3	Constante	13.079	1.408		9.292	.000
	Tensión	-.415	.073	-.241	-5.689	.000
	Estabilidad emocional	.410	.077	.229	5.335	.000
	Apertura al cambio	.282	.078	.155	3.622	.000
Modelo 4	Constante	14.931	1.519		9.831	.000

	Tensión	-.400	.072	-.232	-5.520	.000
	Estabilidad emocional	.407	.076	.227	5.333	.000
	Apertura al cambio	.336	.079	.185	4.246	.000
	Animación	-.209	.068	-.120	-3.101	.002
VD: Verbal						
Modelo 1	Constante	14.457	.852		16.977	.000
	Sensibilidad	.565	.084	.279	6.741	.000
Modelo 2	Constante	10.574	1.152		9.176	.000
	Sensibilidad	.442	.086	.218	5.150	.000
	Perfeccionismo	.470	.096	.207	4.883	.000
Modelo 3	Constante	7.631	1.481		5.153	.000
	Sensibilidad	.510	.088	.252	5.801	.000
	Perfeccionismo	.418	.097	.184	4.322	.000
	Atrevimiento	.277	.089	.130	3.125	.002
VD: Matemático						
Modelo 1	Constante	5.492	.982		5.592	.000
	Perfeccionismo	.572	.088	.270	6.504	.000
Modelo 2	Constante	2.939	1.107		2.656	.008
	Perfeccionismo	.431	.091	.203	4.710	.000
	Atención a las normas	.447	.095	.202	4.690	.000
Modelo 3	Constante	4.872	1.163		4.188	.000
	Perfeccionismo	.534	.092	.252	5.777	.000
	Atención a las normas	.503	.094	.228	5.331	.000
	Abstracción	.369	.080	.195	4.634	.000
VD: Académico general						
Modelo 1	Constante	11.696	.738		15.856	.000
	Atención a las normas	.511	.077	.274	6.605	.000
Modelo 2	Constante	7.816	1.134		6.890	.000
	Atención a las normas	.518	.076	.277	6.802	.000
	Razonamiento	.515	.116	.181	4.448	.000
Modelo 3	Constante	10.635	1.309		8.124	.000
	Atención a las normas	.457	.076	.245	5.982	.000
	Razonamiento	.524	.114	.185	4.594	.000
	Abstracción	.297	.072	.169	4.136	.000
VD: Autoestima						
Modelo 1	Constante	22.148	.688		32.204	.000
	Estabilidad emocional	.663	.068	.389	9.802	.000
Modelo 2	Constante	26.382	1.098		24.032	.000

	Estabilidad emocional	.527	.072	.310	7.338	.000
	Privacidad	-.371	.076	-.206	-4.884	.000
Modelo 3	Constante	28.616	1.171		24.435	.000
	Estabilidad emocional	.493	.071	.289	6.960	.000
	Privacidad	-.377	.074	-.209	-5.063	.000
	Autosuficiencia	-.368	.076	-.185	-4.825	.000
Modelo 4	Constante	26.488	1.261		21.009	.000
	Estabilidad emocional	.401	.073	.235	5.484	.000
	Privacidad	-.356	.074	-.198	-4.846	.000
	Autosuficiencia	-.384	.075	-.193	-5.105	.000
	Sensibilidad	.322	.077	.168	4.182	.000

A continuación, se realizó un análisis de regresión de los estudiantes con tartamudez por separado. En la Tabla 30 pueden comprobarse los diferentes modelos que surgieron al analizar como variables dependientes las dimensiones de autoconcepto y los rasgos de personalidad como predictores. Respecto a las dimensiones Habilidades físicas y Apariencia física, el análisis no produjo ningún resultado.

En Relaciones con el mismo sexo, Apertura al cambio fue el principal predictor, explicando el 49% de la varianza (R^2= .51, R^2 ajustado= .49, F(1, 24)= 25.401, p< .001), y junto con Animación (β= -.309) predijeron el 58% de la varianza (R^2= .59, R^2 ajustado= .58, F(2, 23)= 16.591, p< .001). Respecto a la dimensión Relaciones con el sexo opuesto, Apertura al cambio también fue el predictor principal, concretamente, predijo el 33% de la varianza (R^2= .35, R^2 ajustado= .33, F(1, 24)= 13.546, p< .01). El modelo que integraban Apertura al cambio y Tensión predijeron hasta el 45% de la varianza (R^2= .48, R^2 ajustado= .45, F(2, 23)= 11.050, p< .001).

Atendiendo a Sinceridad-Veracidad, Atención a las normas fue su principal predictor, el 33% de la varianza (R^2= .35, R^2 ajustado= .33, F(1, 24)= 13.091, p< .01), junto con Autosuficiencia explicaron el 58% de la varianza de Sinceridad-Veracidad (R^2= .61, R^2 ajustado= .58, F(2, 23)= 18.108, p< .001).

Respecto a la dimensión Relación con los padres, Apertura al cambio fue el principal predictor, concretamente, un 59% de varianza (R^2= .60, R^2 ajustado= .59, F(1, 24)= 36.773, p< .001). En el segundo modelo, Apertura al cambio y Animación

(β= -.367), predijeron el 68% de la varianza de Relación con los padres (R^2= .70, R^2 ajustado= .68, F(2, 23)= 27.628, p< .001).

En la dimensión Estabilidad emocional, el rasgo de personalidad también denominado Estabilidad emocional fue su principal predictor, el 50% de la varianza (R^2= .52, R^2 ajustado= .50, F(1, 24)= 26.143, p< .001). El modelo que componen Estabilidad emocional, Afabilidad, Tensión (β= -.448) y Vigilancia (β= -.353) predijeron el 76% de la varianza (R^2= .79, R^2 ajustado= .76, F(4, 21)= 20.964, p< .001).

En las dimensiones académicas, Sensibilidad es el único factor predictor de la dimensión Verbal del autoconcepto, y predijo el 44% de la varianza (R^2= .46, R^2 ajustado= .44, F(1, 24)= 20.497, p< .001). En cuanto a autoconcepto Matemático, Tensión (β= -.478) fue el principal predictor, explicando el 20% de la varianza (R^2= .22, R^2 ajustado= .20, F(1, 24)= 7.103, p< .01). El último modelo, integrado por Tensión (β= -.998), Perfeccionismo (β= -.944), Razonamiento y Estabilidad emocional predijeron el 57% de la varianza en Matemático (R^2= .61, R^2 ajustado= .57, F(4, 21)= 9.368, p< .001). En la dimensión Académico general, en el primer modelo Tensión (β= -.557) predijo el 28% de la varianza (R^2= .31, R^2 ajustado= .28, F(1, 24)= 10.775, p< .01). En el segundo modelo, Tensión y Atención a las normas predijeron el 49% de la varianza (R^2= .51, R^2 ajustado= .49, F(2, 23)= 12.885, p< .001).

Respecto a Autoestima, Autosuficiencia (β= -.572) fue el principal predictor, y predijo el 30% de la varianza (R^2= .32, R^2 ajustado= .30, F(1, 24)= 11.653, p< .01). En el último modelo, Autosuficiencia (β= -.271), Animación (β= -.465), Vigilancia (β= -.515) y Aprensión (β= -.356), predijeron el 57% de la varianza de Autoestima (R^2= .62, R^2 ajustado= .57, F(4, 21)= 9.259, p< .001).

Tabla 30. Análisis de regresión: Estudiantes con tartamudez

	Predictores	***B***	***EE***	***β***	***t***	***p***
VD: Relaciones mismo sexo						
Modelo 1	Constante	9.634	2.469		3.902	.001
	Apertura al cambio	1.138	.226	.717	5.040	.000
Modelo 2	Constante	13.899	3.098		4.487	.000
	Apertura al cambio	1.358	.237	.855	5.734	.000

	Animación	-.590	.285	-.309	-2.072	.050
VD: Relaciones sexo opuesto						
Modelo 1	Constante	8.094	1.795		4.510	.000
	Apertura al cambio	.604	.164	.601	3.681	.001
Modelo 2	Constante	1.439	3.207		.449	.658
	Apertura al cambio	.799	.170	.794	4.696	.000
	Tensión	.489	.202	.408	2.414	.024
VD: Sinceridad-Veracidad						
Modelo 1	Constante	17.722	2.644		6.703	.000
	Atención a las normas	.964	.266	.594	3.618	.001
Modelo 2	Constante	1.496	4.644		.322	.750
	Atención a las normas	1.179	.218	.727	5.411	.000
	Autosuficiencia	1.987	.508	.526	3.914	.001
VD: Relación con los padres						
Modelo 1	Constante	15.469	1.118		13.834	.000
	Apertura al cambio	.620	.102	.778	6.064	.000
Modelo 2	Constante	18.804	1.542		12.195	.000
	Apertura al cambio	.475	.104	.595	4.566	.000
	Animación	-.350	.124	-.367	-2.811	.010
VD: Estabilidad emocional						
Modelo 1	Constante	.746	3.231		.231	.819
	Estabilidad emocional	1.399	.274	.722	5.113	.000
Modelo 2	Constante	-3.295	3.423		-.962	.346
	Estabilidad emocional	1.118	.278	.577	4.028	.001
	Afabilidad	.751	.319	.338	2.355	.027
Modelo 3	Constante	-13.258	4.683		-2.831	.010
	Estabilidad emocional	1.301	.253	.672	5.145	.000
	Afabilidad	.922	.287	.415	3.212	.004
	Tensión	-.651	.234	-.348	-2.779	.011
Modelo 4	Constante	-26.750	6.041		-4.428	.000
	Estabilidad emocional	1.433	.221	.740	6.475	.000
	Afabilidad	1.315	.279	.591	4.712	.000
	Tensión	-.838	.210	-.448	-3.983	.001
	Vigilancia	-.812	.272	-.353	-2.989	.007
VD: Verbal						
Modelo 1	Constante	7.713	2.689		2.869	.008
	Sensibilidad	1.055	.233	.679	4.527	.000

VD: Matemático						
Modelo 1	Constante	21.761	3.258		6.679	.000
	Tensión	-.855	.321	-.478	-2.665	.014
Modelo 2	Constante	35.192	5.392		6.526	.000
	Tensión	-1.177	.300	-.658	-3.918	.001
	Perfeccionismo	-.912	.311	-.492	-2.930	.008
Modelo 3	Constante	53.112	9.687		5.483	.000
	Tensión	-1.499	.316	-.839	-4.740	.000
	Razonamiento	1.227	.324	.663	3.791	.001
	Abstracción	1.573	.728	.371	2.161	.042
Modelo 4	Constante	56.258	8.820		6.378	.000
	Tensión	-1.770	.305	-.990	-5.797	.000
	Perfeccionismo	-1.750	.360	-.944	-4.856	.000
	Razonamiento	2.016	.680	.475	-2.966	.007
	Estabilidad emocional	.878	.355	.400	2.470	.022
VD: Académico General						
Modelo 1	Constante	24.655	2.823		8.734	.000
	Tensión	-.912	.278	-.557	-3.282	.003
Modelo 2	Constante	17.537	3.230		5.429	.000
	Tensión	-.929	.235	-.567	-3.962	.001
	Atención a las normas	.780	.239	.468	3.265	.003
VD: Autoestima						
Modelo 1	Constante	28.525	1.812		15.739	.000
	Autosuficiencia	-.983	.288	-.572	-3.414	.002
Modelo 2	Constante	37.865	4.223		8.965	.000
	Autosuficiencia	-1.283	.291	-.746	-4.408	.000
	Animación	-.704	.293	-.407	-2.404	.025
Modelo 3	Constante	43.832	4.749		9.229	.000
	Autosuficiencia	-.930	.313	-.541	-2.970	.007
	Animación	-.818	.276	-.473	-2.965	.007
	Vigilancia	-.832	.377	-.395	-2.209	.038
Modelo 4	Constante	48.500	4.920		9.858	.000
	Autosuficiencia	-.466	.363	-.271	-1.283	.213
	Animación	-.805	.256	-.465	-3.146	.005
	Vigilancia	-1.086	.369	-.515	-2.941	.008
	Aprensión	-.605	.284	-.356	-2.134	.045

VI – DISCUSIÓN

VI -DISCUSIÓN

6.1. ESTUDIO 1. ADAPTACIÓN Y PROPIEDADES DE MEDIDA DEL SELF-DESCRIPTION QUESTIONNAIRE II - ABREVIADO (SDQ-II-S)

El objetivo de este estudio fue analizar las propiedades de medida de la versión abreviada del Self-Description Questionnaire II en estudiantes españoles adolescentes. Si bien la validación de la versión original y extendida del instrumento mostró una consistencia interna y unas estimaciones de fiabilidad test-retest aceptables (Inglés et al., 2012), y sus tres escalas específicas han sido empleadas para la evaluación del autoconcepto académico también con buenos resultados (Esnaola et al., 2018, 2023), las propiedades de la versión abreviada al completo no habían sido previamente estudiadas en estudiantes españoles.

Los resultados encontrados indican que el SDQ-II-S presenta adecuadas propiedades, según los criterios recomendados por diferentes autores (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999; Manzano y Zamora, 2009; Schreiber et al., 2006).

Atendiendo a la validez de constructo, los resultados indicaron un buen ajuste del modelo de 11 dimensiones. El valor de $\chi^2/df = 2.16$ está dentro del rango (entre uno y tres) para considerar el modelo aceptable (Jöreskog, 1970). Además, los índices de ajuste comparativo CFI, de bondad de ajuste GFI y de ajuste normalizado (NFI), obtuvieron valores superiores a .90, pudiendo ser considerados asimismo adecuados (Arias, 2008; Hu y Bentler, 1999). De la misma forma, son convenientes los valores obtenidos en los índices de error RMSEA y SMSR, inferiores a .80 como ha sido propuesto previamente (Hu y Bentler, 1999; Schreiber et al., 2006). El AFC también mostró cargas factoriales superiores a .50 (Hu y Bentler, 1999; Wheaton et al., 1977). Todos esos índices corroboran la adecuación del modelo, y son similares a los resultados obtenidos en el trabajo de Marsh et al. (2005) y en la adaptación del instrumento en población chilena (Lagos-San Martín et al., 2016).

Por otra parte, la fiabilidad de las escalas en este estudio osciló entre 0.70 en Relaciones con el Sexo Opuesto y .92 en Apariencia Física. En el estudio de Marsh et al. (2005) las fiabilidades de los 11 factores del SDQII-S fueron casi iguales y

consistentemente altas (.80 a .88), y similares en el estudio de Lagos-San Martín et al. (2016), entre .70 en Autoestima y .84 en Relaciones con los Padres.

Respecto a las correlaciones, y de acuerdo con Lagos-San Martín et al. (2016), la pequeña intercorrelación media entre los 11 factores (r = 0.21) confirma la diferencia de los factores a la hora de evaluar las facetas independientes que constituyen el autoconcepto, algo que ha sido ratificado tanto en los estudios previos tanto de la versión breve del SDQ-II (Ellis et al., 2002; Lagos-San Martín et al., 2016; Marsh et al., 2005), como en la versión extensa original (Guerin et al., 2003; Inglés et al., 2012; Marsh, 1992). En nuestro estudio destacan las correlaciones encontradas entre la dimensión Académico General y las dimensiones asociadas de Matemático y Verbal, así como entre Autoestima y todas las demás dimensiones del cuestionario.

A nivel escolar, el autoconcepto académico constituye dominio de capital importancia, y ya desde el modelo de Shavelson et al. (1976) se planteaba la división entre un autoconcepto académico y uno no académico. Las correlaciones encontradas entre el autoconcepto académico general con el matemático y verbal han sido de magnitud elevada a moderada (Ellis et al., 2002; Esnaola et al., 2023; Lagos-San Martín et al., 2016; Marsh et al., 2005), como en el presente estudio. Del mismo modo, y a pesar de las altas correlaciones anteriormente citadas, la relación entre los factores Verbal y Matemático entre sí ha sido pequeña en los estudios originales (Ellis et al., 2002; Marsh et al., 2005), e incluso inexistente en la validación chilena, y con alumnos españoles, como en el estudio de Esnaola et al. (2023) y en el presente.

En cuanto a Autoestima, registró correlaciones estadísticamente significativas con todo el resto de dimensiones del SDQ-II. La autoestima hace referencia a la evaluación y a los sentimientos de la propia autovalía (Kawamoto, 2020; Liu et al., 2019; Tam et al., 2020), y al considerarse el componente valorativo del autoconcepto, los resultados son congruentes, pues están en la línea de los obtenidos en los estudios previos de la versión original y la abreviada (Ellis et al., 2002; Inglés et al., 2012; Lagos-San Martín et al., 2016; Marsh, 1992; Marsh et al., 2005), que obtuvieron correlaciones de magnitud moderada a elevada.

Al analizar la validez convergente, las puntuaciones en autoeficacia se relacionaron positivamente con varias dimensiones, concretamente, con Académico General, Verbal y Matemático, además de Habilidades Físicas,

Apariencia Física y Autoestima. Puede resultar evidente la relación de las dimensiones académicas con la autoeficacia, pues fue evaluada mediante una escala específica de situaciones académicas (Palenzuela, 1983). Además, estudios previos también encontraron relaciones significativas entre autoeficacia académica y autoconcepto (García-Fernández et al., 2010; Huang, 2012; Lagos-San Martín et al., 2016; Pietsch et al., 2003). Asimismo, un estudio encontró que la autoeficacia académica predijo de forma positiva las escalas de habilidades físicas, apariencia física y autoestima del autoconcepto (García-Fernández et al., 2016).

También, los resultados confirman la invarianza de género del SDQ-II-S. En este estudio se siguieron los criterios de evaluación de modelos propuestos por Cheung y Rensvold (2002), los cuales recomiendan evaluar la diferencia en los valores de CFI, en lugar de diferencias en χ^2. Según los autores, si el cálculo de la diferencia de CFI de ambos modelos probados disminuye en .01 o menos, el modelo restringido se considera bueno y, por lo tanto, cumple con la invarianza. En este estudio, el valor de ΔCFI fue inferior a .01. Si bien no en género, un estudio obtuvo equivalencias de medida del SDQ-II-S en estudiantes australianos indígenas y no indígenas (Bodkin-Andrews et al., 2010).

