



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

“¿CÓMO PUEDE INTERVENIR EL MAESTRO/A DE AUDICIÓN Y LENGUAJE EN ALUMNOS/AS CON DISFEMIA?”

| |
|---|
| AUTORÍA CRISTINA ELISABET CÉSPEDES NAVARRO |
| TEMÁTICA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD |
| ETAPA E.P |

Resumen

En este artículo trataré de explicar un trastorno del lenguaje oral con el que nos podemos encontrar en nuestros centro, como es la disfemia. Empezaré por comentar qué es y, seguiré profundizando un poco más en dicho artículo haciendo un breve repaso acerca de cuando surge este trastorno, sus síntomas, tipos... Además, de ciertas curiosidades que rodean la disfemia, por ejemplo: cómo realizar su evaluación, cómo llevar a cabo su intervención mediante técnicas, terapias... Sin olvidar, dos factores muy importantes en la evolución del niño/a con disfemia, como son: por un lado, la intervención de la familia; y por otro lado, la intervención de sus profesores. Por ello, aportaré algunas pautas importantes para ambos.

Palabras clave

Disfemia

Síntomas

Tartamudez tónica

Tartamudez clónica

Tartamudez mixta

Evaluación

Intervención

Pautas



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

1. INTRODUCCIÓN

En cuanto a la disfemia, podemos decir que este trastorno comienza siempre en la edad preescolar o en los primeros cursos de la edad escolar. Además, resaltar que remite en un pequeño porcentaje de los casos durante la etapa comprendida entre los seis y los doce años y, que continúa durante toda la vida en el resto.

A continuación, comentaré que la mayoría de niños tartamudos aprenden las consecuencias sociales de la tartamudez en las aulas de primaria. Por ello, su sufrimiento puede ser intenso o moderado según la propia personalidad y el comportamiento de profesores y compañeros.

Para terminar este primer apartado de mi artículo, vamos a resaltar de dicho trastorno que los niños tartamudos (y también los adultos) no suelen rechazar la comunicación y los contactos sociales. Es decir, su comportamiento dista mucho de las personas con “fobia social”, aunque un pequeñísimo porcentaje solapa estos dos problemas. Así que, diremos que los tartamudos sufren las consecuencias sociales de su problema, y en ocasiones reaccionan con introversión y cierto aislamiento. Aunque sería importante resaltar que la mayoría quiere relacionarse normalmente con su entorno y lo intenta a pesar de la crueldad y falta de comprensión hacia su problema.

2. CONCEPTOS

Empezaré por comentar que la tartamudez es un trastorno del habla que afecta al proceso comunicativo y se caracteriza por interrupciones involuntarias en la fluidez del habla de las personas, que se acompañan de tensión muscular en cara y cuello, miedo y estrés y son la expresión visible de interacción de determinados factores orgánicos, psicológicos y sociales que determinan y orientan en el individuo la conformación de un ser, un hacer y un sentir con características propias.

Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud 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”*.

Como conclusión, podemos decir que tartamudez o disfemia sería un trastorno en la fluidez del habla, caracterizado por repeticiones que afectan al ritmo del lenguaje y a la melodía del discurso.

3. PREVALENCIA

Éstas pueden ser las siguientes:

- Aproximadamente un tercio de la población de niños entre los 2,5 y 5 años pasan por un periodo de tartamudeo. En la gran mayoría la tartamudez remitirá sin dejar ningún tipo de huella. A este periodo se le ha venido a llamar “tartamudez fisiológica” o “tartamudez evolutiva”.
- Un porcentaje amplio de ese tercio de niños (aproximadamente entre el 75% y el 85%) que manifiesta un brote de tartamudez deja de tartamudear espontáneamente en un periodo no superior a los catorce meses. Algunos pueden hacerlo en pocas semanas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

- El resto de ese tercio (entre 25% y el 15%) mantendrán el tartamudeo en un periodo superior a 14 meses de duración. Solo un pequeño porcentaje de este grupo se convertirá en adultos tartamudos. Por lo tanto, un grupo de niños de edad superior a cinco años presenta síntomas de tartamudeos que remiten en algún momentos antes de llegar a la juventud o a la edad adulta. Los adultos tartamudos representan menos de un 1% de la población.
- Los registros históricos permiten asegurar que ha habido tartamudos en todas las culturas, idiomas y épocas históricas presedentes.
- Distribución desigual por sexos: por cada mujer que la padece se pueden contar 4 o 5 hombres.

4. GENERALIDADES

4.1. Fases de iniciación:

Desde una concepción amplia respecto a la aparición de este trastorno del ritmo, destacaré tres posibles momentos:

- **Tartamudeo inicial:**

Aparecería hacia los 3 años de edad aproximadamente. Muchos son los sujetos que a estas edades manifiestan en sus producciones verbales detenciones.

