



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 47 – OCTUBRE DE 2011

“ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON EL ALUMNADO CON DISFEMIA”

AUTORÍA DOLORES MARÍA RAMÍREZ SÁNCHEZ
TEMÁTICA ATENCIÓN AL ALUMNADO CON DISFEMIA
ETAPA EI, EP y ESO.

Resumen

La disfemia o tartamudez consiste en una alteración del lenguaje que presentan personas con un deterioro en la fluidez verbal caracterizado por repeticiones, interrupciones involuntarias en la fluidez del habla, espasmos y/o prolongaciones de sonidos, sílabas, palabras y frases que afectan al ritmo del lenguaje y a la melodía del discurso. Puede acompañarse de tensión muscular en la cara y el cuello, miedo, estrés...

A lo largo del presente artículo, pretendo hacer un resumen de cuáles son las características que suelen presentar los niños con disfemia, cuáles son las causas que los producen, tipos de disfemia... así como mostrar algunas pautas educativas que pueden ser utilizadas tanto por padres como por maestros y otros profesionales que trabajen con el niño y que nos servirán para prestarles la atención educativa individualizada que necesitan estos alumnos y así poder ayudarles desde la familia y la escuela para que desaparezca este problema en la fluencia del habla.

Además, intento mostrar la importancia de la comunicación entre la familia y la escuela y la necesidad de establecer pautas educativas comunes para mejorar la educación de nuestro alumnado con este tipo de problema.

Palabras clave

- Disfemia, cómo se manifiesta, causas, tipos, orientaciones y estrategias de intervención...



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 47 – OCTUBRE DE 2011

1. INTRODUCCIÓN

La disfemia o tartamudez consiste en una alteración del lenguaje que presentan personas con un deterioro en la fluidez verbal caracterizado por repeticiones, interrupciones involuntarias en la fluidez del habla, espasmos y/o prolongaciones de sonidos, sílabas, palabras y frases que afectan al ritmo del lenguaje y a la melodía del discurso y que no deriva de ningún tipo de anomalía de los órganos fonatorios. Se puede acompañar de tensión muscular en la cara y el cuello, miedo y estrés.

El DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) define la disfemia como una alteración de la fluidez y de la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad de la persona), 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, circunloquios para sustituir palabras problemáticas, bloqueos audibles o silenciosos, palabras producidas por un exceso de tensión física, repeticiones de palabras monosilábicas...

2. CAUSAS DE LA DISFEMIA

A pesar de las investigaciones realizadas aún no se conocen con exactitud las causas de la disfemia. Los estudios realizados (neurológicos, psicogenéticos, lingüísticos, psicológicos...) parecen determinar que no existe un único factor responsable sino que como causa podemos mencionar un conjunto de factores asociados.

Como posibles causas de la disfemia podemos señalar las siguientes:

- **Hereditarias:** El papel de la herencia es comúnmente aceptado como una posible causa del tartamudeo.
- **Sexo:** Existe un mayor número de varones con disfemia que de mujeres.
- **Trastornos de la lateralización:** El porcentaje es más elevado en las personas zurdas y en aquellas que eran zurdas y a las que se les forzó a escribir con la mano derecha.
- **Trastornos orgánicos o fisiológicos:** Debidos a causas neurológicas, audiógenas, infecciosas, respiratorias, metabólicas...



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 47 – OCTUBRE DE 2011

- **Trastornos en la estructuración temporal y/o espacial:** Afectarían al desarrollo de la motricidad, la lateralidad y la dominancia corporal.
- **Alteraciones lingüísticas:** Hablaríamos de dificultades en la estructuración sintáctica, la adquisición semántica y las articulaciones de los fonemas.
- **Alteraciones psicológicas:** La personalidad repercutirá en el habla en función del equilibrio emocional y afectivo de la persona y de los comportamientos de los demás hacia su forma de hablar.

3. CLASIFICACIÓN

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

- **Perspectiva etiológica**

- **Tartamudez psicológica:** El origen se atribuye a causas emocionales, afectivas, inseguridad o ansiedad...
- **Tartamudez neurológica:** Podemos mencionar causas orgánicas en el origen del trastorno (imperfecciones en el mecanismo del feed-back auditivo, interferencias en el proceso de codificación, problemas en la lateralidad...).
- **Tartamudez de tipo lingüístico:** La causa del trastorno sería un problema lingüístico.