6.2. ESTUDIO 2. ANÁLISIS DE LOS ESTUDIANTES CON TARTAMUDEZ

El objetivo de este estudio fue analizar a los estudiantes con tartamudez. Concretamente a los 26 alumnos diagnosticados con tartamudez por un especialista de audición y lenguaje o un orientador. Para ello, además de las pruebas estandarizadas que se aplicaron al total de la muestra, se ha realizado otra prueba adicional, dirigida a evaluar la fluidez verbal del adolescente, y una entrevista al realizar el cuestionario sociodemográfico.

En la prueba de evaluación de la fluidez verbal se recogieron varias muestras de habla: en lectura, en lenguaje inducido y en lenguaje espontáneo.

En el cuestionario sociodemográfico, que es el mismo para el grupo control y para los alumnos que están diagnosticados con tartamudez, mediante una entrevista con el estudiante, se formularon más cuestiones que facilitaran información para conocer más aspectos sociales, familiares, personales y académicos que puedan resultar de interés para la investigación.

Al analizar los resultados de estas pruebas se confirman datos de estudios previos y relaciones existentes entre variables.

Los resultados de la prueba de fluidez verbal muestran una mayor frecuencia en la repetición de las sílabas dentro de las palabras, es decir, repeticiones intrapalabra, así la medida más idónea para evaluar la fluidez es la sílaba, dado que puede aparecer más de una disfluencia en cada palabra (Yairi y Ambrosi, 1992). Rodríguez (2000), quien establece que los niños con tartamudez presentan una frecuencia de errores mayor en el porcentaje de sílabas tartamudeadas que en palabras o partes de frases. Esto son las repeticiones de un sonido o sílaba que se repite varias veces, debido a que la persona está "atascada" en dicho sonido y continúa repitiéndolo hasta que pueda producir la palabra correcta (Guitar, 2014). Junto a las repeticiones de sílabas, el error más frecuente en la prueba de fluidez han sido los bloqueos, definidos como "una interrupción inapropiada del flujo de aire o voz y a menudo, también el movimiento de los articuladores" (Guitar, 2014, p. 14), según Rodríguez (2000), síntoma primario de la tartamudez y de mayor incidencia a mayor gravedad del trastorno.

Aspecto importante el que nos aporta en relación a la edad de comienzo, para los sujetos, la tartamudez comienza en su mayoría a los 6-7 años, presumiblemente edad a la que han sido conscientes, aunque su inicio haya sido anterior. Los resultados indican que la evolución de las disfluencias es estable, como afirma Angiono et al. (2019) que el trastorno se presenta de manera progresiva y se acompaña con la adquisición y desarrollo del lenguaje, afianzándose aproximadamente entre los 5 y 6 años de edad (Angiono et al., 2019). Sin embargo, otros autores indican que la mayoría de niños muestran algún grado de tartamudeo y los primeros síntomas entre los 2 y 4 años (Yairi y Ambrose, 2019). Esto indica que la tartamudez tiene una aparición temprana, coincidiendo con un periodo crítico del desarrollo del lenguaje.

Casi la totalidad de los estudiantes recibieron tratamiento en el colegio, Guttormsen et al. (2022) señalan que la presión para hablar rápidamente, las expectativas comunicativas excesivas y la falta de paciencia por parte de padres o maestros pueden incrementar los episodios de tartamudeo, una incorrecta intervención, puede agravar el trastorno en lugar de solucionarlo. Así, los resultados arrojados referentes a los padres o maestros, muestran un 30,8% de los padres que corrigen o comentan a los hijos cuando cometen disfluencias, y un 20%

de compañeros y profesores que corrigen a los estudiantes cuando tartamudean, aspecto que coincide con Guttormsen et al. (2022), que indica que esto influye en la tartamudez.

Más de la mitad de los sujetos dice no mostrar preocupación por el habla, aspecto que puede relacionarse con la negación del trastorno, y la distracción (Plexico et al., 2018).

La tartamudez del desarrollo es un trastorno del neurodesarrollo que se evidencia en la interrupción de la fluidez del habla, pero para Nolla y Tápias (2015) se encuentra acompañada de tensión muscular y puede manifestarse con tensión facial y corporal, un 35% de los sujetos evaluados presentan esta tensión junto a movimientos asociados en un 70%, sobre todo de manos, como propone Prats (2016), que la tartamudez puede acompañarse además de manifestaciones físicas con movimientos de alguna parte de la cara o gesticulación excesiva.

Los estudiantes de la muestra no mantienen el contacto ocular en la entrevista, un total del 61,5% no lo hacen, corroborado con la afirmación de Gutiérrez y Gil (2015), de que los sujetos con tartamudez presentan dificultades en la interacción social, así como conductas de retraimiento y evitación. Para Guitar (2014), pueden encontrarse dos tipos: conductas de evitación y conductas de escape, así los adolescentes que tartamudean son más sensibles comparados con niños fluentes, lo que deriva en comportamientos de evitación y/o detención de alguna acción (Guitar, 2014). Esto se corrobora en los resultados obtenidos, ya que el 53,8% de los estudiantes intenta no hablar en determinadas situaciones para no cometer errores, un 61,5% no mirar, y un 65,4% intenta hablar despacio como técnica de control para evitar las disfluencias. Estos intentos de los sujetos por ocultar sus disfluencias, esto son, conductas de escape y/o evitación, por las cuales la persona procura asemejar su habla al de las personas fluyentes o evita las situaciones que implican comunicación. Sin embargo, la realidad es que dichas conductas no suelen tener éxito y llegan los comentados anteriormente bloqueos y repeticiones, que se vuelven más notorios (Sangorrín, 2005).

Los adolescentes con tartamudez experimentan emociones negativas como frustración, vergüenza en asociación con su falta de fluidez, y para resolver la dificultad asociada a la tartamudez, emprenden esfuerzos centrados en las emociones, como la evitación (Plexico L.W. et al., 2018). Nuestros resultados

muestran como los estudiantes dicen experimentar en un 57,7% frustración y en un 73,1% de los casos de la muestra evaluada, vergüenza. Estos hallazgos ratifican, por ejemplo, los encontrados en Rocha et al. (2019) que llevaron a cabo un estudio, donde examinaron las dimensiones del temperamento y los niveles de ansiedad. Los adolescentes que tartamudeaban exhibían puntuaciones más altas en frustración. La toma de conciencia de la propia tartamudez puede configurar un niño inseguro, pudiendo generar en él sentimientos de inferioridad, frustración y vergüenza (Dinville y Gaches, 1989).

Para Sangorrin (2005), como se ha visto, lo más frecuente son los bloqueos y las repeticiones, pero además las consiguientes reacciones emocionales como la culpa, la ansiedad o la vergüenza. Los resultados de nuestro estudio reflejan un 50% de los sujetos experimentando ansiedad. Lo mismo propone Craig et al. (2009), que las personas que tartamudean pueden experimentar con frecuencia sentimientos intensos de ansiedad, vergüenza y evitación.

Las investigaciones muestran que las personas que tartamudean son vistas como amigos menos deseables, esto puede aumentar la ansiedad social en niños o adolescentes con tartamudez (Harish y Singh, 2019). La ansiedad resulta el síntoma psicopatológico que con mayor frecuencia aparece asociado a la tartamudez (Garaigordobil y Perez, 2007). Otros estudios que han evidenciado que las personas con tartamudez tienen más síntomas de ansiedad (Bloodstein, 1995; Menzies, Onslow y Packman, 1999; Weber y Smith, 1990).

Una emoción que se evalúa es la culpa. Ningún estudiante manifiesta tenerla. Rodríguez (2003), la tartamudez puede ser como un iceberg, lo que se ve en el sujeto y lo que no se ve, pero que está latente interiormente, las emociones que experimenta como culpa y vergüenza. Los autores indican que, aunque no se manifieste, existe, la culpa que se experimenta en secreto permanece siempre (Mowrer, 1968). Al no poder relacionarse de manera correcta, el adolescente puede interiorizar una culpa interna al saber que no puede hablar fluidamente. (Gutiérrez y Gil, 2015). Puede ocurrir, que la tartamudez transforme la culpa en vergüenza (Alm, 2004). Los resultados muestran un 0% de casos que manifiesten culpa y sin embargo un 73,1% que manifiestan vergüenza.

Un 48,5% de los estudiantes con tartamudez evaluados dice tener antecedentes familiares, esto evidencia que los casos de niños con antecedentes

familiares de tartamudez persistente tienen más posibilidades de que el trastorno se vuelva crónico (Kraft y Yairi, 2011).

Otro aspecto fundamental que nos aportan los resultados es la variabilidad, suele depender de la situación, las personas o los temas que presentan mayor complejidad para este, por lo cual, algunas veces puede hablar con fluidez, pero otras no ser capaz de expresarse (Prats, 2016). Las personas que tartamudean exhiben diferentes cantidades o grados de tartamudez, dependiendo de factores como el entorno en el que se encuentran, con quién están hablando y de qué están hablando (Constantino et al., 2016). Esto quiere decir, que los signos de la tartamudez no se manifiestan de forma generalizada y en todo momento, sino que ocurren en situaciones determinadas, dependiendo de diferentes factores individuales; Por ejemplo, los síntomas pueden estar ausentes durante la lectura oral o el canto, pero presentes en una conversación casual con otra persona. Así, los resultados del estudio muestran, por ejemplo, que hablar con desconocidos es equivalente a dificultad (en el estudio un 69,8% dice tener problemas), o exponer oralmente frente a la clase (un 96,2% de los sujetos), o al leer en grupo (un 100%). El adolescente es consciente de sus dificultades, por lo que pueden aparecer mecanismos para evitar las alteraciones de la fluidez (p. ej. alterar la velocidad del habla, que en el caso de nuestro estudio únicamente un 20% lo hace, o evitar ciertas situaciones verbales como telefonear o hablar en público, o evitar ciertas palabras o sonidos), así como respuestas emocionales, fundamentalmente ansiosas (Garaigordobil y Pérez, 2007).

6.3. ESTUDIO 3. TARTAMUDEZ, AUTOCONCEPTO Y PERSONALIDAD

El objetivo del último estudio fue examinar las diferencias entre los estudiantes con y sin tartamudez, además de comprobar las relaciones entre la personalidad y el autoconcepto, centrándonos en ese análisis con los alumnos con tartamudez.

En el análisis entre grupos respecto a su autoconcepto, se encontraron diferencias significativas en Habilidades físicas, Apariencia física, Relaciones con el mismo sexo, Relaciones con el sexo opuesto, y en Autoestima, y en todas ellas los estudiantes del grupo control presentaron promedios superiores respecto a los alumnos con tartamudez. Por tanto, los alumnos con tartamudez presentan una

tendencia a percibirse menos hábiles físicamente, muestran menor interés en las actividades físicas/deportivas, consideran poseer un menor atractivo físico personal para los demás, y también su autoconcepto es menor a la hora de interaccionar tanto con los miembros del sexo opuesto, como con los pares del mismo sexo (Marsh, 1992). Además, respecto a los alumnos sin tartamudez, sus niveles de autoestima son inferiores, y con ello, sus sentimientos de valía, confianza y satisfacción consigo mismos (Ellis et al., 2002).

Esos datos son respaldados en cierto sentido por la investigación previa, pues en jóvenes y adultos tartamudos se han confirmado niveles significativamente más bajos en autoconcepto que la población general (Daniels y Gabel, 2004; Daniels et al., 2006; Klompas y Ross, 2004). También en autoestima (Crichton-Smith, 2002; Garaigordobil y Pérez, 2007; Klompas y Ross, 2004). Tanto en la población general, como en las personas con tartamudez, la autoestima parece disminuir desde la infancia hasta la adolescencia y luego aumentar de nuevo en la edad adulta temprana (Bleidorn et al., 2016). La adolescencia es un periodo en el que la actitud comunicativa, la salud psicosocial y la autoestima son especialmente sensibles, variables que se han relacionado con el impacto de la tartamudez (Adriaensens et al., 2015; Carter et al., 2017; Iverach et al., 2017; Tichenor y Yaruss, 2020b), y que promueven reacciones afectivas, conductuales y cognitivas más negativas hacia su tartamudez, especialmente en mujeres (Samson et al., 2022).

Además, la tartamudez puede afectar a la identidad social y a las experiencias experiencias psicosociales de un individuo (Dean y Medina, 2021; Nang et al., 2018). Es importante el impacto que puede tener el autoestigma, el cual se produce cuando una persona interioriza y aplica estereotipos, prejuicios y discriminación a sí misma (Johnson et al., 2024), y que puede desempeñar un esencial papel en el desarrollo del negativo impacto general de la tartamudez, con peores resultados de salud somática, menor autoestima y menor calidad de vida y salud mental, consecuencias documentadas en muchos niños y adolescentes (Boyle, 2018; Boyle y Fearon, 2018; Samson et al., 2021). También han sido demostradas otras consecuencias psicosociales negativas, como el estigma público, la discriminación, y reducción del bienestar a través de personas y situaciones (Boyle, 2018; Boyle y Fearon, 2018). Además, los niños que tartamudean en la escuela pueden encontrarse con experiencias estigmatizantes, como reacciones negativas del público y de sí mismos, a la hora de leer en voz alta, participar en tareas orales,

anticipar respuestas verbales, comunicarse con los profesores y socializar con sus compañeros (Daniels et al., 2012).

Respecto a las diferencias en personalidad entre grupos, únicamente se hallaron en la escala primaria Afabilidad del 16PF-APQ. Los estudiantes del grupo control presentaron puntuaciones estadísticamente superiores que las de los alumnos con tartamudez. Afabilidad se relaciona en sentido positivo con las dimensiones globales Extraversión y Autocontrol, y negativamente con Dureza. Siguiendo los trabajos que han desarrollado el 16PD-APQ y el 16PF-5 (Cattell et al., 1995; Karson et al., 2003; Russell y Karol, 2005; Schuerger, 2013), la escala Afabilidad indica la tendencia que va desde ser una persona social e interpersonalmente reservada, hasta estar cálidamente implicada con las demás. Por ello, los resultados señalan en los estudiantes sin tartamudez un mayor interés en las personas, sintiéndose confortables en situaciones que demanden cercanía personal. Mientras, por otro lado, los estudiantes con tartamudez presentan una tendencia a ser más reservados, a ser más cautos en sus implicaciones y contactos, y a sentirse poco confortables en situaciones en las que hay mucha relación personal y manifestación de emociones o sentimientos (Karson et al., 2003).

Las relaciones sociales son un área fundamental en la adolescencia y en las personas con tartamudez. La adolescencia es una etapa del desarrollo de transición hacia la edad adulta, y un periodo crucial de cambio que se caracteriza por importantes cambios biológicos, sociales y psicológicos (Crone, 2017; Parise et al., 2019). Es esta etapa los jóvenes son susceptibles de recibir múltiples e importantes influencias, ya que su personalidad está en desarrollo y aún no se ha consolidado (Slobodskaya, 2021). Los cambios sociales en los primeros años de la adolescencia hacen que los adolescentes valoren cada vez más las opiniones que sus compañeros y de los demás puedan tener sobre ellos (Pfeifer y Peake, 2012; Somerville, 2013), opiniones que pueden ser un factor importante en el desarrollo del autoconcepto. Las opiniones (percibidas) de otras personas significativas sobre el yo, o autoevaluaciones reflejadas (Yeung y Martin, 2003) son significativas en la construcción de las propias definiciones del yo, o autoevaluaciones directas (Harter, 2012), y se ha demostrado que el rechazo de los compañeros es interiorizado en los adolescentes, lo que resulta en autoevaluaciones menos positivas (Rodman et al., 2017).

Respecto a las relaciones, muchas personas que tartamudean pueden experimentar ansiedad en situaciones sociales, lo que puede hacer que eviten interacciones o se sientan incómodas al hablar en público. Esto puede limitar sus oportunidades de socializar y formar conexiones significativas (Yaruss y Quesal, 2006). Al mismo tiempo, las reacciones negativas de los demás, como impaciencia o burla puede afectar la confianza de la persona que tartamudea (Bloodstein y Bernstein-Ratner, 2008), y las dificultades para expresarse pueden generar frustración tanto en la persona que tartamudea como en sus interlocutores, lo que puede complicar la formación de amistades o de relaciones románticas (Manning, 2001).

También se comprobó cómo, a nivel general, las relaciones entre las dimensiones de autoconcepto y los rasgos de personalidad difieren entre los alumnos con tartamudez y los estudiantes del grupo de control.

Por una parte, en los alumnos del grupo de control destacaron varias relaciones. Autosuficiencia mostró un papel importante, puesto que fue el principal predictor de Habilidades físicas, Apariencia física, Relaciones con el mismo sexo, y Relaciones con el sexo opuesto. Perfeccionismo fue el principal predictor de Sinceridad-Veracidad, Estabilidad emocional lo fue de Relación con los padres, y Tensión de Estabilidad emocional en sentido negativo. En cuanto a las dimensiones académicas, Sensibilidad fue el principal predictor de autoconcepto Verbal, Perfeccionismo de Matemático, y Atención a las normas de Académico General. En la dimensión Autoestima, el factor de personalidad Estabilidad emocional fue el predictor principal.

Por otra parte, en los alumnos con tartamudez se observó un patrón de relaciones diferente, con importantes relaciones de las dimensiones de autoconcepto y las escalas que contribuyen a las dimensiones globales de personalidad.

Varias de las escalas primarias que contribuyen a la dimensión global Extraversión mantienen correlaciones con el autoconcepto. Concretamente, las escalas Afabilidad y Atrevimiento, y en sentido negativo Privacidad, se relacionan con Estabilidad emocional, y además Afabilidad y Vigilancia son predictores significativos. También Afabilidad, y negativamente con Autosuficiencia y Privacidad correlacionaron con Autoestima. Además, Autosuficiencia, Animación y Vigilancia fueron predictores. Respecto a las dimensiones de autoconcepto de

Relaciones, varios son los resultados destacables. Se hallaron correlaciones destacadas entre Afabilidad y Atrevimiento con Relaciones con el mismo sexo, Relaciones con el sexo opuesto y Relación con los padres, y negativas con Privacidad y Autosuficiencia. Además, Animación fue un predictor tanto de Relaciones con el mismo sexo como de Relación con los padres.