Alrededor de los 3 años es cuando se configuran las estructuras del idioma y que el lenguaje sigue su progresiva organización. Por ello, las manifestaciones disfémicas han de ser consideradas como normales, debiendo a imitar los intentos de corrección.

La tartamudez sólo existe cuando aparece una tensión o bloque espasmódico y, hay autores que hablan de:

- Tartamudez primaria.
- Tartamudez fisiológica (Weiss).
- Tartamudez de desarrollo (Metraux, 1950).
- Balbucencia fisiológica (Borel-maisonny).

- **Tartamudeo episódico:**

A partir de los 5 años el niño puede articular todos los fonemas.

En la mayoría de los casos la entrada en la escuela es cada vez más frecuente, la entrada del niño en el ámbito escolar a los 4 años incluso 3 años. A esta edad es suficiente una intervención orientativa hacia los padres (maestros y profesores para evitar situaciones de angustia y corrección ansiosa).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

- **Tartamudeo propiamente dicho:**

Se producirá alrededor de los 10 años como consecuencia de una emoción brusca, de una experiencia traumática en niños con una predisposición emocional.

4.2. Características

Los síntomas más característicos de la disfemia suelen estar acompañados por:

- **Manifestaciones del habla:**

- Repetición de una sílaba o grupo durante la emisión de la frase.
- Interrupción total del habla al principio de la emisión, produciéndose al final una salida repentina de la emisión.

- **Manifestaciones lingüísticas:**

- Alteraciones articulatorias (omisión y/o sustitución de unos sonidos por otros, por ejemplo: L por D “lelo en vez de dedo”).
- Muletillas: ...pues..., ...esto..., ...mm...
- Perífrasis y lenguaje redundante.
- Abusos de sinónimos (papá y mamá por padres).
- Trastornos de la voz: voz baja, tensa, entonación, monótona...
- Errores prosódicos: pausas y cortes en el habla que dificultan la comprensión de lo que nos quiere decir.
- Discurso sin coherencia.

- **Manifestaciones corporales:**

- Sincinesias corporales (movimientos de cabeza, manos, brazos, tronco y pies).
- Tensión muscular: tics, espasmos, rigidez...
- Enrojecimiento.
- Sudoración.
- Palidez.

- **Manifestaciones conductuales:**

- Mutismo.
- Inhibición.
- Retraimiento.
- Miedo a hablar (logofobia).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

- Reacciones de angustia y/o ansiedad a la hora de comunicarse.
- Conductas de evitación en situaciones en las que debe comunicarse.

Como señala **Crystal (1983)**, estas características pueden agruparse en siete grupos:

1. Una **cantidad anormal de repetición de segmentos**, sílabas, palabras o frases.
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 y los sonidos individuales afectados, bloques.
3. **Prolongaciones anormales de segmentos de sonidos.**
4. Introducción en los **momentos de dificultad de sonidos o palabras con fuerza.**
5. **Acentuación extraña en las palabras y entonación** y, tiempo anormales en las oraciones debido a un habla muy entrecortada y a una respiración irregular.
6. **Las palabras se dejan sin terminar.**
7. **Evitación de ciertos sonidos** que pueden plantear problemas a la hora de articular.

5. TIPOLOGÍA

Ésta hace referencia a lo siguiente:

- **Por el tipo de tartamudez**, puede ser:
 - **Tónica**: se produce cuando al inicio de la articulación de una palabra la persona se queda detenida por un aumento del tono muscular del aparato fonoarticulatorio. Después, sale la palabra sin alteraciones en la fluidez.
 - **Clónica**: es cuando el paciente repite una letra, sílaba o frase mientras habla.
 - **Mixta**: es la más habitual, consiste en una mezcla de las dos anteriores aunque son predominio de una y de otra.
- **Por su evolución**, comentaré lo siguiente:
 - **Tartamudez infantil**: la tartamudez en edad preescolar tiene una prevalencia del 3% al 5%, desaparece espontáneamente en un 80% antes de los 16 años y la mayoría en los primeros meses.
 - **Tartamudez del adulto**: el 20% del grupo anterior que no desaparecen antes de los 16 años, se cronifica en la edad adulta y afectan al individuo el resto de su vida, sin posibilidades de tratamiento curativo, aunque sí paliativo.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

- **Por la época de vida en la que aparece**, destacaré los siguientes tipos de tartamudez:
 - **Tartamudez temprana o congénita:** aparece en la edad infantil y más tarde evoluciona a la curación o a la cronificación, como se vio antes.
 - **Tartamudez de aparición tardía o adquirida:** puede ser la primera señal de una lesión cerebral y requiere evaluación neurológica para determinar su etiología.
- **Por el grado de severidad** podemos decir que existen multitud de tests que tratan de evaluar la tartamudez según el grado de afectación. Aunque hay mucha variabilidad entre unos y otros, la mayoría distinguen cuatro grados que se podrían resumir en:
 - Leve.
 - Moderada.
 - Severa.
 - Muy severa.

