



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

## “LA DISFEMIA EN LA ESCUELA”

AUTORIA ALICIA GARCÍA – RAYO MORENO M <sup>a</sup> INMACULADA CALATRAVA RUIZ
TEMÁTICA ALTERACIONES DEL HABLA
ETAPA EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA

### RESUMEN.-

La disfemia o tartamudez es una alteración del habla que se presenta con relativa frecuencia en los centros escolares. Es importante ofrecer, desde la escuela, las pautas pertinentes así como la intervención precisa tanto para el alumno/a, el profesorado, así como, hacia la familia con el fin de paliar las dificultades que presente el niño/a con disfemia.

### PALABRAS CLAVE.-

- Repetición.
- Bloqueo.
- Fluidez.
- Evaluación/Valoración.
- Intervención.
- Pautas de conducta.

### 1.- INTRODUCCIÓN.-

La maestra de Audición y lenguaje juega un papel fundamental a la hora de otorgar respuesta a las dificultades que pueden presentar los niños/as con disfemia o tartamudez. Por ello, es de suma importancia que se proceda con una evaluación, lo más ajustada posible, tanto a las características del alumno/a como al contexto en donde se encuentre inmerso el niño/a con disfluencias en el habla. Seguidamente, una adecuada intervención junto con unas pautas apropiadas así como, las precisas recomendaciones tanto para la escuela como para la familia, ayudarán a que los alumnos/as con alteraciones en la fluidez del habla superen y/o palien las alteraciones presentadas.

### 2.- ¿QUÉ ENTENDEMOS POR DISFEMIA?

La disfemia o tartamudez es un **trastorno de la fluidez del habla** que se caracteriza por una expresión verbal interrumpida en su ritmo de un modo más o menos brusco( Peña, 2001).De las múltiples definiciones que se han dado de la disfemia, una de las más relevantes es la que propone Van Riper ( 1973): “...una palabra mal organizada temporalmente, más la consecutiva reacción del hablante a esta palabra”.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

#### CLASIFICACIÓN.-

- Disfemia o tartamudez **tónica**: Caracterizada por un habla entrecortada con espasmos que afectan a diversos grupos musculares relacionados con la fonación, que provocan un bloqueo del habla. El disfémico trata de resolver el bloqueo con un gran esfuerzo que intensifica aún más el tono muscular y provoca un habla explosiva y violenta.
- Disfemia o tartamudez **clónica**: Producida por breves y rápidas contracciones bucales que dan lugar a una repetición de parte de la palabra.

Ambas formas de tartamudeo suelen darse a la vez en el mismo sujeto, con mayor predominio de una de ellas.

#### SÍNTOMAS ASOCIADOS.-

La disfemia se caracteriza por la aparición de otros factores o síntomas asociados, como pueden ser:

- Reacciones de ansiedad ante situaciones verbales.
- Retraimiento en la situación verbal. Miedo a hablar.
- Movimientos involuntarios que acompañan al tartamudeo, afectando fundamentalmente a la musculatura de la cara, boca y cuello.
- Alteración fonorrespiratoria al tartamudear.
- Escasa producción de la expresión verbal.
- Entonación monótona (sin ritmo) al hablar.
- Evitación y/o sustitución de palabras que al disfémico le resultan difíciles.
- Uso de “muletillas” verbales.
- Estructuras sintácticas y frases inacabadas.
- Lenguaje redundante y empleo de las perífrasis.

No siempre se dan estos síntomas con la misma intensidad y frecuencia.

### 3.- PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA.-

La prevalencia de disfemia en los niños/as en edad escolar es del 5%, con una proporción de niños-niñas de 3 sobre 2. La tartamudez crónica afecta en **mayor proporción a los varones**. El inicio de la disfemia ocurre antes de los 8 años en 9 de cada 10 casos, siendo la edad típica de inicio alrededor de los 3 años.

Actualmente, se considera la conveniencia de identificar la tartamudez e **intervenir cuanto antes** en estos niños/as, ya que se puede prevenir que el problema no se complique y favorecer el desarrollo de la fluidez. La actuación temprana es preferible a la actitud de dejar transcurrir el tiempo.

Hoy día, aún **no está claro cuál es la etiología** de la disfemia o tartamudez aunque se tiende a buscar una teoría que englobe factores de carácter hereditario con factores psicológicos responsables de la persistencia y complicación del problema. La más ambiciosa de las investigaciones que se



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

realizan en la actualidad desde esta línea es la **Teoría neuropsicolingüística** ( Perkins, Kent y Curlee, 1991) en la que se plantean numerosas hipótesis etiológicas y se busca la confirmación de las mismas en estudios experimentales. Los últimos avances tecnológicos en neuroimagen funcional, por otra parte, muestran diferencias en la actividad cerebral de los disléxicos durante el tartamudeo que confieren un mayor peso al carácter neurológico de la dislexia.