Sin embargo, en el presente estudio, como ya se expuso, los estudiantes con tartamudez analizados solamente se diferencian significativamente de sus compañeros sin tartamudez en la escala Afabilidad, pero no en el resto de las escalas que contribuyen a la dimensión Extraversión.

Las personas más extravertidas suelen mostrar una mayor orientación hacia la participación social, hacia las personas y buscan relacionarse con ellas, reuniendo características como la calidez, la alegría, el atrevimiento, ser más abiertos y orientados al grupo (Cattell y Schuerger, 2003; Schuerger, 2013). A partir de los resultados anteriores, podemos considerar que una mayor Afabilidad (tendencia a la sociabilidad y la cordialidad interpersonal) y Atrevimiento (tendencia a la búsqueda de sensaciones frente a la inhibición), además de una menor Vigilancia (desconfianza frente a los motivos e intenciones de los demás) (Russell y Karol, 2005), en los estudiantes con tartamudez se encuentran asociados a mayor Estabilidad emocional del autoconcepto, o ausencia de disfunciones emocionales (Marsh, 1992). Del mismo modo, esa mayor Afabilidad, junto a una menor Autosuficiencia (personas afiliativas e integradas en el grupo), Privacidad (sujetos recelosos, discretos y cerrados) y Vigilancia (Karson et al., 2003), se relacionó con una mayor Autoestima del autoconcepto, o sentimientos de valía, confianza y satisfacción con uno mismo (Ellis et al., 2002). Atendiendo a las dimensiones de relaciones del autoconcepto, mayor Afabilidad, Atrevimiento y menor Privacidad y Autosuficiencia se confirmaron como asociados a las relaciones con los propios padres, con miembros del sexo opuesto y con los pares del mismo sexo. Además, la menor Animación, o personas que tienden a tomar la vida más seriamente e inhibir su espontaneidad, más calladas o apagadas, cuidadosas y menos dadas a la diversión (Schuerger, 2013), fue predictor tanto de las relaciones con los padres, como con los miembros del sexo opuesto.

Muchos son los resultados de investigación que han afirmado las conexiones de la Extraversión con la personalidad en adolescentes y personas con tartamudez,

y que pueden tener un impacto determinante sobre su autoconcepto. Así, se ha expuesto que, en niños y niñas entre 8 y 14 años, aquellos que son más extravertidos y menos miedosos/tímidos experimentan un menor impacto global de su tartamudez (Eggers et al., 2021). A nivel de relaciones, los escolares que tartamudean también tienen mayores dificultades para integrarse en entornos sociales y académicos (Evans et al., 2008), y pueden tener menos amigos o relaciones sociales significativas en comparación con los niños que no tartamudean (Hartford y Leahy, 2007), lo que se ha correlacionado con reducciones en el bienestar psicológico a medida que estos niños se desarrollan hasta la edad adulta (Sakyi et al., 2015).

Los individuos que tartamudean tienden a tener dificultades para comunicarse con los demás, lo que a menudo tiene implicaciones negativas para sus relaciones sociales (Klein y Hood, 2004). La tartamudez puede impedir las interacciones sociales (Allard y Williams, 2008; Broberg, 2011; Williams y Dietrich, 2001), fomentando así una sensación de aislamiento social para las personas que tartamudean (Allport, 1979) y, en última instancia, reduciendo su calidad de vida (Hawton et al., 2011).

Además, se ha afirmado que a causa de los estereotipos negativos asociados los adultos y niños que tartamudean son percibidos generalmente como introvertidos, callados, reticentes y reservados (Crowe y Cooper, 1977; Fowlie y Cooper, 1978; Woods y Williams, 1976). Incluso los resultados de un estudio hallaron que, en adolescentes y adultos jóvenes, los sujetos que tartamudeaban eran percibidos como menos deseables románticamente que aquellos que no. Además, esa asociación negativa entre la tartamudez y la deseabilidad romántica estaba mediada por la extraversión, la autoestima y la inteligencia percibidas de los sujetos (Zeigler-Hill et al., 2020). Estas investigaciones muestran que las personas que tartamudean son vistas como parejas románticas y amigos menos deseables. Estos aspectos pueden aumentar la timidez y la ansiedad social en niños o adolescentes con tartamudez (Harish, 2019).

Otra dimensión global con un especial peso es Ansiedad. Es definitoria de personas ansiosas (reactivas, suspicaces, aprensivas y tensas), frente a personas ajustadas o emocionalmente estables (confiadas, seguras y relajadas) (Russell y Karol, 2005). La dimensión recibe la influencia de las escalas Aprensión, Estabilidad emocional, Tensión y Vigilancia. Usualmente los chicos y chicas que tartamudean

han sido etiquetados como más reservados, nerviosos, tímidos, tensos, temerosos e inseguros en comparación con los niños que no tartamudean (Betz et al., 2008). Pero a pesar de que la literatura previa existente ha aportado muchos datos sobre la relación entre tartamudez y ansiedad, los resultados de esta investigación no confirman diferencias significativas entre los sujetos analizados y los estudiantes del grupo control, aunque si aportan información de interés respecto a su importancia en adolescentes con tartamudez.

En este estudio, la escala primaria Tensión se relaciona con Habilidades físicas y Apariencia Física, y negativamente con Estabilidad emocional, Relaciones con el mismo sexo y con los padres, y con las dimensiones académicas Matemático y Académico general. Tensión también es el principal predictor de autoconcepto Académico general y Matemático, y asimismo contribuye negativamente en la predicción de la varianza de Estabilidad emocional. Otra escala de Ansiedad, Aprensión, se relaciona de forma inversa con Estabilidad emocional, Autoestima y Relaciones con el mismo sexo, con el sexo opuesto y con los padres. Vigilancia también registró una asociación negativa con Autoestima, siendo asimismo predictor de ésta y de Estabilidad emocional.

Tensión es descriptora de ansiedad y mayores puntuaciones describen a sujetos tensos, enérgicos, impacientes, intranquilos, presionados, irritables y sobreexcitados (Karson et al., 2003; Schuerger, 2013). Así pues, los resultados indican que esas características de los alumnos con tartamudez con mayor Tensión se asocian a peores niveles de Estabilidad emocional y en sus relaciones. Además, a nivel físico, muestran una tendencia a percibirse menos hábiles físicamente, muestran menor interés en las actividades físicas/deportivas y consideran poseer un menor atractivo físico personal para los demás (Marsh, 1992). También relevante en el ámbito académico, esa mayor Tensión se relaciona negativamente con las importantes dimensiones de autoconcepto Matemático (interés y habilidad en el razonamiento matemático), y Académico General (interés personal y capacidad en el trabajo escolar) (Ellis et al., 2002; Marsh, 1992).

Por su parte, Aprensión está relacionada con la autoestima y el experimentar culpa e inseguridades, y mayores niveles describen a personas aprensivas, dubitativas, preocupadas, inseguras en situaciones sociales o en relación con los demás, y que suelen ser muy autocríticas (Schuerger, 2013), características que,

como puede comprobarse, se relacionan muy estrechamente y negativamente con los diferentes ámbitos del autoconcepto. Además, la Autoestima de los estudiantes también se ve perjudicada por mayores puntuaciones de Vigilancia, personas que se describen como escépticas, suspicaces, precavidas y desconfiadas (Karson et al., 2003; Schuerger, 2013).

La dimensión global Ansiedad, posiblemente haya sido la más analizada en niños, adolescentes y personas con tartamudez, encontrándose muchos hallazgos que destacan como esa dimensión puede impactar muy negativamente en su autoconcepto. Determinados estudios han encontrados que las personas que tartamudean, frente a los que no, presentan mayor ansiedad rasgo y estado (Craig et al., 2003; Craig y Tran, 2014), y mayor sintomatología ansiosa (Bloodstein, 1995; Menzies et al., 1999; Weber y Smith, 1990). También, los niños y adolescentes con mayores niveles de irritabilidad y frustración experimentan un mayor impacto global de su tartamudez (Eggers et al., 2021). La tartamudez puede asociarse a un aumento de la ansiedad, la depresión y la percepción negativa de uno mismo, y las personas que tartamudean a menudo afirman tomar decisiones vitales basadas en su tartamudez (Eggers et al., 2021). Hay pruebas también de que los niños que tartamudean experimentan un mayor afecto negativo y reaccionan más intensamente a la novedad o al cambio en su entorno que los niños que no tartamudean (Jones et al., 2014).

Determinadas investigaciones han planteado que esta ansiedad es el resultado de vivir con la tartamudez y no una causa de la tartamudez (Craig et al., 2011; Manning y Beck, 2013).

Se ha encontrado una mayor reactividad (negativa) (Eggers et al., 2010; Jones et al., 2014), y una menor autorregulación emocional y atencional (Johnson et al., 2010), en las personas que tartamudean. Adquiere un papel relevante la autorregulación emocional de los niños, adolescentes y adultos con tartamudez, pues no solo desempeña un papel en las respuestas emocionales de uno a través del proceso de iniciar, mantener o modular la ocurrencia, intensidad o duración de la excitación emocional (Jones et al., 2014), sino que también se relaciona con el funcionamiento atencional (es decir, que se sabe que desempeña un papel en la planificación del habla-lenguaje e impacta en las disfluencias del habla (Eichorn et al., 2019). Es probable que el aumento de la reactividad y la disminución de la regulación tengan consecuencias en la gravedad y el impacto de la tartamudez

(Eggers et al., 2021). Ambrose et al. (2015) encontraron que ser emocionalmente reactivo y unas habilidades de autorregulación más pobres aumentan el riesgo de que la tartamudez en la primera infancia persista. Los niños en edad escolar que tartamudean experimentaron una mayor reactividad emocional y más problemas de regulación que sus compañeros no tartamudos (Hollister y Zebrowski, 2015; Rocha et al., 2019).

Además, los estudios en adolescentes que tartamudean informan de una elevada ansiedad social (Blumgart et al., 2010; Mulcahy et al., 2008), existiendo también mayores niveles en comparación con los que se recuperaron y los sujetos en grupos de control (Gunn et al., 2014; Iverach et al., 2016). Se ha apuntado que los problemas cotidianos a los que se enfrentan podrían conducir a la fobia social (Beilby et al., 2013; Blood y Blood, 2016). En este sentido, los estereotipos negativos hacen que los adultos y niños que tartamudean sean percibidos generalmente como ansiosos, tensos, nerviosos y temerosos (Crowe y Cooper, 1977; Fowlie y Cooper, 1978; Woods y Williams, 1976).

Además, datos de determinadas investigaciones sugieren que los individuos socialmente ansiosos tienden a buscar contextos menos amenazantes, como la comunicación electrónica, cuando quieren compartir información personal (Byron, 2008; High y Caplan, 2009). Como la comunicación electrónica proporciona una sensación de relativo anonimato al hablante, la eliminación de la comunicación cara a cara podría reducir el miedo a la evaluación negativa, que se asocia con una baja fortaleza del ego, ansiedad y depresión (Shepherd y Edelmann, 2005). También, existen estudios que han confirmado la relación entre la ansiedad y la fobia social tanto con la timidez como con niveles bajos de resiliencia (Min et al., 2013).

Un aspecto importante señalado en los resultados es la relación de la escala Tensión con las dimensiones Habilidades físicas y Apariencia física, pues e su principal predictor. Los efectos de la tartamudez van más allá de las simples interrupciones en el discurso, y se extienden a diversos aspectos de la vida, incluyendo la autoestima y, en particular, el autoconcepto físico. Aspectos como la apariencia, la forma del cuerpo y las habilidades físicas son una parte fundamental de la autoestima, y puede influir en cómo nos sentimos acerca de nosotros mismos en general. Diversos estudios han demostrado una correlación significativa entre la tartamudez y un autoconcepto físico negativo. A causa de la tartamudez, las

personas que la padecen a menudo experimentan inseguridad, vergüenza, aislamiento social y dificultad para expresar emociones, son factores que pueden aumentar la tensión y la ansiedad, y que pueden tener un impacto importante sobre su propia percepción física (Garaigordobil y Pérez, 2007; Klompas y Ross, 2004).

La dimensión global Autocontrol también muestra relevancia en relación con el autoconcepto de los alumnos con tartamudez. Las personas con puntuación alta en la dimensión son capaces de inhibir sus impulsos, y se caracterizan por ser perfeccionistas, atentas a las normas, prácticas y realistas, tradicionales, atentas a los demás y serias (Schuerger, 2013).

Entre los resultados se encontraron correlaciones de diferentes escalas que contribuyen a Autocontrol con las dimensiones de autoconcepto. Las escalas Atención a las normas y Perfeccionismo correlacionaron significativamente con Académico general. Perfeccionismo, Atención a las normas y Apertura al cambio, correlacionaron positivamente con Estabilidad emocional, y Atención a las normas con la dimensión Autoestima. Además, Apertura al cambio fue el principal predictor de todas las dimensiones de relaciones, y junto a Animación fueron los predictores de Relación con los padres y Relaciones con el mismo sexo. Perfeccionismo contribuyó negativamente en la predicción de la varianza de Matemático, así como Animación en Autoestima, y Atención a las Normas fue predictor de Académico general.

Atención a las normas se refiere a la interiorización de las normas sociales y culturales y como éstas gobiernan la conducta del individuo, siendo las personas altas en esta escala cumplidoras, formales, que piensan cuidadosamente en lo que es correcto y justo al tomar decisiones, y que le da más valor y respeto a las normas y buenas maneras que a ser libre de hacer lo que se desee (Russell y Karol, 2005; Schuerger, 2013). Perfeccionismo describe a personas perfeccionistas, organizadas y disciplinadas, confortables en situaciones organizadas y predecibles, y que en el extremo pueden llegar a ser inflexibles, frente a personas con bajas puntuaciones, descritas como perezosas, desorganizadas y con falta de preparación, las cuales dejan más las cosas a la suerte y se siente más confortable en una situación sin mucho orden (Karson et al., 2003; Schuerger, 2013). Por su parte, Apertura al cambio evalúa la actitud del individuo hacia el cambio, su disposición hacia lo novedoso y poco convencional, significando las bajas puntuaciones en la escala individuos tradicionales, en oposición a los sujetos abiertos al cambio y

experimentales. En los alumnos con tartamudez evaluados, Atención a las normas y Perfeccionismo se relacionan claramente con el interés personal y capacidad en el trabajo escolar, y junto a Apertura, influyen en su estabilidad emocional. Atención a las normas es asimismo importante en la Autoestima de los estudiantes (Ellis et al., 2002; Marsh, 1992).

La dimensión Autocontrol ha recibido menos atención en investigación que las dimensiones anteriormente descritas de Extraversión y Ansiedad. Sin embargo, existen resultados de estudios interesantes.

Debemos advertir que la tartamudez ha sido considerada como una sensación involuntaria de pérdida de control (Perkins, 1990) o de estar atascado (Tichenor y Yaruss, 2019) mientras se habla. Las reacciones a esa sensación pueden ser muy variadas. Por ejemplo, a veces evitan la sensación cambiando las palabras o los temas de conversación (Constantino et al., 2017), reiniciando palabras o frases para intentar recuperando algo de fluidez con el impulso al volver a empezar la frase (Sisskin, 2018), cambiando la cadencia y añadiendo frases de relleno o interjecciones (Constantino et al., 2017). Pero al mismo tiempo, pueden reaccionar a sentimientos asociados con la tartamudez, como la vergüenza, evitando el contacto visual, o la culpa, disculpándose por tartamudear (Blood et al., 2003). Esa citada pérdida de control también puede llevar a reacciones como dar pisotones o apretar los puños, como forma de gestionar la tensión (Tichenor et al., 2017).

Además, respecto al control de su conducta, hay que señalar la experiencia de ya señalada de experiencia de ansiedad en situaciones de habla, lo cual puede dificultar el autocontrol, ya que la presión de comunicarse puede llevar a una mayor tensión y, en consecuencia, a un aumento en la frecuencia de la tartamudez (Yaruss y Quesal, 2006).

También se ha encontrado que los niños que se recuperaron de la tartamudez mostraban niveles más altos de TDAH que aquellos que persistieron en la tartamudez (Donaher y Richels, 2012), y que, en comparación con grupos de control, los niños que tartamudean tienen menor adaptabilidad y mayores niveles de actividad, y en algunos casos tienden a mostrar rasgos de hiperactividad-impulsividad (Alm, 2014; Kefalianos et al., 2012). También se ha afirmado que los niños que tartamudeaban mostraban más conductas agresivas y de

incumplimiento de las normas (Iverach et al., 2017) y presentaban un menor control inhibitorio que sus pares sin tartamudez (Druker et al., 2019; Karrass et al., 2006).

Teniendo en cuenta esos problemas de control, una explicación plausible que se ha aportado es que los comportamientos problemáticos y sociales en adolescentes que persisten en la tartamudez, es que tienen que lidiar con problemas como el acoso y las evaluaciones negativas (Beilby et al., 2013; Blood y Blood, 2016).

En cuanto a la dimensión global Independencia, implica la tendencia a ser activo y enérgicamente determinado en los pensamientos y acciones de uno mismo, el gusto por intentar cosas nuevas y expresar curiosidad intelectual, además de tender, la persona independiente, a cambiar lo que le rodea, en lugar de acomodarse a su ambiente (Schuerger, 2013). Las personas independientes pueden resultar poco confortables o ineficaces en situaciones que impliquen la necesidad de acomodarse a los demás. A esta dimensión contribuyen las escalas primarias de Dominancia, Atrevimiento, Animación, Vigilancia, Apertura al cambio y Tensión.