6. EVALUACIÓN

La evaluación de la disfemia ha de realizarse de manera multidisciplinar: médicos, maestro de audición y lenguaje, psicopedagogo y otros especialistas.

Así, partiendo del examen físico y los antecedentes médicos, la exploración completa por parte del especialista de audición y lenguaje requerirá de unas cuantas sesiones, no sólo por la duración de las pruebas, sino por la variabilidad del tartamudo de unos momentos a otros.

A continuación podemos decir que esta evaluación previa debe atender a diversas áreas:

- El **patrón fluente/normal:** el sujeto entre disfluencia y disfluencia, tiene momentos de fluencia. Este patrón es el que hay que rescatar.
- Hay que **analizar minuciosamente las disfluencias:** tipo, naturaleza...
- Conocer la **historia del desarrollo del lenguaje:** cómo empezó a hablar, inicio y evolución de la disfemia y el ambiente ante ese desarrollo.
- **Factores** que afectan al habla: cuando mejora, cuando tiene más disfluencias.
- Cómo es su **entorno** escolar, familiar, social, laboral...
- **Cómo este entorno responde al problema.**
- **Actitud del sujeto, consciencia e imagen del propio problema;** cómo lo afronta el propio sujeto y su familia.
- **Otros aspectos de interés.**



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

6.1. Instrumentos de evaluación

No hacen falta grandes instrumentos, aunque debemos tratar de que tengan la mayor fiabilidad y precisión posible. Por ello, vamos a destacar los siguientes:

- **Video:** sirve para medir la tensión.
- **Analizador de frecuencia-intensidad:** sirve para medir tono e intensidad del habla.
- **Visi-pitch:** permite analizar la voz, sobre todo tono e intensidad. Actualmente se ha sustituido por diferentes programas informáticos.
- **Sonógrafos:** más para la lingüística.
- **Neumopolígrafo:** hace cuervas de respiración.
- **Cronometro.**
- **Contador.**
- **Test.**

6.2. Procedimientos de evaluación

Éstos pueden ser los siguientes:

- **Observación del habla:**
 - Se trata fundamentalmente de observar el habla y registrarla audiovisualmente.
 - También es interesante observarla en directo. Además, sin que se de cuenta, como una cámara de Gessel, con espejo unidireccional.
 - Observar el habla con entrevista y cámara de Gessel. Anotar todos los datos de la entrevista, los de anamnesis.
- **Administración de test:** introducir pruebas, tests en un momento avanzado de la evaluación.
 - Escalas de lowa: escala más importante para evaluar la tartamudez.
- **Conversación:** se deben intercalar tareas como contestar a un cuestionario, con la conversación sobre el problema. Además de evaluar el habla, nos interesa la actitud y grado de comprensión sobre su problema. Esto se consigue mediante la conversación. También, obtendremos el nivel de conciencia del problema y el grado de tolerancia; para esto puede ayudarnos enseñándole un video previo para que se evalúe y comente.
- **Lectura:** utilizar tareas de lectura para evaluar el habla. Tiene la ventaja de que podremos repetir la misma lectura y comparar la ejecución.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

7. INTERVENCIÓN

- Los maestros de audición y lenguaje, junto con los psicopedagogos, realizan la intervención educativa para afrontar este problema.
- Tal intervención es difícil, porque carecemos de todas las claves para su comprensión y las estrategias de intervención no consiguen eliminar la tartamudez en muchos casos.
- No existe directriz general de intervención como para otros trastornos. No existe un programa de tratamiento único, o unas técnicas específicas universalmente aceptadas.
- En lo único que hay acuerdo es que debe ser pluridimensional (abarcando aspectos de fluidez, psicológicos y sociales).
- Factores que van a determinar el tratamiento pluridimensional:
 - Responder a una planificación individualizada, cada caso es diferente de los demás.
 - La edad y a la naturaleza del problema en todas sus dimensiones.
 - Factores personales, características del sujeto.
 - Entorno social, características sociales.
 - Recursos de los que disponemos.
 - Tiempo para el tratamiento, suelen ser largos, por lo tanto costosos.
 - Medios con lo que contamos.