- **Perspectiva sintomatológica**

- **Disfemia o tartamudez clónica:** Se producen repeticiones de sílabas y/o de sonidos antes de que el niño pueda producir una palabra o una frase. Pueden verse acompañados de espasmos repetitivos. El ritmo articulatorio tiene es normal y las contracciones de la musculatura labial son breves y rápidas.
- **Disfemia o tartamudez tónica:** Se caracteriza por bloqueos iniciales y espasmos que afectan a diferentes grupos musculares relacionados con la fonación. Cuando el niño intenta hablar no puede emitir sonidos y luego lo hace entrecortadamente y con mayor rapidez. Se produce una tensión muscular prolongada.
- **Mixta (tónico-clónica):** Ambas formas de tartamudeo pueden darse a la vez en el mismo niño. Se puede empezar por una fase tónica y luego clónica o viceversa.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 47 – OCTUBRE DE 2011

- **Perspectiva evolutiva**

- **Fisiológica, primaria, evolutiva o de desarrollo:** Caracterizada por su aparición temprana y escasa duración. Aparece en las primeras etapas del desarrollo del lenguaje.
- **Transitoria:** Su recuperación suele ser espontánea.
- **Tartamudeo real o de tipo crónico:** Se da en adolescentes, jóvenes y adultos.

4. CARACTERÍSTICAS DEL ALUMNO CON DISFEMIA

Aunque las personas que lo padecen tienen unas características comunes, la cantidad de síntomas, intensidad y la expresión de los mismos pueden ser diferentes en cada niño.

Es importantísimo que tengamos en cuenta que los alumnos con disfemia pueden presentar alguna de estas características pero no todas estas características están presentes en cada niño. Por ello, debemos tratar a cada alumno de forma individual y adaptar nuestro proceso de enseñanza a sus características propias pues no siempre se dan estos síntomas con la misma intensidad y frecuencia en cada persona.

El objetivo de este artículo es explicar alguna de las características que, con mayor frecuencia, presentan los alumnos con disfemia y ofrecer al profesorado y a las familias estrategias que favorezcan el proceso de aprendizaje de estos alumnos y poder contribuir a que desaparezca este problema en la fluencia del habla.

Clasificaremos los síntomas que pueden presentar los niños con disfemia en características lingüísticas, psicológicas, corporales y respiratorias.

- **Características lingüísticas**

- Uso de “muletillas” verbales.
- No son capaces de mantener una organización entre su pensamiento y el lenguaje.
- Presentan una entonación monótona o sin ritmo cuando hablan.
- Su discurso está carente de coherencia.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 47 – OCTUBRE DE 2011

- Empleo frecuente de perífrasis, lenguaje redundante, alteraciones sintácticas, estructuras sintácticas y frases incompletas...
- Suelen evitar o bien sustituir aquellas palabras que les son difíciles de pronunciar.
- Tienen mayor dificultad para articular consonantes (principalmente oclusivas) que las vocales, así como para decir el principio de la sílaba o de la palabra así como aquellas palabras largas.

• **Características psicológicas**

- Se niegan a hablar (mutismo) o presentan inhibiciones temporales.
- Retraimiento y logofobia (miedo a hablar).
- Reacciones de angustia y ansiedad al hablar, vergüenza, miedo, baja autoestima, introversión...
- Pueden presentar conductas o reacciones anormales.
- Inmadurez afectiva.

• **Características corporales y respiratorias.**

- Movimientos involuntarios que acompañan al tartamudeo afectando fundamentalmente a la musculatura de la cara, boca, cuello... y otras partes del cuerpo puños, brazos o piernas...
- Tics y espasmos.
- Rigidez corporal y facial.
- Alteraciones en la respiración.
- Sudoración excesiva.
- Enrojecimiento al hablar o palidez en el rostro.

5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON EL ALUMNADO CON DISFEMIA

Es imprescindible que los maestros y profesionales implicados adopten actitudes favorables y positivas y diseñen un programa de intervención adaptado a las características individuales del niño.

A continuación, se explican algunas estrategias de intervención educativa con los alumnos con disfemia. Podemos diferenciar una intervención indirecta y una actuación directa.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 47 – OCTUBRE DE 2011

- **Intervención indirecta**

El papel que adoptan los adultos como padres, familiares, profesores... es de mucha importancia respecto a la actitud que mantienen con el niño que tartamudea como en cuanto a la colaboración para su rehabilitación.