A diferencia de las dimensiones globales anteriormente descritas, Independencia mostró un menor número de relaciones con las dimensiones de autoconcepto. Apertura al cambio y Atrevimiento registraron relaciones con Estabilidad emocional, siendo negativa la asociación con Tensión. Vigilancia se asoció negativamente con Autoestima, y Dominancia, Atrevimiento y Apertura al cambio correlacionaron con las dimensiones de relaciones. Además, Apertura y Animación fueron los principales predictores de Relaciones con el mismo sexo y Relación con los padres, y Apertura y Tensión de Relaciones con el sexo opuesto.

A partir de esos resultados podemos señalar que, en los estudiantes con tartamudez, las escalas Atrevimiento (tendencia a la búsqueda de sensaciones frente a la inhibición) y Apertura al cambio (personas abiertas, experimentales y analíticas), junto a menores niveles de tensión, se relacionan con la Estabilidad emocional del autoconcepto. Esas características de menor Tensión, y mayores niveles de Atrevimiento y Apertura al cambio, junto a mayor Dominancia se asocian a mayores puntuaciones en relaciones, tanto con el mismo sexo, con el opuesto y con los padres. No expuesta previamente, pues solamente contribuye a Independencia, Dominancia implica la tendencia a ejercer la voluntad de uno mismo sobre la de los demás, en lugar de acomodarse a los deseos de otros, a ser asertivo y competitivo, frente a la deferencia, cooperación y la evitación de conflictos (Schuerger, 2013). A nivel académico, Dominancia se relaciona

positivamente con Matemático, que señala el interés y habilidad en el razonamiento matemático. Por otra parte, Vigilancia (desconfianza frente a los motivos e intenciones de los demás) se relaciona de forma negativa con la Autoestima del autoconcepto, y es uno de sus principales predictores.

Si bien no hemos encontrado datos previos que hayan relacionado esa dimensión con el autoconcepto en personas con tartamudez, consideramos que la tartamudez puede influir en la independencia, tanto en aspectos sociales, como emocionales y profesionales. Teniendo en cuanta los problemas que la tartamudez puede ocasionar sobre la autoestima y el autoconcepto, las personas tartamudas pueden evitar situaciones sociales o laborales donde sientan que su tartamudez será un obstáculo, y la vergüenza y la ansiedad puede limitar la independencia a nivel social (Yaruss y Quesal, 2006). Si una persona tiende a ser de carácter individualista, difícilmente desarrollará habilidades sociales para ser emocionalmente competente en las relaciones con los demás, y en consecuencia, no tendrá tanto autocontrol de sí mismo como control en los demás cuando se encuentre en situaciones de interacción social (Gutiérrez-Carmona et al., 2015)

Por último, la dimensión global Dureza representa la mentalidad dura de las personas, y características como ser objetivos y utilitarios, reservados, tradicionales y prácticos, frente a personas receptivas y de mente abierta, sensibles, afables, abiertas al cambio y abstraídas (Russell y Karol, 2005; Schuerger, 2013). Entre todas las escalas que contribuyen a Dureza (Sensibilidad, Afabilidad, Apertura al cambio y Abstracción), únicamente encontramos a una, Sensibilidad, que muestra un peso importante en los estudiantes con tartamudez pues se relaciona estrechamente con la dimensión de autoconcepto Verbal y es su único y principal predictor. Sensibilidad mide el predominio de los sentimientos o del pensamiento racional en la toma de decisiones cotidianas. Así, el polo bajo sitúa a sujetos objetivos, utilitarios y poco sentimentales, mientras el polo alto es descriptor de personas sensibles, estetas y sentimentales (Karson et al., 2003; Schuerger, 2013). Esos datos sostienen que, en los adolescentes con tartamudez analizados, conforme aumenta su interés y habilidad en el lenguaje y la lectura, también su sensibilidad, lo que les conduce a apoyarse en la empatía y en la sensibilidad a la hora de hacer sus consideraciones, y en los aspectos subjetivos de las situaciones (Schuerger, 2013).

Así, como se expuso anteriormente en distintas investigaciones, el mantenimiento de la ansiedad social en la tartamudez puede verse influenciado por una serie de factores interrelacionados, incluido el miedo a la evaluación negativa, las cogniciones de evaluación social negativas, y los sesgos de atención, y esto puede llevar a tener la atención centrada en uno mismo, a tener conductas de seguridad y el procesamiento anticipatorio y posterior al evento (Iverach et al., 2017), que haga más difícil su apertura al cambio.

Por otro lado, en Garaigordobil (2007), en su estudio con adolescentes con y sin tartamudez, los resultados ponen de relieve que, en la muestra de personas con tartamudez, se constata la existencia de correlaciones significativas negativas del autoconcepto y la autoestima con síntomas de sensibilidad interpersonal. Los datos sugieren que las personas con alto autoconcepto y autoestima, corroborando lo expuesto anteriormente, manifestaban baja puntuación en sensibilidad interpersonal, lo que se relacionaría negativamente con la dimensión global Dureza.

Sobre esta dimensión y sus escalas, y su relación con el autoconcepto en estudiantes con tartamudez, solamente se ha encontrado dos estudios previos que los hayan relacionado. Así, los resultados señalaban que los niños en edad escolar que tartamudean mostraron una mayor sensibilidad, vulnerabilidad y actitudes negativas hacia el habla que sus pares sin tartamudez (De Nil y Brutten, 1991; Fowlie y Cooper, 1978).

VII – CONCLUSIONES

VII - CONCLUSIONES

Como conclusión, los resultados de este estudio ofrecen pruebas de que el Self-Description Questionnaire II (SDQ-II-S) posee adecuadas propiedades psicométricas para su empleo con adolescentes españoles, y los análisis realizados confirman la estructura, fiabilidad y validez del instrumento para la medida del autoconcepto.

Por ser una etapa vital de enorme complejidad, los educadores y padres deben comprender la importancia de desarrollar positivamente el autoconcepto de los estudiantes, guiándolos y animándolos a participar activamente en la autoexploración para aliviar los conflictos y las contradicciones internas. Además, los programas educativos deben tener presente el trabajo para el desarrollo y la mejora del autoconcepto, pues su evolución positiva aumenta la probabilidad de ser una persona más sociable, responsable y emocionalmente estable, lo que está relacionado con una mayor autoestima, así que no podemos obviar que la adolescencia es una etapa de grandes cambios psico-físicos y sociales. (Hernández et al., 2018).

Se ha podido comprobar que los resultados de la evaluación llevada a cabo del trastorno son confirmados por la literatura existente hasta el momento. El trastorno de la fluidez de inicio en la infancia, y concretamente la tartamudez, forma parte de los trastornos de la comunicación y del lenguaje, y se caracteriza por la presencia de alteraciones en el ritmo del habla, especialmente bloqueos y repeticiones de sílabas y palabras (Castro, 2018), corroborado en este estudio. Asimismo, como propone De Nardo et al., (2016), estas disfluencias van acompañadas de reacciones emocionales (ansiedad y vergüenza) y conductas de evitación y escape (intentar no hablar, no mirar).

Para intentar llevar a cabo una evaluación eficiente, es necesario evaluar más allá que la fluidez del sujeto (Tichenor y Yaruss, 2020a). El fin de esto es buscar un modelo de intervención en posteriores investigaciones, basado en los aspectos que puedan incidir en la mejora del estudiante. Los maestros especialistas en Audición y Lenguaje se ocupan de la atención logopédica a niños con trastorno de la fluidez verbal.

En los centros de Secundaria Obligatoria los estudiantes con tartamudez suelen quedan relegados a un segundo plano, y en la mayoría de las ocasiones, no se interviene con ellos adecuadamente. Esto sería diferente si se realizase una evaluación como la que se propone en el estudio, ya que como hemos comprobado, hay más variables afectadas que dificultan su comunicación e interacción con el entorno. No únicamente se debe evaluar las disfluencias, ya que la comunicación va más allá, pero la práctica real y dada la escasez de recursos personales disponibles, es muy probable que muchos sujetos con tartamudez, no lleguen a ser atendidos, al menos con una intervención directa.

La tartamudez plantea a los especialistas una serie de retos profesionales que otros trastornos del lenguaje y la comunicación no lo hacen. Los especialistas descubren que al aplicar alguna técnica de fluencia la tartamudez disminuye, pero el adolescente no consigue hablar naturalmente de forma fluida. La evaluación multidimensional validaría una intervención diferente, tratando aspectos como las emociones o variables de la personalidad que se relacionan con la tartamudez.

En cuanto al análisis de diferencias y relaciones en autoconcepto y personalidad, estudiantes con tartamudez se diferencian de sus compañeros del grupo de control en habilidades físicas, apariencia física, relaciones con el mismo sexo, relaciones con el sexo opuesto y autoestima. En todas las dimensiones los estudiantes con tartamudez presentan puntuaciones inferiores respecto a los alumnos del grupo control. En cuanto a la personalidad, los estudiantes con tartamudez registran menores puntuaciones en afabilidad.

Las relaciones entre las dimensiones de autoconcepto y los rasgos de personalidad difieren entre los alumnos con tartamudez y los estudiantes del grupo de control. En los alumnos con tartamudez, las escalas que componen la dimensión global Extraversión mantienen relaciones con las dimensiones del autoconcepto. Afabilidad y Atrevimiento, y en sentido negativo Privacidad y Vigilancia. Afabilidad, Autosuficiencia, Animación, Vigilancia y Privacidad se relacionan con Autoestima. Respecto a las dimensiones de autoconcepto de Relaciones, Afabilidad y Atrevimiento se relacionan con Relaciones con el mismo sexo, Relaciones con el sexo opuesto y Relación con los padres, y negativamente con Privacidad y Autosuficiencia. Además, Animación es predictor tanto de Relaciones con el mismo sexo como de Relación con los padres.

En cuanto a la dimensión Ansiedad, su escala Tensión se relaciona con Habilidades físicas y Apariencia Física, y negativamente con Estabilidad emocional, Relaciones con el mismo sexo y con los padres, y con las dimensiones académicas Matemático y Académico general. Tensión también es el principal predictor de autoconcepto Académico general y Matemático. Aprensión, se relaciona de forma inversa con Estabilidad emocional, Autoestima y Relaciones con el mismo sexo, con el sexo opuesto y con los padres. Vigilancia también registró una asociación negativa con Autoestima, siendo asimismo predictor de ésta y de Estabilidad emocional.

Respecto a la dimensión Autocontrol, sus escalas Atención a las normas y Perfeccionismo se relacionan con Académico general. Perfeccionismo, Atención a las normas y Apertura al cambio se asocian con Estabilidad emocional, y Atención a las normas con la dimensión Autoestima. Además, Apertura al cambio fue el principal predictor de todas las dimensiones de relaciones, y junto a Animación fueron los predictores de Relación con los padres y Relaciones con el mismo sexo. Asimismo, Perfeccionismo es predictor de Matemático, Animación de Autoestima, y Atención a las Normas de Académico general.

En la dimensión Independencia, Apertura al cambio y Atrevimiento se relacionan con Estabilidad emocional, siendo negativa la asociación con Tensión. Vigilancia se asocia negativamente con Autoestima, y Dominancia, Atrevimiento y Apertura al cambio se relacionan con las dimensiones de relaciones. Además, Apertura y Animación fueron los principales predictores de Relaciones con el mismo sexo y Relación con los padres, y Apertura y Tensión de Relaciones con el sexo opuesto.

Respecto a la dimensión Dureza, únicamente una de sus escalas se relaciona con el autoconcepto, concretamente, Sensibilidad y la dimensión Verbal.

VIII - LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

VIII - LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a las limitaciones del estudio de adaptación del Self-Description Questionnaire II (SDQ-II-S), debemos citar varias. Como en cualquier investigación que emplee autoinformes, debemos tener en cuenta su naturaleza y los sesgos y patrones de respuesta inherentes a dicha medición que suelen ir asociados. También el empleo de un muestreo por conveniencia, con participantes no seleccionados aleatoriamente. Del mismo modo, el no haber podido realizar análisis para comprobar la confiabilidad de estabilidad en el tiempo (test-retest) para comprobar la constancia de las puntuaciones del cuestionario.

Consideramos que futuros estudios deberían contrastar la información obtenida mediante el SDQ-II-S con métodos objetivos. De especial interés sería la realización de estudios longitudinales, con mediciones repetidas que permitan comprobar los posibles cambios a lo largo del tiempo. También, siguiendo a Lagos-San Martín et al. (2016), para profundizar en la validez de constructo deberían analizarse las relaciones con el rendimiento escolar y otras variables psicosociales y cognitivo-motivacionales como, por ejemplo, atribuciones, objetivos académicos o estrategias de aprendizaje, entre otras.

Además de su interés para la investigación, a nivel aplicado el cuestionario debe servir para que los diferentes profesionales de los equipos multidisciplinares escolares puedan evaluar de forma adecuada y fiable el autoconcepto de los estudiantes, y así poder detectar a los alumnos con mayores problemas, y así poder realizar las intervenciones apropiadas y pertinentes.

Respecto a las limitaciones del estudio de la evaluación de los estudiantes con tartamudez, podemos citar algunas. Se emplean pruebas subjetivas, no estandarizadas, tanto la prueba de evaluación de la fluidez verbal como el cuestionario sociodemográfico, tiene los sesgos y patrones de respuesta inherentes a dicha medición que suelen ir asociados. También el empleo de un muestreo por conveniencia, con participantes no seleccionados aleatoriamente, ya que los centros no han sido escogidos de forma aleatoria, ni los estudiantes con tartamudez. Tampoco se conoce el tratamiento e intervención recibido a lo largo del tiempo de los sujetos, aspecto que podría influir en todas las variables que se han considerado en la evaluación. El paso del tiempo deja insatisfecho a los terapeutas que han

intervenido en el pasado, y que plantean la opción tartamudeo cero. Es posible que estos terapeutas no sepan qué hacer con estos sujetos y mantenga entonces una atención trivial que no cambia nada pero que sí puede tener consecuencias negativas en los adolescentes.

Consideramos que futuros estudios deberían tener en cuenta el tipo de intervención que estos alumnos han tenido años anteriores. También contrastar la información obtenida con los resultados de la evaluación. Deberían analizarse las relaciones existentes entre el mayor número posible de variables medidas, como, por ejemplo, ansiedad, vergüenza o frustración, entre otras. Del mismo modo, se debería aumentar el número de estudiantes con tartamudez y obtener muestras de habla en distintas situaciones o lugares.

Además de su interés para la investigación futura, la prueba de evaluación de fluidez y el cuestionario sociodemográfico, habría que validarlo, y que pueda servir para que los diferentes profesionales de los equipos multidisciplinares escolares puedan evaluar de forma adecuada y fiable la fluidez verbal y otras variables relacionadas con la tartamudez, para así poder realizar una intervención eficiente con estos estudiantes, formulando estrategias de intervención en aspectos cognitivos, emocionales y sociales. En la práctica, esto no es fácil de realizar en la mayoría de los casos.

Por último, en cuanto al estudio de diferencias y análisis de relaciones entre estudiantes con tartamudez y sus compañeros, partimos de la limitación del número de sujetos analizados. Si bien la cifra de estudiantes evaluados puede parecer baja, en la práctica podemos considerar una representación aceptable, pues, como se comentó anteriormente, no son demasiados los alumnos con tartamudez que son derivados a los equipos especializados y, además, una buena parte de esos estudiantes suelen acudir a tratamientos extraescolares. Por ello, estudios futuros deben intentar abarcar muestras mayores de estos estudiantes.

Asimismo, son necesarios un mayor número de estudios que profundicen en las relaciones entre el autoconcepto y la personalidad. Por ello, sería de interés ampliar el análisis a otras franjas de edad, tanto a estudiantes de Educación Primaria, como universitarios y adultos jóvenes. Al mismo tiempo, se debería seguir analizando el autoconcepto y la personalidad en relación con otras variables relevantes, tanto a nivel académico como psicosociales, y plantear investigaciones

longitudinales que permitan comprobar su evolución a lo largo del tiempo en estudiantes con tartamudez, así como el efecto de intervención específicas que busquen mejorar no solo la fluidez de los alumnos, sino también que trabajen positivamente sobre los aspectos psicológicos y sociales de esos estudiantes.

IX - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IX - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acun, N. (2011). Ideal-real self-concept and state-trait anxiety in Turkish university students according to CHAID analysis. *College Student Journal, 45*, 715-725. https://doi.org/10.1080/00207594.1989.10600058

Adriaensens, S., Beyers, W. y Struyf, E. (2015). Impact of stuttering severity on adolescents' domain-specific and general self-esteem through cognitive and emotional mediating processes. *Journal of Communication Disorders, 58*, 43-57. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.10.003

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. (2007). *Resultados de los tratamientos para la tartamudez*. (5/2007). Recuperado de: www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA.

Ajuriaguerra, J. (1980). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray-Mason.

Allard, E. R. y Williams, D. F. (2008). Listeners' perceptions of speech and language disorders. *Journal of Communication Disorders, 41*(2), 108-123. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2007.05.002

Allport, G. W. (1979). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley.

Alm, A. (2004). Suttering, emotions, and heart rate during anticipatory ansiety: a critical review. *Journal of Fluency Disorders, 29* (2), pp. 123-133. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.02.001

Alm, P. A. (2014). Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: Review and analysis with focus on causality. *Journal of Fluency Disorders, 40*, 5–21. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.004

Almendro, M. (2002). *Psicología del caos*. La Llave.

Alonso, J. (2017). Trastornos de la comunicación desde el DSM–V. *Cuadernos de Neuropsicología, 11*(1), 144 – 156. https://doi.org/10.7714/cnps/11.1.401

Álvarez, G. (2017). *Las personas con tartamudez en España. Libro Blanco*. Cinca.