También, se considera relevante destacar la elevada frecuencia de **antecedentes familiares** de tartamudez entre los disléxicos ( un 75 %) lo que hace que se admita la hipótesis de un factor genético de predisposición al tartamudeo.

Por otra parte, la no observación de estos datos en otros sujetos disléxicos y la evidencia de factores psicosociales responsables del mantenimiento y complicación del trastorno disléxico obliga a reconocerlo como un problema de etiología multifactorial.

#### 4.- PROTOCOLO DE VALORACIÓN.-

Qué duda cabe que para llevar a cabo una óptima intervención en alumnos que presentan una alteración de la fluidez del habla se hace necesario una **adecuada evaluación** tanto del alumno/a como de su contexto escolar y familiar.

El objetivo fundamental a la hora de evaluar es estimar el grado de gravedad del trastorno y el pronóstico del caso para así **confeccionar el programa de intervención más adecuado** a las necesidades que el niño/a con dislexia presente. Resulta interesante resaltar que la evaluación no sólo marca el principio de la terapia sino que es un proceso continuo que se debe llevar a cabo a lo largo de las diferentes fases de la intervención.

Los datos más relevantes de la anamnesis pueden obtenerse a través de los siguientes ítems:

##### A) **Entrevista con los padres.-**

La información que proporcionan es fundamental para el análisis funcional del problema del niño/a. Se les preguntan sobre las inquietudes del niño/a, su forma de hablar y de expresarse, pero también acerca de otros aspectos de la conducta del niño/a, sus habilidades y el ambiente que les rodea.

A.1.- Historia clínica: Se valorarán los aspectos que, a continuación, se mencionan:

A.1.1.- Descripción del problema: Se describen las dificultades del niño/a; si se producen bloqueos, repeticiones de sílabas, pausas....

A.1.2.- Desarrollo general: Información sobre el embarazo y parto; detalle del desarrollo de los primeros años y la evolución observada.

A.1.3.- Desarrollo del lenguaje y la comunicación: Se describe la evolución lingüística y comunicativa del niño/a, aparición de las primeras palabras, primeras frases y la fluidez de las emisiones.

A.1.4.- Antecedente médicos: Se solicita información sobre los problemas físicos, fisiológicos o neurológicos habidos en el desarrollo, desde el nacimiento. También se



**ISSN 1988-6047    DEP. LEGAL: GR 2922/2007    Nº 7 – JUNIO DE 2008**

considera interesante conocer las enfermedades que haya podido padecer el niño/a, así como la existencia de problemas motores, hiperactividad o aparición de tics.

A.1.5.- Relaciones sociales: Las habilidades sociales es un aspecto que se debe evaluar con los padres y también con el niño/a.

A.1.6.- Desarrollo emocional: Las reacciones emocionales hacia la comunicación, como temor a hablar o evitar determinadas situaciones, son aspectos que aparecen especialmente en los niños/as mayores, a partir de los 7 u 8 años, cuando su nivel cognitivo se ha desarrollado y llevan un tiempo tartamudeando. En los niños/as pequeños, menores de 6 años, se registran aquellas situaciones que generan estrés en el ambiente y que se detectan cuando aparece un aumento de las disfluencias en esos momentos ( Guitar, 1998).

A.1.7.- Dinámica familiar: Se pregunta acerca de la dinámica familiar, las relaciones entre los hermanos/as, conducta del niño/a en la casa, etc..En general, se trata de detectar situaciones de tensión o conflicto en el ambiente familiar. Aquí también cabría incluir el modelo educativo que los padres aplican en casa (demasiado permisivo, autoritario, consenso de normas...)

A.1.8.-Historia escolar: Es básico conocer la adaptación del niño/a al colegio y a lo compañeros/as. Por otro lado, el rendimiento académico y capacidades que muestra.

A.1.9.-Antecedentes familiares: La presencia de casos de tartamudez dentro de la familia y la evolución de la misma es una variable importante en el pronóstico de las dificultades de habla del pequeño/a.

Una vez elaborada la historia se insiste a los padres en la importancia de su participación e implicación en todo el proceso terapéutico

## **B ) Entrevista con el niño/a.-**

Se busca generar en el niño/a confianza en la maestra/o y una buena relación. También, conviene que el estilo conversacional sea pausado, con turnos de habla lentos, facilitando así que el niño/a pueda expresarse sin presión.