Algunas orientaciones que podemos tener en cuenta son las siguientes:

- No debemos sobreproteger al niño, hemos de tratarlo como a los demás niños respetando su personalidad.
- Es fundamental no reaccionar negativamente ante las dificultades del niño, debemos evitar manifestar signos de ansiedad o impaciencia. Debemos ser pacientes, no corregir, presionar, ridiculizar ni castigar y aceptar con calma los titubeos del habla como algo transitorio.
- Cuando el niño esté hablando, es importante mantener el contacto visual y utilizar el lenguaje gestual para comunicarnos con él utilizando movimientos de cabeza, sonrisas...
- Aumentaremos sus sentimientos de seguridad y confianza en sí mismo valorando los esfuerzos que realiza.
- Respetaremos su lateralidad no forzándole a cambiarla si es zurdo.
- Hablaremos al niño despacio, tranquilamente, vocalizando y formulando frases correctamente para que nos tome como modelo.
- Intentaremos prestarle atención cuando habla, pues se sentirá muy bien si le escuchamos y nos interesamos en lo que dice.
- Procuraremos no interrumpirle cuando habla, pues si ocurre esto el niño tendrá que empezar a hablar otra vez y puede ocurrir que, entonces, se trabe además de sentirse frustrado al sentir que no nos interesa lo que va a decir.
- Se le dará el tiempo que necesite para expresarse, no adelantándose adivinando qué quiere decir y no interrumpiéndolo a cada momento, evitaremos completar o expresar las ideas que quiere transmitirnos dejando que él lo haga utilizando sus propias palabras. Hemos de adaptarnos a su propio ritmo y velocidad en el habla.
- Potenciaremos situaciones para conversar y hablar en un ambiente relajado y tranquilo, sin prestar demasiada atención a sus fallos.
- Hemos de evitar corregirle continuamente y pedirle que repita las palabras o frases que le son más difíciles o le causan problemas. Igualmente, no debemos pedirle que hable más despacio o se tranquilice pues, de este modo, podemos aumentar su nerviosismo o provocarle ansiedad.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 47 – OCTUBRE DE 2011

- **Intervención directa**

Algunas técnicas de intervención directa que podemos utilizar son las siguientes:

- **Coordinación de los movimientos articulatorios:** Se trabajarán, a través de ejercicios específicos, los movimientos articulatorios para disminuir la tensión muscular.
- **Habla rítmica:** Consiste en que el niño sincronice las sílabas y palabras siguiendo un rimo. Con esta técnica se pueden reducir los bloqueos y las disfluencias.
- **Reducción de la velocidad en el habla:** De este modo el niño puede respirar mejor así como coordinar su respiración, con la articulación y fonación para la producción de un habla fluida.
- **Comienzo fácil:** Esta técnica se suele usar para mejorar la pronunciación de las primeras sílabas de una palabra o aquellas que sean más difíciles para el niño. Consiste en comenzar a hablar con un tono de voz suave y gradual así como utilizar una espiración estable. Poco a poco, se aumentará la voz hasta su normalidad.
- **Relajación:** Junto con el control de la respiración, contribuye a favorecer la reducción de la velocidad del habla y de la tensión que puede conllevar la ansiedad ante la comunicación. Algunos ejercicios significativos en el entrenamiento en relajación son: el bostezo, bostezo con la boca cerrada, relajación del cuello, relajación de la cara, relajaciones de partes del cuerpo...
- **Control de la respiración:** Esta técnica, utilizada junto a otras, es fundamental para disminuir el tartamudeo ya que, en muchos casos, las personas con disfemia suelen respirar de forma inadecuada.
- **Desensibilización sistemática:** Se trata de buscar las situaciones que producen ansiedad al niño y enseñarle a reducir este estrés y así poder controlar la tartamudez que se produce ante estos estímulos.
- **Disminución de la longitud y la complejidad:** En la medida que se disminuye la longitud y la complejidad de las frases, es menor la probabilidad de que aparezca el tartamudeo en el habla



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 47 – OCTUBRE DE 2011

del niño. Por eso, hay que empezar trabajando con palabras aisladas, después frases simples, luego varias frases, una historia, una conversación, etc.