Álvarez, G. (2017). Las personas con tartamudez en España. 2010 – 2016. *Revista Cermies. 74* (2), 25-34. http://creecyl.centros.educa.jcyl.es/sitio/upload/Libro_blanco._Tartamudez.pdf

Ambrose, N. G., Yairi, E., Loucks, T. M., Seery, C. H. y Throneburg, R. (2015). Relation of motor, linguistic and temperament factors in epidemiologic subtypes of persistent and recovered stuttering: Initial findings. *Journal of Fluency Disorders, 45,* 12-26. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.05.0

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition revised, DSM-5-TR*. American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, DSM-5*. American Psychiatric Publishing

American Speech-Language-Hearing Association. (2020c). *La tartamudez*. Recuperado de https://www.asha.org/public/speech/disorders/la-tartamudez/

Ammer, N. (2018). *Tratamiento de la Disfemia con Hipnosis*. Universidad de La Laguna.

Anderson, J. D., Pellowski, M. W., Conture, E. G., & Kelly, E. M. (2003). Temperamental characteristics of young children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 46*(5), 1221-1233. https://doi.org/ 10.1044/1092-4388(2003/096)

Andrews G., Craig A., Feyer AM., Hoddinot S., Howie P., and Neilson MG. (1983). Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. *Journal of Speech and Hearing Disorders 48*,226-246. https://doi.org/10.1044/jshd.4803.226

Angiono, V., Coscueta, M. y Fernández, L. (2019). *Manual de los trastornos de la Comunicación, el Lenguaje y el Habla: Una mirada interdisciplinaria en niños y adultos*. Editorial Brujas.

Arias, B. (2008). Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS. En M.A. Verdugo, M. Crespo, M. Badía, & B. Arias (Eds.), *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales* (pp. 75-120). Publicaciones del INICO.

Arnett, J. J. (2008). Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural Pearson Education. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=MZNmMwAACAAJ

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). DSM-5. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5.ª edición*. Masson

Aydin Uysal, A., Ozdemir R. S. (2019). Temperamental Characteristics of Children who stutter and children who recovered stuttering spontaneously. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences, 4*(2), 17-31. https://doi.org/ 10.5336/healthsci.2019-65738

Azrin, N. H. y Gregory, N. R. (1987). *Tratamiento de hábitos nerviosos: tartamudez, tics, morderse las uñas, arrancarse el cabello, etc*. Martínez Roca.

Bakker, K. (2006). Technical support for stuttering treatment. En N. Bernstein y J. A. Tetnowski (eds.), *Current Issues in Stuttering Research and Practice*. Routledge.

Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Meagher, E. L. y Yaruss, J. S. (2013). The impact of stuttering on adults who stutter and their partners. *Journal of Fluency Disorders, 38*(1), 14–29. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.12.001

Bernal, M.T. (2009). El alumno con disfemia. *Innovación y Experiencias Educativas, 5*(18), 1 – 8.

Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Meagher, E. L. y Yaruss, J. S. (2013). The impact of stuttering on adults who stutter and their partners. *Journal of Fluency Disorders, 38*(1), 14-29. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.12.001

Beilby, J., Byrnes, M., y Yaruss, J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders, 37*(4), 289–299. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.05.003

Beilby, JM, Byrnes, ML y Yaruss, JS (2020). El impacto de la ansiedad en adultos que tartamudean: implicaciones para la terapia del habla. *Journal of Fluency Disorders*. https://doi.org/10/j.j.2020.105

Betz, I. R, Blood, G. W. y Blood, I. M. (2008). University students' perceptions of pre-school and kindergarten children who stutter. *Journal of Communication Disorders, 41*(3), 259-273. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2007.10.003

Biain de Touzet, B. (2017). *Tartamudez y Cluttering: estudio y recuperación de las alteraciones de la fluidez*. Paidós.

Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Praxis-Wolters Kluwer.

Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J. A., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J. y Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem—A

cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology, 111*(3), 396-410. https://doi.org/10.1037/pspp0000078

Blood, G. W. y Blood, I. M. (2016). Long-term consequences of childhood bullying in adults who stutter: Social anxiety, fear of negative evaluation, self-esteem, and satisfaction with life. *Journal of Fluency Disorders, 50*, 72-84. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.10.002

Blood, W., Blood, I., Tellis, G. y Gabel, R. (2003). A preliminary study of self‐esteem, stigma and disclosure in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 28*, 143‐159. https:// doi: 10.1016/s0094-730x(03)00010-x.

Bloodstein, O. (1995). *A handbook of stuttering*. Singular Publishing Group.

Bloodstein, O. y Bernstein Ratner, N. (2008*). A Handbook on Stuttering*. Thomson Delmar Learning.

Blumgart, E., Tran, Y. y Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety, 27*(7), 687–692. https://doi.org/10.1002/da.20657

Bodkin-Andrews, G., Ha, M. T., Craven, R. G. y Yeung, A. S. (2010). Factorial invariance testing and latent mean differences for the Self-Description Questionnaire II (Short Version) with indigenous and non-indigenous Australian secondary school students. *International Journal of Testing*, *9*, 47-79. https://doi.org/10.1080/15305050903352065

Boey, R. (2008). *Stuttering. An epidemiological and phenomenological study. Effects of a social--‐cognitive behaviour therapy*. (Phd), University of Antwerp, Antwerp.

Bohne, A., Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersback, T., y Jenike, M. A. (2002). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: A crosscultural comparison. Psychosomatics: *Journal of Consultation Liasion Psychiatry, 43* (6), 486-490. https:// doi: 10.1176/appi.psy.43.6.486.

Bouton, Charles (1976). *El desarrollo del lenguaje*. Buenos Aires: Huemul.

Boyle, M. P. (2018). Enacted stigma and felt stigma experienced by adults who stutter. *Journal of Communication Disorders, 73*, 50–61. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.03.004

Boyle, M. P. y Fearon, A. N. (2018). 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

Boyle, M.P., Beita-Ell, C., Milewski, K. M. y Fearon, A.N. (2018). Self-Esteem, Self-Efficacy, and Social Support as Predictors of Communicative Participation in Adults Who Stutter. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 1-14. https:// doi: 10.1044/2018_JSLHR-S-17-0443.

Bracken, B. A. (1992). *Multidimensional Self-Concept Scale*. Pro-Ed.

Branden, N. (1993). *El poder de la autoestima. Como potenciar este importante recurso psicológico*. Paidós.

Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima. El libro definitivo sobre la autoestima por el más importante especialista en la materia*. Paidós.

Broberg, M. (2011). Expectations of and reactions to disability and normality experienced by parents of children with intellectual disability in Sweden. *Child: Care, Health and Development, 37*(3), 410-417. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01198.x

Brocklehurst, P. H., Drake, E.,y Corley, M. (2015). Perfectionism and stuttering: Findings of an online survey. *Journal of Fluency Disorders, 44*, 46-62. doi: 10.1016/j.jfludis.2015.02.002

Browne, M. W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Sage. https:// https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=213477

Brutten, G. J., y Vanryckeghem, M. (2003). *Behavior Assessment Battery*. SIG.

Buscaglia, L. (1990). *Los discapacitados y sus padres*. Emecé.

Byron K. (2008). Carrying too heavy a load? The communication and miscommunication of emotion by email. *The Academy of Management Review, 33*(2), 309-327. https://doi.org/10.2307/20159399

Cándido, A., Díaz, C., Duque,, C., Estévez, E. y Gamero, L. J. (2016). Influencia de la jubilación en la satisfacción con la vida y la autoestima. *Reidocrea. Monografico Psicología y Salud*, *5*(2), 21-26. https:// https://www.academia.edu/72880227/Influencia_de_la_jubilaci%C3%B3n_

en_la_satisfacci%C3%B3n_con_la_vida_y_la_autoestima?uc-sb-sw=96396675

Carter, A., Breen, L., Yaruss, J. S. y Beilby, J. (2017). Self-efficacy and quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 54*, 14-23. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.09.004

Caruso, D.R., Mayer, J.D. y Salovey, P. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion, 3* (1), 97-105. Recuperado de: http://unh.edu/emotional_intelligence/EIAssets/EmotionalIntelligenceProper/EI2 003MSCSMSCEITEmotion.pdf

Castejón, J. y Navas, L. (2011). *Dificultades y trastornos del aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria*. Recuperado de http://serproductivo.org/wp-content/uploads/2018/03/dificultades-y-trastornos-de-aprendizaje.pdf

Castro, J. (2018). *Introducción a la lingüística clínica*. Recuperado de https://books.google.cl/books?id=_6DNDwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Catalina, J. (2015). *Disfemias*. Universidad de Valladolid.

Cattell, R. B., Cattell, A. K. S. y Cattell, H. E. P. (1995). *16PF5. Adaptación Española*. TEA Ediciones.

Cattell, H. E. y Schuerger, J. M. (2003). *Essentials of 16PF Assessment*. John Wiley & Sons.

Cerrato, S. M., Sallent, S. B., Aznar, F. C., Pérez, E. G. y Carrasco, M. G. (2011). Análisis psicométrico de la escala multidimensional de autoconcepto AF5 en una muestra de adolescentes y adultos de Cataluña. *Psicothema, 23*, 871-878. https://psicothema.com/pdf/3969.pdf

Cervera, J.F. y Ygual, A. (2002). Intervención educativa en los niños tartamudos: retos técnicos y compromiso ético para los especialistas en audición y lenguaje. *Edetanía, Estudios y propuestas de Educación, 25*, 9- 35. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5624512

Chang, SE y Zhu, DC (2021). Diferencias en la conectividad de las redes neuronales en niños que tartamudean: un estudio longitudinal. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research , 64*. https ://doi.org/10.104/2021_JSL-20 -005

Cherif L., Boudabous J., Khmakhem K., Kammoun S., Hadj kacem I., Ayadi H. y Moalla Y. (2018). Self- esteem and anxiety in stuttering children and attitude of their parents. *Health Edu Care, 3*(2), 1-5. https:// DOI:10.15761/hec.1000138

Cheung, G. W. y Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modelling*, *9*, 233-255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5

Choi D., Conture E.G., Walden T. A., Lambert W.E. y Tumanova V. (2013). Behavioral inhibition and childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 38*(2), 171-183 https:// doi: 10.1016/j.jfludis.2013.03.001

Ciarrochi, J., Chan, A. y Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Diferrences. 31*, 1105-1119. https:// DOI:10.1016/S0191-8869(00)00207-5

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, MI: Erlbaum.

Coleman, C. (2013). *How can you tell if childhood stuttering is the real deal?* Recuperado de https://leader.pubs.asha.org/do/10.1044/how-can-you-tell-if-childhood-stuttering-is-the-real-deal/full /

Colón, D. y Lazo, M. (2018). *Caracterización de los procesos motores básicos del habla de estudiantes de segundo semestre del programa de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sucre ingresados en el periodo 01 del año 2018.* (Tesis Doctoral, Universidad de Sucre). Recuperado de https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/001/740/1/T612.78%20C257.pdf

Connally, EL, Ward, D., Howell, P. y Watkins, KE (2021). Sustancia blanca alterada en la tartamudez evolutiva: un metaanálisis basado en vóxeles. *Neuroimagen: clínica. https* ://doi.org /10.1016/j.norte.202

Concepción, L. L*a tartamudez. Guía para pediatras de la Fundación Española de la Tartamudez* [en línea]. Disponible en: www.fundacionttm.org

Constantino, C. D., Eichorn, N., Buder, E. H., Beck, J. G. y Manning, W. H. (2020). The speaker's experience of stuttering: Measuring spontaneity. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 63*(4), 983–1001. https://doi.org/10.1044/ 2019_JSLHR-19-00068

Constantino, C. D., Leslie, P., Quesal, R. y 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

Constantino, C. D., Manning, W. H. y Nordstrom, S. N. (2017). Rethinking covert stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 53*, 26–40. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.06.00

Conture, E. y Walden, T. (2012). Dual diathesis-stressor model of stuttering. En L. Bellakova y Y. Filatova (eds.). *Theoretical Issues in Fluency Disorders* (p. 94–127). Vlados.

Cooper, E. y Cooper, C. (1985). *Personalized fluency control therapy*. DLM Teaching Resources

Crichton-Smith, I. (2002). Communicating in the real world: Accounts from people who stammer. *Journal of Fluency Disorders, 27*, 333-352. https://doi.org/10.1016/s0094-730x(02)00161-4

Craig, A. (2003). Clinical psychology and neurological disability: Psychological therapies for stuttering. Clinical Psychologist, 7, 93-103. https://doi.org/10.1080/13284200410001707543

Craig, A., Blumgart, E., y 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

Craig, A., Blumgart, E. y Tran, Y. (2011). Resilience and stuttering: Factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 54*(6), 1485-1496. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0304)

Craig, A., Blumgart, E. y Tran, Y. (2015). A model clarifying the role of mediators in the variability of mood states over time in people who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 44*, 63–73. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.03.001

Craig, A., Hancock, K., Tran, Y. y Craig, M. (2003). Anxiety levels in people who stutter: A randomized population study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 46*(5), 1197-1206. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003/093)

Craig, A. y Tran, Y. (2014). Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of Fluency Disorders, 40*, 35-43. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.001

Craig, A., & Tran, Y. (2021). Epidemiology of Stuttering in the 21st Century: Prevalence, Impact, and Implications. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 64*(2), 299-316. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00234

Crichton-Smith, I. (2002). Communicating in the real world: Accounts from people who stammer. *Journal of Fluency Disorders, 27*, 333-352. https://doi.org/10.1016/S0094-730X(02)00161-4

Crone, E. A. (2017). *The Adolescent Brain: Changes in Learning, Decision-Making and Social Relationships*. Routledge.

Crowe, T. A. y Cooper, E. B. (1977). Parental attitudes toward and knowledge of stuttering. *Journal of Communication Disorders, 10*(4), 343–357. https://doi.org/10.1016/0021-9924(77)90031-4

Crystal, D. (1983). *Patología del lenguaje*. Cátedra.

Culatta, R., y Goldberg, S. A. (1995). *Stuttering therapy: an integrated approach to theory and practice*. Allyn & Bacon.

Daniels, D. E. y Gabel, R. M. (2004). The impact of stuttering on identity construction. *Topics in Language Disorders, 24*(3), 200–215. https://doi.org/10.1097/00011363-200407000-00007

Daniels, D. E., Gabel, R. M. y Hughes, S. (2012). Recounting the K–12 school experiences of adults who stutter: A qualitative analysis. *Journal of Fluency Disorders, 37*, 71–82. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.12.001

Daniels, D. E., Hagstrom, F. y Gabel, R. M. (2006). A qualitative study of how African American men who stutter attribute meaning to identity and life choices. *Journal of Fluency Disorders, 31*(3), 200–215. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.05.002.

Dean, L. y Medina, A. M. (2021). Stigma and the Hispanic stuttering experience: A qualitative study. *Journal of Communication Disorders, 89*, 106056. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.106056

De Nardo, T., Gabel, R. M., Tetnowski, J. A., Swartz, E. R. (2016). Self- acceptance of stuttering: a preliminary study. *Journal of Communication Disorders, 60*, 27-38. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2016.02.003

De Nil, L. F. y Brutten, G. J. (1991). Speech-associated attitudes of stuttering and nonstuttering children. *Journal of Speech and Hearing Research, 34*(1), 60-66. https://doi.org/10.1044/jshr.3401.60

Dinville, C. (1982). *La tartamudez*. Científico Médica.

Dinville, C. y Gaches, L. (1989). La disfemia. En Launay, C.L. y Borel-Maisonny, S.(eds), *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Masson.

Donaher, J. y Richels, C. (2012). Traits of attention deficit/hyperactivity disorder in school-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 37*(4), 242-252. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.08.002

Drayna, D. y Kang, C. (2011). Genetic approaches to understanding the causes of stuttering. *Journal of neurodevelopmental disorders, 3*(4), 374-380. https://doi.org/10.1007/s11689-011-9090-7

Druker, K., Hennessey, N., Mazzucchelli, T. y Beilby, J. (2019). Elevated attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 59*, 80–90. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.11.002

Dworzynski, K., Remington, A., Rijsdijk, F., Howell, P., y Plomin, R. (2007). Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected, longitudinal sample of young twins. *American Journal of Speech-Language Pathology, 16*(2), 169–178. https://doi.org/10.1044/1058-0360(2007/021)

Dworzynski, K., Remington, A., Rijsdijk, F., Howell, P. y Plomin, R. (2021). Influencias genéticas y ambientales en la fluidez del habla en la primera infancia. *Journal of Speech , Language, and Hearing Research , 64*(2), 563-575 . https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-19-00442

Eggers, K., De Nil, L. y Van den Bergh, B. (2010). Temperament dimensions in stuttering and typically developing children. *Journal of Fluency Disorders, 35*(4), 355–372. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.10.004

Eggers, K., Millard, S. y Kelman, E. (2021). Temperament and the Impact of Stuttering in Children Aged 8–14 Years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 64*, 417-432. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00095

Eichorn, N., Pirutinsky, S. y Marton, K. (2019). Effects of different attention tasks on concurrent speech in adults who stutter and fluent controls. *Journal of Fluency Disorders, 61*, 105714. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2019.105714

Ellis, L. A., Marsh, H. W. y Richards, G. E. (2002). A brief version of the Self-Description Questionnaire II. Self-concept Enhancement and Learning Facilitation (SELF). Research Centre International Conference, Sydney, 6-8 August, 2002. En R. G. Craven, H. W. Marsh y K. B. Simpson (Eds.), *Self-concept research: Driving international research agendas*. University of Western Sydney.

Erickson, S. y Block, S. (2013). The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal of Fluency Disorders*, *38*, 311–324. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.09.003

Esnaola, I., Elosua, P. y Freeman, J. (2018). Internal structure of academic self-concept. *Learning and Individual Differences*, *62*, 174–179. https://doi.org/10.1016/j.lindif.2018.02.006

Esnaola, I., Goñi, A. y Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica, 13*(1), 69-96.

Esnaola, I., Sesé, A., Azpiazu, L. y Wang, Y. (2023). Revisiting the academic self-concept transcultural measurement model: The case of Spain and China. *British Journal of Educational Psychology*, e12635. https://doi.org/10.1111/bjep.12635

Evans, D., Healey, E. C., Kawai, N. y Rowland, S. (2008). Middle school students' perceptions of a peer who stutters. *Journal of Fluency Disorders, 33*(3), 203–219. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2008.06.002

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional: métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación, 30*, 1-12.