7.1. Técnicas

Algunas de estas técnicas son las siguientes:

- **Enmascaramiento del habla:**
 - Consiste en enviar un ruido a los oídos del disfémico a través de un aparato, de tal manera que se le impide oír su propia voz, desapareciendo uno de los feed-back más importantes en el mantenimiento de la ansiedad.
 - Se usan “retrasadores” de la audición u otros medios más sofisticados.
 - La persona debe mantener un volumen de voz normal, dejando de prestar atención a su habla.
 - ...
- **Habla rítmica:**
 - Consiste en aprender un patrón rítmico aplicado al habla, lo que nos permitirá mantener el ritmo y por tanto una mayor fluidez.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

- Para el aprendizaje de esta técnica se utiliza un metrónomo, o un aparato de ritmo-sensor, ajustando la velocidad más adecuada en cada caso.
- El disfémico aprende a hacer coincidir cada golpe del metrónomo con una unidad vocal.
- ...
- **Habla en sombra:**
 - Consiste en pedirle al niño que hable a la sombra de nuestra habla.
 - Mediante este procedimiento se desvía la atención del niño de su habla hacia la del terapeuta, quien va ofreciendo un modelo de expresión modulada, entonada y fluida.
- **Contracondicionamiento:** Consiste fundamentalmente en la producción de respuestas incompatibles con la conducta de tartamudeo; es decir, el sujeto debe ser entrenado para interrumpir su habla en el momento de tartamudear, para inspirar profundamente y volver a hablar.
- **Relajación:**
 - Conceptualización: es casi sinónimo de distensión muscular y psíquica con descenso y eliminación de la tensión generada por el esfuerzo físico y mental.
 - Beneficios para los niños y adolescentes:
 - Permite tomar conciencia de su cuerpo y autocontrolarlo.
 - Favorece la actividad respiratoria óptima.
 - Disminuye la tensión muscular.
 - Reduce las emociones negativas y las maniobras de evitación.
 - Aumenta progresivamente la confianza del niño en sí mismo.
 - Favorecer un buen estado de ánimo: sereno y tranquilo/ animoso y capaz.
 - Ayudar a afrontar mejor las situaciones ansiógenas.
 - Reduce la tensión psicológica y física.
- **Musicoterapia:** por ejemplo, “explorando movimientos”: ¿Cómo os desplazarías ante esta música? De manera fluida, rígida, rápido...
- **Masajes relajantes:**
 - **Auto-masaje de la cara,** por ejemplo, con las puntas de los dedos masajear la frente partiendo de la línea media hacia las sienes.
 - **Masaje de los hombros por pareja,** por ejemplo, efectuar presiones con los pulgares sobre los hombros.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

• ...

8. PAUTAS

- Por un lado, vamos a comentar las **pautas para los padres**, algunas de ellas pueden ser:
 - La forma que los padres tienen de comunicarse puede ayudar o entorpecer el habla de sus hijos.
 - No interrumpa a sus hijos cuando estén tratando de decir algo.
 - No complete las frases que el niño está tardando en terminar.
 - No hay que estar pendiente de cómo están hablando.
 - El perfil de un niño tartamudo suele asociarse a problemas de autoestima, introversión y dificultades para relacionarse con sus pares.
 - No lo sobreproteja.
 - ...
- Por otro lado, seguiremos por comentar las **pautas para los profesores**, éstas pueden ser:
 - Los profesores deben ser instruidos respecto a la manera de enfrentarlos como alumnos, para lo que es fundamental la colaboración y comunicación padres-maestro.
 - Deberá crear un clima de seguridad y comprensión con ambiente relajado.
 - Háblele frecuentemente con claridad y, articulando bien las palabras.
 - No manifieste ansiedad al escucharle.
 - No se burle de él ni le riña por su manera de hablar.
 - Es conveniente que le escuche siempre que requiera su atención.
 - ...

9. CONCLUSIÓN

Para concluir, me gustaría decir que es muy importante el apoyo que recibe el alumno con disfemia tanto de los padres como de los distintos profesores que trabajan con él, ya que, con la colaboración de todos se conseguirá el éxito del niño. De esta manera, también se eliminarán expresiones como: prefiero no hablar porque sé que me voy a trabar ó todo el tiempo me toman “de punto”. Por lo tanto, para conseguir “luchar” contra este trastorno, debemos prestar atención en lo que dicen y no en cómo lo dicen y, evitar tanto en el ámbito escolar como en el familiar, las tensiones, ansiedades y angustias que provocan en los niños inseguridad, es decir, no reaccionar emocionalmente ante el tartamudeo del niño.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

10. BIBLIOGRAFÍA

- **Salgado, A. (2004).** Tartamudez. Madrid: Síntesis.
- **Santacreu, J. y Froján, M.X. (1993).** La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil. Madrid: Pirámide.
- **Santacreu, J. y Fernández Zúñiga, A. (1994).** Tratamiento de la tartamudez. Valencia: Promolibro.
- **Sangorrín, J. (1990).** En J. Peña Casanova (Ed.): Manual de logopedia. Barcelona: Masson.

Autoría

- Nombre y Apellidos: Cristina Céspedes Navarro
- Centro, localidad, provincia: Melilla
- E-mail: cespedita423@hotmail.com