- **Establecimientos de contactos articulatorios breves:** Consiste en realizar movimientos de los músculos articulatorios pues, si logramos reducir la tensión en la articulación se reduce el tartamudeo.
- **Audición retardada:** Consiste en que el niño escuchará lo que él mismo habla de forma retardada a través de un aparato. Con esta técnica podemos reducir o minimizar el tartamudeo sin esfuerzo por parte del alumno ya que lo acostumbraremos a habituarse a un patrón de habla más lento y a la prolongación de habilidades fónicas.
- **Encubrimiento o enmascaramiento:** El niño escucha mientras lee un ruido a través de unos auriculares por lo que no puede oírse a sí mismo. De esta forma se consigue eliminar la retroalimentación auditiva y ósea y el desfase entre ambas. Cuando no podemos escucharnos modificamos nuestro patrón de habla ralentizándolo y en los tartamudos se produce una reducción de sus errores.
- **Seguimiento:** Se trata de que el niño repita las palabras dichas por otra persona retrasándose unas sílabas de su emisión. Así, el alumno se adapta al habla del otro y reduce el tartamudeo.
- **Habla en coro:** El alumno habla al mismo tiempo con una o varias personas o niños. Puede utilizarse en clase mientras el niño habla con otros compañeros ya que, de este modo, son capaces de hablar fluidamente. Podemos utilizar esta técnica mientras juegan o realizan actividades en grupo.
- **Cancelación:** Cuando el niño dice incorrectamente una palabra porque tartamudea podemos parar y pedirle que intente decirla de nuevo correctamente.
- **Entrenamiento en habilidades sociales:** Para afrontar situaciones que le provoquen temor o ansiedad. Se trabajan las habilidades de escucha, asertividad y las habilidades comunicativas y sociales para modificar sus conductas ante el grupo y desenvolverse en aquellas situaciones que más tensión le provocan.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 47 – OCTUBRE DE 2011

6. COMUNICACIÓN ENTRE LOS MAESTROS Y LOS PADRES DEL ALUMNO CON DISFEMIA

Es importante que los padres comuniquen a los maestros el problema que presenta el niño en el ámbito familiar para comprobar si también lo manifiesta en el colegio influyendo en la relación con sus compañeros y maestros y en su rendimiento escolar.

Se deben llevar a cabo pautas de educativas comunes entre los padres, familiares, maestros y otros profesionales que atienden a los alumnos con disfemia para que las estrategias metodológicas y la intervención educativa utilizada sean las mismas por todas las personas que trabajan con el niño y se puedan generalizar los aprendizajes realizados en la escuela y en el hogar.

El maestro especialista de Audición y Lenguaje puede informar a los padres y maestros acerca de las diferentes técnicas de tratamiento y adaptar la intervención a las características del niño implicando a la familia y al resto del profesorado en el tratamiento.

Se pueden mantener reuniones de coordinación para analizar la evolución del niño, intercambiar información y establecer propuestas de trabajo.

7. CONCLUSIÓN

La disfemia es un trastorno del habla y de la comunicación que se puede diagnosticar y tratar desde las primeras etapas de desarrollo. Una detección y atención temprana pueden evitar que se mantenga en edades posteriores y que persista en una edad adulta.

La finalidad de este artículo es que los padres, familiares y maestros conozcan algunas de las características que, con mayor frecuencia, presentan los alumnos con disfemia así como mostrar algunas pautas y estrategias educativas que pueden ser utilizadas tanto por padres como por maestros y otros profesionales que trabajen con el niño y que nos ayudarán a prestarles la atención educativa individualizada que necesitan estos alumnos y así poder resolver este problema.

Como ya se ha comentado anteriormente, es importante que se establezcan pautas educativas comunes entre los maestros y los familiares que comparten tiempo con el niño.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 47 – OCTUBRE DE 2011

8. BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, S. y Fraser, J. (1997). *Si su hijo tartamudea: una guía para los padres*. Memphis: Stuttering Foundation of America.
- Fernández - Zúñiga, A. (2005). *Guía de intervención logopédica en tartamudez infantil*. Madrid: Síntesis.
- Gallego, J. L. (2001). *La tartamudez. Guía para profesionales y padres*. Málaga: Aljibe.
- Salgado, A. (2004). *Tartamudez*. Madrid: Síntesis.
- Salgado, A. (2005). *Manual práctico de tartamudez*. Madrid: Síntesis.
- Santacreu, J. y Fernández - Zúñiga, A. (1991). *La tartamudez. Guía para profesionales y padres*. Madrid: Aljibe.
- Santacreu, J. y Fernández - Zúñiga, A. (1994). *Tratamiento de la tartamudez*. Valencia: Promolibro.
- Santacreu, J. y Froján, M. X. (1993). *La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil*. Madrid: Pirámide.

Autoría

- Nombre y Apellidos: Dolores María Ramírez Sánchez
- Centro, localidad, provincia: C.E.I.P. "Miguel Berrocal", Villanueva de Algaidas (Málaga)
- E-mail: dollyrsa@hotmail.com