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional. Ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe. *Boletín de Psicología, 80*, 59-77.

Extremera, N. y Fernández, P. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey, *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 19* (3), 63-93.

Ezrati-Vinacour, R. y Levin, I. (2004). The relationship between anxiety and stuttering: a multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders, 29*(2), 135-148. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.02.003

Félix, M. y Toledano R. (2011). *Expresión y comunicación: técnico superior en comunicación infantil*. Editorial CEP.

Felsenfeld, S. (1997). Epidemiology and genetics of stuttering. En R. F. Curlee y J.M. Siegel (comps.), *Nature and treatment o stuttering. New directions*. Allyn and Bacon.

Fernández-Zabala, A., Goñi, E., Rodríguez-Fernandez, A. y Goñi A. (2015). Un nuevo cuestionario en castellano con escalas de las dimensiones del autoconcepto. *Revista Mexicana de Psicología, 32*(2), 149-159.

Fernández-Zabala, A. y Sarasa, M. (2015). El autoconcepto multidimensional. En A. Fernández-Zabala y L. Revuelta (eds.), *Ajuste personal y social. Investigación psicoeducativa* (pp. 59-73). Erein. https://doi.org/10.6018/rie.37.1.308651

Fernández-Martín, M., Calet, N. y González, J. A. (2016). Nuevas tecnologías empleadas en la intervención de la tartamudez: una revisión. *Revista de Investigación en Logopedia, 6*(2), 90-106.

Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación, 29*, 1-6. https://doi.org/10.35362/rie2912869

Fernández, M. (2013). La inteligencia emocional. *Revista de Clases Historia, 337*, 1-12. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5173632

Fernández-Berrocal, P. y Ruiz, D. (2008). La Inteligencia emocional en la Educación, *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa, 15*(2), 421- 436.

Fernández-Zúñiga, A. y de León, M. (2011). Conceptos básicos y abordaje de la tartamudez. FMC. *Formación Médica Continuada En Atención Primaria, 18*(4), 193–199.

Fiedler, P.A. y Standopn, R. (1984). *La tartamudez*. Herder.

Fowlie, G. M. y Cooper, E. B. (1978). Traits attributed to stuttering and nonstuttering children by their mothers. *Journal of Fluency Disorders, 3*(4), 233-246. https://doi.org/10.1016/0094-730X(78)90023-2

Fox, P.T., Ingham, R. J, Ingham, J. C., Zamarripa, F., Xiong, J. H. y Lancaster, J. L. (2000). Brain correlates of stuttering and syllables production: a pet performance-correlation analysis. *Brain, 123*, 1985-2004. https://doi.org/10.1093/brain/123.10.1985

Fraile, M. (2016). *Educación emocional en trastornos del lenguaje oral. Propuesta de intervención en disfemia* (Tesis doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid.

Fuentes, M., García, J., Gracía, E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema, 23*(1), 7-12.

Fulquez, S. C. (2011). *La inteligencia emocional y el ajuste psicológico: un estudio transcultural*. (Tesis doctoral). Universidad Ramón Llul. Barcelona.

Gallardo, J. R. y Gallego, J. L. (2003). *Manual de Logopedia Escolar. Un enfoque práctico*. Aljibe.

Garaigordobil, M. y Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta, 32*(141), 37-64.

Garaigordobil, M., Durá, A. y Pérez, J. I. (2005). Síntomas patológicos, problemas de conducta y autoconceptoautoestima: un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de psicología clínica y salud, 1*, 53-63.

Garaigordobil, M. y Pérez, J. I. (2007). Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con y sin disfemia: Un análisis descriptivo y comparativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 7*, 285-298.

Garcia, J. A. (2003). *Terapia psicológica en el tartamudeo. De Van Riper a la terapia de aceptación y compromiso*. Ariel Psicología.

García-Fernández, M. y Giménez-Mas, S.A. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Revista digital del centro del profesorado Cuevas-Olula, 5*(6), pp. 43-52.

García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Torregrosa, M. S., Ruiz- Esteban, C., Díaz Herrero, A., Pérez-Fernández, E., et al. (2010). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas en

una muestra de estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. *European Journal of Education and Psychology, 3*, 61-74.

García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Díaz, Á., Lagos, N., Torregrosa, M. S. y Gonzálvez, C. (2016). Capacidad predictiva de la autoeficacia académica sobre las dimensiones del autoconcepto en una muestra de adolescentes chilenos. *Estudios sobre Educación*, *30*, 31-50. https://doi.org/10.15581/004.30.31-50

García, F. y Musitu, G. (2014). *Autoconcepto Forma 5*. TEA

Gardner, H. (1998). *Inteligencias múltiples: la teoría en la práctica*. Paidós.

Garton, A. (1994). *Interacción social y desarrollo del lenguaje y la cognición*. Paidós.

Gelpi, P. (2011). *La inteligencia emocional: programas de educación emocional en primaria.* C.P.R. Ejea de los caballeros. Zaragoza. Recuperado de: http://expertoenpsicomotricidad.unizar.es/blog/wp-content/uploads/2014/01/LA- INTELIGENCIA-EMOCIONAL-GELPI.pdf

Ghazvini, S. D. (2011). Relationships between academic self-concept and academic performance in high school students. *Procedia- Social and Behavioral Sciences, 15*, 1034–1039. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.03.235

Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Kairós.

Goleman, D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. Kairós.

Góngora, V., Fernández Liporace, M., y Castro Solano, A. (2010). Estudio de validación de la escala de Rosenberg en población adolescente de la Ciudad de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología, 7*(1), 24-30.

González-Arratia, N. I. (2001). *La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. Universidad Autónoma del Estado de México.

González, R. y Bevilacqua, J. (2012). Las disartrias. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 23*, 299-309

González, J. J. y García, J. M. (2019). *Trastornos del lenguaje y la comunicación*. En Congreso de Actualización Pediatría 2019. (569- 577). Lúa Ediciones.

González, C., Marcilla, A. y González, D. (1996). Ansiedad y autoconcepto en una población escolar. *Revista de Ciencias de la Educación, 167*, 375-384.

González-Pienda, J. A., Nuñez, J. C., González, S. y García, M. S. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema, 9*(2), 271-289.

González-Pienda, J.A., Núñez, J.C. y Valle, A. (1992): Influencia de los procesos de comparación interna/externa sobre la formación del autoconcepto y su relación con el rendimiento académico. *Revista de Psicología General y Aplicada. 45*, 73-82.

González, M.C. y Tourón, J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento académico. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje*. Pamplona: EUNSA.

Guerin, F., Marsh, H. W. y Famose, J. P. (2003). Construct validation of the Self-Description Questionnaire II with a French sample. *European Journal of Psychological Assessment*, *19*, 142-150. https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.2.142

Guitar, B. (2014). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment.* Williams & Wilkins.

Guitar, B., Junqueira, A. y Leal, G. (2016). Fundamentos teóricos y evaluación clínica de la tartamudez en niños, adolescentes y adultos. En A. Dioses, B. Guitar, M. Guzmán, A. Junqueira, G. Leal y I. Marchesan (eds.), *Trastornos del Habla: de los fundamentos a la evaluación* (pp. 213-281). EOS.

González, M.T. (1986). La innovación educativa: algunas apreciaciones iniciales. En M.T. González (ed.), *Innovación educativa: teorías y procesos de desarrollo* (pp. 1-16). Humanitas.

Guittar, B. (1998). *Stuttering. An integrated approach to its nature and treatment*. Williams and Wilkins

Gunn, A., Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Lowe, R., Iverach, I., Heard, R. y Block, S. (2014). Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders, 40,* 58–68. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.09.002

Gutiérrez, J., Gil, J. (2015). Aceptando la tartamudez. (Tesis doctoral). Universidad de Valladolid, España.

Guttormsen, LS, Kefalianos , E. y Onslow, M. (2022) . El papel de los factores ambientales en el desarrollo de la tartamudez infantil: una revisión de la

evidencia. *Journal of Communication Disorders*, 95, 106144. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106144

Harish, M y Singh, M. (2019). Shyness among Children with and without stuttering: a comparative study. *The international journal of Indian psychology, 7* (3), 1-8. https://doi.org/10.25215/0703.005

Harter, S. (2012). *The Construction of the Self*. Guilford Press.

Hartford, E. y Leahy, M. M. (2007). *The perceptions of primary school children of a person who stutters* [Conference session]. Comunicación presentada al *5th World Congress on Fluency Disorders*, Dublin, Irlanda.

Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., Greaves, C. J. y Campbell, J. L. (2011). The impact of social isolation on the health status and healthrelated quality of life of older people. *Quality of Life Research, 20*(1), 57-67. https://doi.org/10.1007/s11136-010-9717-2

Hayes, A. F., y Scharkow, M. (2013). The Relative Trustworthiness of Inferential Tests of the Indirect Effect in Statistical Mediation Analysis: Does Method Really Matter. *Psychological Science, 24*(10), 1918-1927. https://doi.org/10.1177/0956797613480187

Hearne, A., Packman, A., Onslow, M. y Quine, S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Revista de Trastornos de Fluidez, 33*(2), 81-98. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2008.01.001

Heatherton, F. y Wyland, C. (1998). Assessing self-esteem. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 219–233). American Psychological Association.

Hernández, M. A., Belmonte, L. y Martínez, M. M. (2018). Autoestima y ansiedad en los adolescentes. *ReiDoCrea, 7*, 269-278. https:// https://doi.org/10.30827/Digibug.54133

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010*). Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Hernández, F., Fuentes, P., Iglesias, E. y Serrano, F. (1995). *Introducción al proceso de investigación en educación*. Diego Marín

Hewitt, P. (2009). Self-Esteem. En S. J. Lopez (Ed.), *Encyclopedia of positive psychology* (pp. 880-886). Wiley Blackwell.

High, A. C. y Caplan, S. E. (2009). Social anxiety and computer-mediated communication during initial interactions: implications for the hyperpersonal perspective. *Computers in Human Behavior, 25*(2), 475-482. https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.10.011

Hollister, J. E. y Zebrowski, P. (2015). *Effortful control and adaptive functioning in school-age children who stutte*r. University of Iowa.

Howell, P. (2007). Anxiety in speakers who persist and recover from stuttering. *Journal of Communication Disorders, 40*(5), 398-417. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2006.10.003

Hu, L. T. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*(1), 1-55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Huang, C. (2012). Discriminant and incremental validity of self-concept and academic self-efficacy: A meta-analysis. *Educational Psychology*, *32*, 777-805. https://doi.org/10.1080/01443410.2012.732386

Hudock, D., y Kalinowky, J. (2014). Stuttering inhibition via altered auditory feedback during scripted telephone conversations. *Journal of Language and Communication Disorders, 49*(1), 139-147. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12053.

Humeniuk, E., y Tarkowski, Z. (2016). Overview of research over the efficiency of therapies of stuttering. *Polish Annals of Medicine, 24*(1), 99 - 103. https://doi.org/10.1016/j.poamed.2016.11.007

Hutz, S. y Zanon, C. (2011). Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Roserberg Self-esteem Scale. *Avaliação Psicológica, 10(*1), 41-49.

Hurtado, M.J. (2009). Trastornos del lenguaje. *Revista de innovación y experiencias educativas,16*, 1-11.

Ingham, R. J. (2003). Brain imaging and stuttering: some reflections on current and future developments. *Journal of Fluency Disorders, 28(*4), 411-420. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2003.08.003.

Ingham, R. J., Bothe, A. K., Jang, E., Yates, L., Cotton, J. y Seybold, I. (2009). Measurement of speech effort during fluency-inducing conditions in adults who do and do not stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 52*(5), 1286–1301. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2009/08-0181)

Ingham, R. J., Ingham, J. C. y Bothe, A. K. (2012). Integrating functional measures with treatment: A tactic for enhancing personally significant change in the treatment of adults and adolescents who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology, 21*(3), 264–277. https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0068)

Inglés, C. J., Torregrosa, M. S., Hidalgo, M. D., Núñez, J. C., Castejón, J. L., García-Fernández, J. M. (2012). Validity evidence based on internal structure of scores on the Spanish version of the Self-Description Questionnaire-II. *The Spanish Journal of Psychology, 15*(1), 388-398. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n1.37345

Iverach, L., Menzies, RG, O'Brian, S., Packman, A., y Onslow, M. (2019). Ansiedad y tartamudez: exploración de la relación entre el trastorno de ansiedad social y la tartamudez en adultos. *Depresión y ansiedad , 36* (1), 40-46. https://doi.org/10.1002/da.22890

Iverach, L., Lowe, R., Jones, M., O'Brian, S., Menzies, R. G., Packman, A. y Onslow, M. (2017). A speech and psychological profile of treatment-seeking adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 51*, 24–38. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.11.001

Iverach, L., Jones, M., McLellan, L. F., Lyneham, H. J., Menzies, R. G., Onslow, M. y Rapee, R. M. (2016). Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 49*, 13–28. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.07.00

Iverach, L., y Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders, 40*, 69–82. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003

Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios pedagógicos, 27*, 111-118.

Janssen, P. (1985). *Gedragstherapie bij stotteren*. Bohn, Scheltema & Holkema.

Jiménez, J. y Alonso, J. (2000). *Corregir problemas de lenguaje*. RBA.

Johnson, M., Baxter, S., Blank, L., Cantrell, A., Brumfitt, S., Enderby, P. y Goyder, E. (2015). The state of the art in non-pharmacological interventions for developmental stuttering. Part 2: qualitative evidence synthesis of views and experiences. *International Journal of Language & Communication Disorders. 50*(5), 676-718. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12182.

Johnson, C. A., Gerwin, K. L., Tichenor, S. E., Boyle, M. P. y Walsh, B. (2024). Evaluating stuttering self-stigma and its relationship to adverse impact in children and adolescents with the child stuttering self-stigma scale. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 67*(9), 2920-2934. https://doi.org/10.1044/2024_JSLHR-24-00069

Johnson, K. N., Walden, T. A., Conture, E. G. y Karrass, J. (2010). Spontaneous regulation of emotions in preschool children who stutter: Preliminary findings. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 53*(6), 1478-1495. https://doi.org/10.1044/1092-4388

Jones, R. (2014). Termperament, emotion and childhood stuttering. *Seminars in Speech and Language, 35*(2), 114-131. https://doi.org/10.1055/s-0034-1371755.

Jones, A. (2015). *Stuttering and music therapy*. Ball State University.

Jones, R., Choi D., Conture E. y Walden T. (2014). Temperament, emotion and childhood stuttering. *Semininars in Speech and Language, 35*, 114-131. https://doi.org/10.1055/s-0034-1371755

Jöreskog, K. G. (1970). A general method for analysis of covariance structures. *Biometrika*, *57*(2), 239-251. https://doi.org/10.2307/2334833

Junta de Andalucía (2007). *Resultados de los tratamientos para la tartamudez. Informe 5/2007*. Disponible en http://www.psicoevidencias.es/docman/Descargardocumento/20Tartamudez.html.

Juste, F. y Andrade, C. (2006). Typology of speech disruptions and grammatical classes in stuttering and fluent children. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica, 18*(2), 129-140. https://doi.org/10.1590/s0104-56872006000200002

Kalinowski. J. (2003). Self-reported efficacy of an all in-the-ear-canal prosthetic device to inhibit stuttering during one hundred hours of university teaching: an autobiographical clinical commentary. *Disability and Rehabilitation, 24*, 107-111. https://doi.org/10.1080/713813477

Kang, Ch., Riazzudin, J., Mundorff, J., Friedman, P., Mullikin, J. y Drayna, D.(2010). Mutation in the lysosomal enzime-targeting pathway and persist stuttering. *New England Journal of Medicine, 362*(8), 677- 685. https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902630

Karrass, J., Walden, T. A., Conture, E. G., Graham, C. G., Arnold, H. S., Hartfield, K. N. y Schwenk, K. A. (2006). Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders, 39*(6), 402–423. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2005.12.004

Karson, M., Karson, S. y O' Dell, J. (2003). *16 PF-5. Una guía para su interpretación en la práctica clínica*. TEA Ediciones.

Kashani, J. y Orvaschel, H. (1990). A Community Study of Anxiety in Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry, 147*, 313-318. https://doi.org/10.1176/ajp.147.3.313

Kawamoto, T. (2020). The moderating role of attachment style on the relationship between self-concept clarity and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, *152*, 109604. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109604

Kawamura, K. Y., Hunt, S. L., Frost, R. O., y Di Bartolo, P. M. (2001). Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent?. *Cognitive Therapy and Research, 25*(3), 291-301. https://doi.org/10.1023/A:1010736529013

Kefalianos, E., Onslow, M., Block, S., Menzies, R. y Reilly, S. (2012). Early stuttering, temperament and anxiety: Two hypotheses. *Journal of Fluency Disorders, 37*(3), 151–163. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.03.002

Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal selfesteem. *Psychological Inquiry, 14,* 1-26. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401_01

Klein, J. F. y Hood, S. B. (2004). The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of Fluency Disorders, 29*, 255-273. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.08.001

Klompas, M. y Ross, E. (2004). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: Personal accounts of South African individuals. *Journal of Fluency Disorders, 29*, 275-305. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.10.001

Lagos-San Martín, N., García-Fernández, J.M., Inglés, C.J., Hidalgo, M.D., Torregrosa, M.S. y Gómez-Núñez, M.I. (2016). Self-Description Questionnaire II (versión breve): evidencia de fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes chilenos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, 69-79. https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.04.001

Leal, G., Guitar, B y Junqueira, A. (2016). *Trastornos del habla: de los fundamentos a la evaluación*. EOS.

Lee, E., Choi, S. H., Choi C., Lee, K. (2020). Temperamental Characteristics of Pre-School Children who stutter. *Audiology and Speech Research, 16*(4), 339-346. https://doi.org/10.21848/asr.200052

Le Huche, F. y Le Huche, S. (1992). *Bégaiment*. ADRN.

Leith, L. M. (1994). *Foundations of exercise and mental health*. Fitness Information Technology.

Liu, S. Y., Wrosch, C., Morin, A. J. S., Quesnel-Vallée, A. y Pruessner, J. C. (2019). Changes in self-esteem and chronic disease across adulthood: A 16-year longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, *242*, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112600

Loriente, C. (2007). *Antropología de la tartamudez. Etnografía y propuestas*. Bellaterra.

Loriente, C. (2013). Crítica y alternativa al modelo biomédico de la tartamudez. *Revista de Investigación en Logopedia, 3(*2), 120-145.

Maguire, G., LaSalle, L., Hoffmeyer, D., Nelson, M., Lochhead, J., Davis, K., Burris, A. y Yaruss, J. (2019). Ecopipam as a pharmacologic treatment of stuttering. *Annals of Clinical Pshychiatry, 31*(3), 164-168. https://

Manning, W. H. (2001). *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. Delmar Cengage Learning.

Manning, W. y Beck, G. J. (2013). The role of psychological processes in estimates of stuttering severity. *Journal of Fluency Disorders, 38*(4), 356-367. https://doi.org//10.1016/j.jfludis.2013.08.002

Manzano, A. y Zamora, S. (2009). *Sistema de ecuaciones estructurales: Una herramienta de investigación. Cuaderno técnico*. México, Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior.

Mardones, J., Seguel, M., Valenzuela, D. y Vallejos, D. (2017). *Características de los procesos motores básicos del habla, evaluados a través del protocolo de evaluación de habla de R. González y L. Toledo en personas con Enfermedad de Parkinson, integrantes de la agrupación: personas con Enfermedad de Parkinson, familiares y amigos de la ciudad de Temuco en el año 2017*. (Trabajo de tesis). Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

Markus, H. y Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology, 38*, 299-337. https://doi.org/10.1146/annurev.ps.38.020187.001503

Marsh, H. W. (1986). Verbal and math self-concepts: An internal/external frame of reference model. *American Educational Research Journal, 23(*1), 129-149. https://doi.org/10.3102%2F00028312023001129178

Marsh, H. W. (1990). The structure of academic self-concept: The Marsh/Shavelson model. *Journal of Educational psychology, 82*(4), 623-636. https://doi.org/10.1037/0022-0663.82.4.623

Marsh, H. W. (1992) *SDQ II: Manual*. Self Research Centre, University of Western Sydney.

Marsh, H. W. (2006). *Self-concept theory, measurement and research into practice: The role of self-concept in educational psychology*. British Psychological Society.

Marsh, H. W., Abduljabbar, A. S., Parker, P. D., Morin, A. J., Abdelfattah, F., Nagengast, B., ... Abu-Hilal, M. M. (2015). The internal/external frame of reference model of self-concept and achievement relations: Age-cohort and cross-cultural differences. *American Educational Research Journal, 52*(1), 168-202. https://doi.org/10.3102/0002831214549453

Marsh, H. W., Byrne, B. M. y Shavelson, R. J. (1988). A multifaceted academic self-concept: Its hierarchical structure and its relation to academic achievement. *Journal of Educational Psychology, 80*(3), 366-380. https://doi.org/10.1037/0022-0663.80.3.366

Marsh, H. W., Ellis, L. A., Parada, R. H., Richards, G. y Heubeck, B. G. (2005). A short version of the Self-Description Questionnaire II: Operationalizing criteria for short-form evaluation with new applications of confirmatory factor analyses. *Psychological Assessment*, *17*(1), 81-102. https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.1.81

Marsh, H. W., Kuyper, H., Seaton, M., Parker, P. D., Morin, A. J., Möller, J. y Abdul¬jabbar, A. S. (2014). Dimensional comparison theory: An extension of the internal/ external frame of reference effect on academic self-concept formation. *Contemporary Educational Psychology, 39*(4), 326-341. https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2014.08.003

Marsh, H. W. y Martin, A. J. (2011). Academic self-concept and academic achievement: Relations and causal ordering. *British Journal of Educational Psychology, 81*(1), 59-77. https://doi.org/10.1348/000709910X503501

Marsh, H. W., Smith, I. D. y Barnes, J. (1985). Multidimensional self-concepts: Rela¬tionships with sex and academic achievement. *Journal of Educational Psychology, 77*(5), 581-596. https://doi.org/10.1037/0022-0663.77.5.581

Martínez-Antón, M., Buelga, S. y Cava, M. J. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología, 38*,293-303.

Martín, M. de L. (2016). El autoconcepto en la adolescencia. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Martínez-Antón, M., Buelga, S., y Cava, M.J. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología, (38*),293-303.

Massenzana, F. (2017). Autoconcepto y autoestima: ¿sinónimos o constructos complementarios? *Psocial, 3*(1), 39-52.

Mato, O., Ambris, J., Llergo, M. y Mato, Y. (2020). Autoconcepto en adolescentes considerando el género y el rendimiento académico en Educación Física. *Revista Universidad y Sociedad, 12*(6), 22-30.

Mayer, J. D. y Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence, 17*, 433-442. https://doi.org/10.1016/0160-2896(93)90010-3

McAllister, J., Kelman, E. y Millard, S. (2015). Anxiety and cognitive bias in children and young people who stutter. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 193*, 183–191. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.258

Meltzoff, J. (2000). *Critica a la investigación. Psicología y campos afines*. Alianza.

Menzies, R. G., Onslow, M. y Packman, A. (1999). Anxiety and stuttering: Exploiring a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology, 8*, 3-10. https://doi.org/10.1044/1058-0360.0801.03

Merlo, S. (2006). *Hesitações na fala semi-espontânea: análise por séries temporais*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas). Recuperado de http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/271132/1/Merlo_Sandra_M.pdf

Messenger, M., Packman, A., Onslow, M., Menzies, R., and O'Brian, S. (2015). Children and adolescents who stutter: further investigation of anxiety. *Journal of Fluency Disorders, 46*, 15–23. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.07.006

Miller , A., Zhuang , P. , Dhamala, M. y Reddy , S. (2022) . Base neurogenética de la tartamudez evolutiva: una revisión de neuroimagen. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 134*, 104526. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104526

Min, J-A., Jung, Y-E., Kim, D-J., Yim, H-W., Kim, J-J., Kim, T-S., Lee, C-U., Lee, C. y Chae, C-H. (2013). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research, 22*(2), 231-241. https://doi.org/10.1007/s11136-012-0153-3

Montoya, B. I. y Landero, R. (2013). Satisfacción con la vida y autoestima en jóvenes de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud, 18*(1), 117-122.

Montoya, M. Á. y Sol, C. E. (2001). *Autoestima. Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y desarrollo humano*. Pax.

Morales, F. M., Fernández, F. J., Infante, L., Trianes, M. V. y Cerezo, M. T. (2010). Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados motores a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria. *Revista Latinoamericana de Psicología, 41*, 141-152.

Mulas, F., Etchepareborda, M.C., Díaz-Lucero, A. y Ruiz-Andrés, R. (2006). El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo. Revisión de las características clínicas. *Revista de Neurología, 42*, 103-109.

Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J. y Byrnes, M. (2008). Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders, 33*(4), 306-319. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2008.12.002

Murphy, B. (1999). A preliminary look at shame, guilt, and stuttering. En N. Bernstein Ratner y E.C. Healey (eds.), *Stuttering research and practice. Bridging the gap*. LEA.

Musitu, G. (1996). *Proyecto autoestima. Educación familiar y socialización de los hijos*. Idea Books.

Nang, C., Hersh, D., Milton, K. y Lau, S. R. (2018). The impact of stuttering on development of self-identity, relationships, and quality of life in women who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology, 27*(3S), 1244–1258. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0201

Neef, NE, Anwander, A. y Friederici, AD (2018). La base neurobiológica de la tartamudez persistente del desarrollo: de la estructura a la función. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 18(12), 106. https://doi.org/10.1007/s11910-018-0904-0

Nolla, A. y Tàpias, A. (2015). *La logopedia*. Editorial UOC.

O'Brian, S., Carey, B., Lowe, R., Onslow, M., Packman, A. y Cream, A. (2018). *The Camperdown Program Stuttering Treatment Guide*. Australian Research Centre.

Oliveira, C., Bernardes, A., Broglio, G. y Capellini, S. (2010). Speech fluency profile in cluttering individuals. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica, 22*(4), 445-450. https://doi.org/10.1590/S0104-56872010000400014

Oñate, M. P. (1989). *El autoconcepto*. Narcea.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11).* [en línea]. Disponible en: https://icd.who.int/browse11.

Orth, U., Dapp, L. C., Erol, R. Y., Krauss, S., & Luciano, E. C. (2021). Development of domain-specific selfevaluations: A meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology, 120*(1), 145-172. https://doi.org/10.1037/pspp0000378

Palenzuela, D. (1983). Construcción y validación de una escala de autoeficacia percibida específica de situaciones académicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, *9*(21), 185-219.

Parise, M., Canzi, E., Olivari, M. G. y Ferrari, L. (2019). Self-concept clarity and psychological adjustment in adolescence: The mediating role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, *138*, 363-365. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.10.023

Parra, Á., Olivia, A. y Sánchez, I. (2004). Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes. *Anuario de psicología, 35*(3), 331-346.

Pearson, J. C., Child, J. T., DeGreeff,B. L., Semlak, J. L., y Burnett, A. (2011). The Influence of Biological Sex, Self-- ‐ Esteem, and Communication Apprehension on Unwillingness to Communicate. *Atlantic Journal of Communication, 19*(4), 216-227. https://doi.org/10.1080/15456870.2011.584509

Pendoncini, G y Yvon, Y. (1968). *Manual de psicología y reeducación infantil*. Marfil.

Perelló, J. (1990). *Trastornos del habla*. Masson

Pérez, R. (2000). La evaluación de programas educativos: conceptos básicos, planteamientos generales y problemática. *Revista de Investigación Educativa, 18*(2), 261-287.

Pérez, L. y Beltrán, J. (2006). Dos décadas de "inteligencias múltiples": implicaciones para la psicología de la educación. *Papeles del Psicólogo, 27*(3), 147-164.

Perez, H. y Stoeckle, J. (2016). Stuttering: Clinical and research update. *Canadian family physician, 62*(6), 479-484.

Perkins, W. H. (1990). What is stuttering? *Journal of Speech and Hearing Disorders,* 55(3), 370–382. https://doi.org/10.1044/jshd.5503.370

Pfeifer, J. H. y Peake, S. J. (2012). Self-development: integrating cognitive, socioemotional, and neuroimaging perspectives. *Developmental Cognitive Neuroscience, 2*(1), 55–69. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2011.07.012

Pichon, E. y Borell-Maysonny, M. (1979). *La tartamudez, naturaleza y tratamiento.* Toray- Masson.

Pietsch, J., Walker, R. y Chapman, E. (2003). The relationship among self-concept, self-efficacy, and performance in mathematics during secondary school. *Journal of Educational Psychology*, *95*, 589-603. https://doi.org/10.1037/0022-0663.95.3.589

Plexico L.W., Erath S., Shores H. y Burrus E. (2018). Self- acceptance, resilience, coping and satisfaction of life in people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.10.004

Prats, P. M. (2016). *Disfemia: causas, evolución y tratamiento*. Recuperado de: https://www.uv.es/uvweb/master-intervencion-logopedica/es/blog/disfemia-causas-evolucion-tratamiento-1285881139898/GasetaRecerca.html?id=1285969311828

Ramírez, L. H. (1975). Tratamiento de la tartamudez por los procedimientos de auto-control. *Revista Latinoamericana de Psicología, 7*(3), 421-434.

Riley, G. (1994). *Stuttering severity instrument for children and adults.* Pro-Ed.

Roca, E. (2017). *Análisis de la Intervención Logopédica en Tartamudez Infantil*. Escuelas Universitarias Gimbernat, Cantabria.

Rocha, M. S., Yaruss, J. S. y Rato, J. R. (2019). Temperament, executive functioning, and anxiety in school-age children who stutter. *Frontiers in Psychology, 10*, 2244. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02244

Rodman, A. M., Powers, K. E. y Somerville, L. H. (2017). Development of self-protective biases in response to social evaluative feedback. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 114*(50), 13158-13163. https://doi.org/10.1073/pnas.1712398114

Rodríguez, A. (2000). Intervención Temprana en Tartamudez: Criterios para Tomar Decisiones. *Logopedia, Foniatría y Audiología, 20*(3), 136- 150. https://doi.org/10.1016/S0214-4603(00)76161-4

Rodríguez-Morejón, A. (2003). *La tartamudez: naturaleza y tratamiento*. Herder.

Rodríguez, C. y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Internacional Journal of Psychology an Psychological Therapy, 12*(3), 389-403.

Rothbart, M., Bates, J. (1998). Temperament. En N. Eisenberg (ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3. Social, emotional and personality development (pp. 105-176). Wiley.* https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0303

Russell, M. T. y Karol, D. L. (2005). *16 PF-5. Manual*. TEA Ediciones.

Sakyi, K. S., Surkan, P. J., Fombonne, E., Chollet, A. y Melchior, M. (2015). Childhood friendships and psychological difficulties in young adulthood: An 18-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(7), 815-826. https://doi.org/10.1007/s00787-014-0626-8

Salgado, A. (2005). *Manual práctico de tartamudez*. Síntesis.

Salgado, A. (2024). *La tartamudez. Guía para pediatras de la Fundación Española de la Tartamudez* [en línea]. Disponible en: www.fundacionttm.org

Salley, B. y Dixon, W. E. (2007). Temperamental and joint attentional predictors of language development. *Merrill Palmer Q., 53*(1), 131–154. https://doi.org/10.1353/mpq.2007.0004

Samson, I., Lindström, E., Sand, A., Herlitz, A. y Schalling, E. (2021). Larger reported impact of stuttering in teenage females, compared to males—A comparison of teenagers' result on Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES). *Journal of Fluency Disorders, 67*, 105822. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2020.105822

Samson, I., Schalling, E., Herlitz, A., Lindström, E. y Sand, A. (2022). A cross-sectional investigation of the impact of stuttering on Swedish females and males in childhood, adolescence, and young adulthood. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 65*(12), 4608-4622. https://doi.org/10.1044/2022_JSLHR-22-00043.

Sánchez Santamaría, J. (2010). La competencia emocional en la escuela: una propuesta de organización dimensional y criterial. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete, 25*, 79-96.

Sander, R. y Osborne, C. (2019) *Stuttering: Understanding and Treating a Common Disability*. American Family Physician.

Sangorrín, J. (1987). *Escala para la evaluación del disfémico*. En Actas del V Simposio de las EESS de Logopedia y Psicología del Lenguaje. Salamanca: Amarú.

Sangorrín, J. (1994). La disfemia. En J. Peña (comp.), Manual de Logopedia. Masson.

Sangorrín, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *Revista de Neurología, 41,* 43- 46.

Santacreu, J. (1985). *Tratamiento conductual de la tartamudez*. Promolibro.

Santacreu, J. y Frojan, M. X. (1993). *La tartamudez*. Pirámide.

Santacreu, J y Forjan (1997). *La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil*. Pirámide.

Santrock, J. (2011). *Adolescence 13th edition*. McGraw-Hill.

Shavelson, R. J., Hubner, J. J. y Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, *46*(3), 407-441. https://doi.org/10.2307/1170010

Sheehan, J. G. (1970). Teoría del conflicto del rol. Stuttering: Research and Therapy, 1-15. Recuperado de http://www.ttmib.org/documentos/Sheehan-Roles.pdf

Schmidt, V., Messoulam, N. y Molina, F. (2008). Autoconcepto académico en adolescentes de escuelas medias: presentación de un instrumento para su evaluación. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 1*(25), 81-106.

Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A. y King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research*, *99*(6), 323-337. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.06.006

Shapiro, D. A. (1999). *Stuttering intervention: a collaborative journey to fluency freedom*. Pro-Ed.

Shavelson, J., Hubner, J. J. y Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research, 46*, 407-442. https://doi.org/10.3102/00346543046003407

Shepherd, R. M. y Edelmann, R. J. (2005). Reasons for internet use and social anxiety. *Personality and Individual Differences, 39*, 949-958. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.04.001

Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade- Fortaleza, 1, 3*, 10-19.

Slot, W. y Van Aken, M. (2013). *Psychologie van de adolescentie: Basisboek*. ThiemeMeulenhoff.

Sisskin, V. (2018). Avoidance reduction therapy for stuttering (ARTs). En B. Amster y E. Klein (Eds.), *More than fluency: The social, emotional, and cognitive dimensions of stuttering* (pp. 157–186). Plural Publishing.

Slobodskaya, H. R. (2021). Personality development from early childhood through adolescence. *Personality and Individual Differences*, *172*(3), 110596. https://doi.org/

Smelser, N.J. (1989). Self-esteem and social problems: an introduction. En A. M. Mecca (ed.), *The social importance of self-esteem* (pp. 294-326). University of California Press.

Smith, A. y Weber, C. (2017). How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 60*(9), 2483–2505. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343

Somerville, L. H. (2013). The teenage brain: sensitivity to social evaluation. *Current Directions in Psychological Science, 22*(2), 121-127. https://doi.org/10.1177/0963721413476512

St. Louis, K., y Myers, F. (1998). *Una sinopsis de cluttering y su tratamiento.* Recuperado de: http://www.mnsu.edu/comdis/isad/papers/stlouis.html

Starkweather, C. (1987). *Fluency and stuttering.* New Jersey: Prentice-Hall

Starkweather, C. y Givens-Ackerman, J. (1997). *Stuttering*. Pro-Ed.

Stournaras, E. F. (1987). *Cognición y tartamudez*. En Actas de V Simposio de las EESS de logopedia, y psicología del lenguaje. Salamanca, Amaru

Stankov, L. y Lee, J. (2014). Quest for the best non-cognitive predictor of academic achievement. *Educational Psychology, 34*(1), 1-8. https://doi.org/10.1080/01443410.2013.858908

Stidham, K. R., Olson, L., Hillbratt, M. y Sinopoli, T. (2006). A new antistuttering device: treatment of stuttering using bone conduction stimulation with delayed temporal feedback. *The Laryngoscope, 116*, 1951-1955. https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000236079.52499.0b.

Stuart, A., Kalinowski, J., Rastatter, M. P., Saltuklaroglu, T. y Dayalu, V. (2004). Investigations of the impact of altered auditory feedback in-the-ear devices on the speech of people who stutter: initial fitting and 4-month follow-up.

International Journal of Language and Communication Disorders, 39, 93-113. https://doi.org/10.1080/13682820310001616976.

Suresh, R., Ambrose, N., Roe, C., Pluzhnikov, A., Wittke-Thompson, J., Ng, M. C.-Y., Wu, X., Cook, E., Lundstrom, C., Garsten, M., Ezrati, R., Yairi, E. y Cox, N. (2006). New Complexities in the Genetics of Stuttering: Significant Sex-Specific Linkage Signals. *The American Journal of Human Genetics, 78*(4), 554–563. https://doi.org/10.1086/501370

Susanibar, F., Dioses, A. y Tordera, J. C. (2016). *Principios para la evaluación e intervención de los trastornos de los sonidos del habla (TSH)*. EOS.

Tam, C. C., Benotsch, E. G. y Li, X. (2020). Self-esteem and non-medical use of prescription drugs among college students: Coping as a mediator. *Substance Use Misuse*, *55*(8), 1309–1319. https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1735441

Tafur, C. (2018). Perfil de la fluidez del habla en niños de 7 años en una Institución Educativa Privada en el distrito del Cercado de Lima. (Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/14327/Tafur_Quiroz_Perfil_fluidez_habla1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tarkowski, Z. (2017). *A new approach to stutering: Diagnosis and Therapy. Hauppauge*. Nova Science Publisher's.

Tausch, G. (1981). *Psicología de la educación*. Herder.

Tichenor, S. E., Constantino C. y Yaruss J. S. (2022). A point of view about fluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 65*(2), 645-652. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-21-00342

Tichenor, S., Leslie, P., Shaiman, S. y Yaruss, J. S. (2017). Speaker and observer perceptions of physical tension during stuttering. *Folia Phoniatrica et Logopaedica, 69*(4), 180-189. https://doi.org/10.1159/000486032

Tichenor, S. E. y Yaruss, J. S. (2018). A phenomenological analysis of the experience of stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology, 27*(3S), 1180–1194. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0192

Tichenor, S. E. y Yaruss, J. S. (2019a). Group experiences and individual differences in stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 62*(12), 4335-4350. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-19-00138

Tichenor, S. E. y Yaruss, J. S. (2019b). Stuttering as defined by adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 62*(12), 4356-4369. https://doi.org/10.1044/2019_ JSLHR-19-00137

Tichenor, S. E. y Yaruss, J. S. (2020a). Recovery and relapse: Perspectives from adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 63*(7), 2162–2176. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00010

Tichenor, S. E. y Yaruss, J. S. (2020b). Repetitive negative thinking, temperament, and adverse impact in adults who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology, 29*(1), 201–215. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00077

Tichenor, S. E. y 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

Torres, A. (2018). Auto concepto, ¿Qué es y cómo se forma? *Psicología y Mente*. Recuperado de https://psicologiaymente.net/psicologia/autoconcepto.

Tough, J (1987). *El lenguaje oral en la escuela: una guía de observación y actuación para el maestro*. Madrid: Visor

Tumanova V., Wilder B., Gregoire J., Baratta M. y Razza R. (2020). Emotional Reactivity and Regulation in Preschool-Age Children Who Do and Do Not Stutter: Evidence From Autonomic Nervous System Measures. *Frontiers in Human Neuroscience, 14*, 600790. https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.600790

Vallacher, R. R. y Wegner, D. M. (1987). What do people think they're doing? Action identification and human behavior. *Psychological Review, 94*, 3-15. https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.1.3

Valles, A. (1998). *Autoconcepto y autoestima.* Praxis.

Van Hout, A. y Étienne, F. (1996). *Les bégaiements*. Masson.

Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering*. Prentice- Hall.

Vanryckeghem, M., y Brutten, G. J. (2011). The BigCAT: A normative and comparative investigation of the communication attitude of no stuttering and stuttering adults. *Journal of Communication Disorders, 44*(2), 200-206. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.09.005

Vanryckeghem, M., Brutten, G. J., y Hernandez, L. M. (2005). A comparative investigation of the speech-- ‑ associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders, 30*(4), 307-318. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2005.09.003

Ward, D. (2006). *Stuttering and Cluttering*. Psychology Press.

Watkins, K. E., Smith, S. M., Davis, S. y Howell, P. (2008). Structural and funcional abnormalities of the motor system in developmental stuttering. *Brain, 131*(1), 50-59. https://doi.org/10.1093/brain/awm241

Weber, C. M. y Smith, A. (1990). Autonomic correlates of stuttering and speech assessed in a range of experimental tasks. *Journal of Speech and Hearing Research, 33*, 690-706. https://doi.org/10.1044/jshr.3304.690.

Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F. y Summers, G. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological Methodology*, *8*, 84-136. https://doi.org/10.2307/270754

Williams, D. F. y Dietrich, S. (2001). Perceptions of communicative disorders: Verification and specification of rater variables. *Journal of Communication Disorders, 34*(4), 355-366. https://doi.org/10.1016/S0021-9924(01)00055-7

Woods, C. L. y Williams, D. E. (1976). Traits attributed to stuttering and normally fluent males. *Journal of Speech and Hearing Research, 19*(2), 267-278. https://doi.org/10.1044/jshr.1902.267

Yagosesky, R. (1998). *Autoestima. En Palabras Sencillas*. Júpiter Editores.

Yairi, E. y Ambrose, N. (1992). Onset of stuttering in preschool children: Selected factors. *Journal of Speech and Hearing Research, 35*, 782-788. https://doi.org/10.1044/jshr.3504.782

Yairi, E., y Ambrose, N. (2019). Early Childhood Stuttering Recovery and Persistence: Factors and Predictors. *Journal of Fluency Disorders, 61*, 1-14. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2019.105719

Yaruss, J. S. y Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the internacional classification of functioning, disability, and health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders, 37*, 35-52. https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00052-2.

Yaruss, J. S. y Quesal, R. W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders, 31*, 90-115. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.02.002

Yeung, K. T. y Martin, J. L. (2003). The looking glass self: an empirical test and elaboration. *Social Forces, 81,* 843-879. https://doi.org/10.1353/sof.2003.0048

Zeigler-Hill, V., Besser, Y. y Besser, A. (2020). A negative halo effect for stuttering? The consequences of stuttering for romantic desirability are mediated by perceptions of personality traits, self-esteem, and intelligence. *Self and Identity, 19*(5), 613-628. https://doi.org/10.1080/15298868.2019.1645729

Zuckner, H. (2011). Self-- ‑ Esteem of Children and Adolescents who Stutter. Impact on Speech Behaviour and Stuttering Experience. *Sprache - Stimme - Gehör, 35*(2), 77-86. https://doi.org/10.1055/s0030-1280763

X – ANEXOS

X - ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario sociodemográfico

DATOS PERSONALES

NOMBRE:
CURSO:
EDAD:

SITUACIÓN FAMILIAR

¿Con quién vives la mayoría del tiempo?:

Madre	☐	Padrastro	☐
Padre	☐	Madrastra	☐
Abuela	☐	Abuelo	☐
Hermanos	☐	Otras personas: (especificar)	_____

Lugar que ocupa entre los hermanos ☐

Estado civil de tus padres:

Casados ☐ Separados / Divorciados ☐ Viudo/a ☐

Nivel de estudios de tus padres

	Padre	Madre
Sin estudios		
Primarios, Graduado escolar		
Bachillerato		
Universitarios		

Situación laboral de tus padres

	Padre	Madre
Trabaja		
Realiza sólo las tareas de casa		
Está en paro		
Jubilado/a pensionista		

Relación familiar

	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
Relación con mi padre					
Relación con mi madre					
Relación con mis hermanos					

DATOS ESCOLARES

¿Has repetido algún curso? | Si | No | **¿Cuál?** | |

¿Cuál fue tu nota media el último curso?

Insuficiente	Suficiente	Bien	Notable	Sobresaliente

ANEXO 2. Self-Description Questionnaire II - Abreviado (SDQ-II-S)

Apellidos: _____ Nombre: _____

Rodea tu sexo: Hombre Mujer / Tutor: _____

Centro escolar: _____

Edad: _____ Curso: _____ Fecha: _____

Esta es una ocasión para que veas cómo eres. Esto no es un examen. No hay respuestas correctas ni incorrectas, cualquiera de las frases puede tener diferentes respuestas. Asegúrate de que tus respuestas muestran lo que realmente piensas. Por favor, no hables con los demás acerca de tus respuestas. Nosotros mantendremos tus contestaciones en secreto y no se las dejaremos ver a nadie. El propósito de este estudio es ver cómo eres.

Cuando estés preparada/o para empezar, lee cada una de las frases y elige la respuesta que te parezca más adecuada. Hay seis respuestas posibles para cada una de las frases: verdadero, falso y cuatro respuestas más entre estas dos. En la hoja de respuestas hay seis espacios en blanco para contestar a cada una de las frases del cuestionario. Después de leer la frase elige la respuesta que a ti te parezca más adecuada y pon una "X" en el espacio que está debajo de la alternativa que tú has seleccionado. No comentes la respuesta seleccionada con nadie.

Un alumno ha contestado a dos de los tres ejemplos para que veas cómo se hace. En el tercer ejemplo, tú puedes elegir tu propia respuesta y colocar la marca "X" en el sitio adecuado.

Ejemplos:

	Falso	**La mayoría de veces es falso**	**Más falso que verdadero**	**Más verdadero que falso**	**La mayoría de veces verdadero**	**Verdadero**
1. Me gusta leer comics	☐	☐	☐	☐	☐	☑

(Este alumno ha marcado con una "X" el espacio que está debajo de la respuesta "verdadero". Esto significa que a él realmente le gusta mucho leer comics.

Si no le gustase nada leer comics, marcaría en el espacio que está debajo de "falso", y si le gustase muy poco marcaría en el espacio que está debajo de "la mayoría de las veces falso").

		Falso	La mayoría de veces es falso	Más falso que verdadero	Más verdadero que falso	La mayoría de veces verdadero	Verdadero
2.	En general soy cuidadoso y bien ordenado	☐	☐	☑	☐	☐	☐

(Este alumno respondió "más falso que verdadero" porque él no es muy cuidadoso, pero tampoco es sucio y desordenado).

		Falso	La mayoría de veces es falso	Más falso que verdadero	Más verdadero que falso	La mayoría de veces verdadero	Verdadero
3.	Me gusta ver la tele	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Para esta frase tienes que elegir la respuesta mejor para ti. Primero debes decidir si la frase es verdadera o falsa, o cualquiera de las otras cuatro posibilidades intermedias. Por ej., si a ti te gusta realmente ver la tele, debes responder poniendo un "X" debajo de "verdadero". Si, por el contrario, odias ver la tele, deberías responder marcando debajo de "falso", en la hoja de respuestas. Si ver la tele no te gusta mucho, pero tampoco la odias ya que la ves algunas veces, entonces debes elegir alguna de las cuatro alternativas intermedias, como "la mayoría de las veces falso" o "más falso que verdadero").

Si te equivocas y deseas cambiar alguna respuesta ya marcada, puedes tachar la marca y poner una nueva en otro de los espacios disponibles dentro de la misma línea. Para cada una de las frases asegúrate de que tu marca se encuentra en la misma línea que la frase a la que has respondido. Debes elegir una respuesta y sólo una para cada frase. Es necesario que respondas a todas las frases.

Si tienes alguna pregunta, levanta la mano. Si lo has entendido todo perfectamente, vuelve la página y comienza. Una vez hayas empezado, por favor no hables.

	Falso	La mayoría de veces es falso	Más falso que verdadero	Más verdadero que falso	La mayoría de veces verdadero	Verdadero
1. Matemáticas es una de mis asignaturas favoritas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tengo una cara atractiva.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. En general, tengo mucho de lo que estar orgulloso/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Soy sincero/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Me gustan cosas como los deportes, la gimnasia y bailar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Soy un desastre en las clases de lengua	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Me preocupo más de lo necesario	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Me llevo bien con mis padres	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Saco malas notas en la mayoría de las asignaturas escolares	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. No soy muy popular entre las personas del sexo opuesto	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Me resulta difícil hacer amigos de mí mismo sexo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Saco buenas notas en matemáticas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Soy guapo/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. La mayoría de cosas que hago las hago bien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Muchas veces digo mentiras	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Se me dan bien cosas como los deportes, la gimnasia y bailar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Para mí es fácil trabajar en las clases de lengua	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Soy una persona nerviosa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Mis padres son justos conmigo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Aprendo las cosas con rapidez en la mayoría de las asignaturas escolares	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Me resulta fácil hacer amigos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Me resulta fácil hacer amigas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Matemáticas es una de mis asignaturas favoritas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Otra gente piensa que soy guapo/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. En general la mayoría de cosas que hago salen bien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. A veces me copio o hago trampas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Odio cosas como los deportes, la gimnasia y bailar	☐	☐	☐	☐	☐	☐

28. Lengua es una de mis asignaturas favoritas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Muchas veces me siento confundido y desconcertado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Mis padres me entienden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Me salen bien los exámenes de la mayoría de las asignaturas escolares	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Tengo muchos amigos del sexo opuesto	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Tengo pocos amigos de mí mismo sexo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Los exámenes de matemáticas me salen mal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Tengo un cuerpo atractivo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. Siempre digo la verdad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. Soy mejor que la mayoría de mis amigos para cosas como los deportes, la gimnasia y bailar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Saco buenas notas en lengua	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Me enfado con facilidad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41. No me gustan mucho mis padres	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. Se me dan bien la mayoría de las asignaturas escolares	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. No me llevo muy bien con los chicos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. No me llevo muy bien con las chicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. Si realmente lo intento, puedo hacer casi todo lo que quiero hacer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46. A veces cojo cosas que pertenecen a otras personas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47. Aprendo rápidamente en clase de lengua	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48. Me preocupan muchas cosas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49. Hago amigos fácilmente con personas de mí mismo sexo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50. En general soy un fracasado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51. A veces miento para no meterme en problemas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 3. Documento de consentimiento informado

INFORMACIÓN

Un menor de edad a su cargo ha sido invitado a participar en la investigación "Tartamudez, autoconcepto y personalidad". Su objetivo es conocer estas variables en adolescentes de Murcia. Ha sido seleccionad@ porque tiene entre 12 y 18 años.

El responsable de este estudio es el profesor José Antonio Pérez, y la investigación está enmarcada dentro del Programa de Doctorado de Ciencias Sociales de la Universidad Católica de Murcia.

Para autorizar la participación en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

Participación: La participación del menor a su cargo consistirá en realizar una prueba oral tipo entrevista que se grabará con una grabadora y la realización de dos cuestionarios. La entrevista durará alrededor de 10 minutos, y los cuestionarios unos 50 minutos.

La entrevista será realizada en un aula del instituto en el que se encuentra estudiando el menor de edad a su cargo.

Riesgos: Estas pruebas no suponen ningún riesgo para el menor de edad a su cargo.

Beneficios: El menor de edad a su cargo no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna por participar en este estudio. Sin embargo, su participación permitirá generar información para desarrollar en un futuro

programas de intervención que puedan ayudar a alumnos que puedan necesitarlo.

Voluntariedad: La autorización para que participe un menor de edad a su cargo son absolutamente voluntarias. Sin embargo, sólo participará si el menor quiere hacerlo. Además, tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para el menor.

Confidencialidad: Todas las opiniones serán confidenciales. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular, ni resultados.

Conocimiento de los resultados: Tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, podrá preguntar al orientador del centro donde estudia el menor de edad a su cargo, la forma de acceder a ellos cuando este la investigación finalizada.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar con el responsable de este estudio:

Jose Antonio Pérez

Teléfono: 6639xxxxx

Correo Electrónico: japerez10@alu.ucam.edu

ANEXO 4. Formulario de asentimiento informado

Yo, _____, acepto participar voluntariamente en el estudio Tartamudez, autoconcepto y personalidad.

Declaro que he leído y comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante Firma Jose A. Pérez

Lugar y fecha:

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en poder de cada parte.

ANEXO 5. Formulario de autorización de participación de menores de edad

Yo, _____, autorizo la participación en el estudio "Autoconcepto, personalidad y disfluencias", de los menores a mi cargo:

1._____

2_____

Declaro que he leído y comprendido las condiciones de la participación en este estudio de los menores a mi cargo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante Firma Jose A. Pérez

Lugar y fecha:

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en poder de cada parte.

ANEXO 6. Cuestionario sociodemográfico para los alumnos diagnosticados

NOMBRE:

¿PREOCUPACIÓN POR EL HABLA?:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

	Si	**No**
Padre		
Madre		
Abuelo/a		
Hermanos		
Otros familiares		

HISTORIA DE LAS DISFLUENCIAS

EDAD QUE SE DETECTO:
¿QUE SE HIZO AL DETECTARLO?:

Circunstancias especiales

	Si	**No**
Familiares		
Amigos		
Desconocidos		
Profesores		
Por teléfono		
Hablar en grupo		
Leer en grupo		

	Si	**No**
Cansancio		
Buen humor		
Mal humor		
Nervioso		
Cantar		
Mandados		
Otros:		

Emoción durante la disfluencia

	Si	No
Ansiedad		
Frustración		
Culpa		
Vergüenza		
Otros:		

Técnicas de control

	Si	No
Hablas más deprisa		
Hablas más despacio		
Intentas no hablar		
No miras		
Otros:		

Reacción del entorno

	ESCUCHAN	COMENTAN	CORRIGEN	RIEN
PADRES				
HERMANOS				
PROFESORES				
COMPAÑEROS				