B.1.- Las relaciones familiares: En este punto atendemos a sus relaciones con los padres; qué hace con ellos, cómo le ayudan ante sus dificultades, relación con los hermanos/as.....

B.2.- Colegio: Se intenta percibir su actitud ante la escuela, hacia sus profesores/as, materias preferidas, el rendimiento académico y la relación con sus compañeros/as.

B.3.- Interacción social: Amigos que tiene, a qué juegan, si tiene dificultades con los niños/as por su forma de hablar.....

B.4.- Tiempo libre: Es interesante conocer a qué dedica el tiempo libre, cuáles son sus aficiones, si realiza actividades extraescolares....

B.5.- Intereses y expectativas: Le preguntamos qué cosas le gustaría cambiar de su vida si pudiera y cuáles le gustan como son; a quién acudiría si tuviera un problema....

## **C ) Interacción de los padres con el niño/a.-**

Otro recurso de gran interés y muy utilizado para obtener información de la relación de los padres con el niño/a es realizar una sesión de juego. En esa sesión se observa a uno de los padres con el niño/a mientras juegan. El objetivo es examinar a cada uno, cómo se relacionan y cómo se comunican. El registro conviene que sea grabado en vídeo para poder observar la conducta verbal y la no verbal de ambos, padre e hijo.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

#### D) Registros de conducta.-

Se les solicita a los padres que anoten los momentos en que el niño/a tiene bloqueos o cuando habla fluido. Los registros deben contemplar la frecuencia en la que aparece la conducta y el tipo de habla o de disfluencias que se observan.

### 5.- EVALUACIÓN DEL HABLA DEL NIÑO/A.-

La valoración y análisis de las alteraciones del habla del niño/a nos proporciona datos fundamentales para determinar el tipo de tartamudez y la severidad de la misma.

Se considera relevante **valorar el lenguaje espontáneo, el repetido y el dirigido**. Para ello, nos podemos valer de las siguientes tareas lingüísticas:

- Describir imágenes o dibujos.
- Repetir palabras, frases y oraciones.
- Contar un cuento o una película.
- Responder a preguntas directas: ¿Cuántos hermanos tienes?, ¿Dónde vives?....
- Conversar sobre un tema de interés del niño/a.
- Lectura de un texto adecuada a la edad.

### 6.- INTERVENCIÓN.-

#### 6.1.- Principios básicos para la intervención:

- El programa de intervención debe ser individualizado y adaptado a las características del niño/a. La maestra de Audición y lenguaje debe ser flexible y adaptarse a los cambios que se produzcan a lo largo de la intervención.

- Durante la intervención el terapeuta debe aparecer cercano/a y empático/a.

- A lo largo de las sesiones se debe reforzar al niño/a en sus esfuerzos e intentar disminuir la ansiedad que con frecuencia muestran los niños/as, especialmente los mayores.

- Fomentar la funcionalidad de la comunicación. El tipo de actividades deben ofrecer la oportunidad al niño/a de participar espontáneamente en la conversación y de utilizar los recursos que se le van enseñando. Conviene seleccionar tareas lingüísticas de estimulación del lenguaje, de imitación de expresiones.....

- Aspecto lúdico. El juego cobrará un papel imprescindible en la intervención.

- Participación activa.

- Generalizar lo aprendido.

- Implicar a los padres y profesores/as.

#### 6.2.- Actitud de la maestra de Audición y lenguaje:

Se debe crear un ambiente favorecedor de la relajación del niño/a en la sesión, dar un modelo de habla adecuado y mantener una relación que favorezca la fluidez. Para ello, se contemplan las siguientes conductas:

- Establecer una relación distendida.

- Proporcionar un modelo de habla con un patrón de entonación normal pero lento. Se procura utilizar oraciones de sintaxis sencilla y cortas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

- El estilo conversacional será pausado.
- Reducir el número de preguntas directas y no exigir hablar.
- A medida que el niño/a con disfemia mejore su fluidez el terapeuta debe aumentar el grado de exigencia y velocidad del habla, para adaptar las circunstancias de comunicación a contextos más naturales.
- Presentación lenta de actividades. Hay que tender a evitar el apresuramiento en las tareas.

### 6.3.- Técnicas de Control del habla.-

#### 1.- Reducción de la velocidad el habla:

Reducir la velocidad del habla facilita la formulación del lenguaje, los movimientos articulatorios, así como la coordinación de la respiración, articulación y fonación para la producción de un habla fluida.

#### 2.- Habla rítmica:

Consiste en que el niño/a sincronice las sílabas y palabras siguiendo un ritmo. A veces, se usa un metrónomo para marcar los golpes y la longitud de la emisión por golpe.

#### 3.- Facilitación de la coordinación motora oral:

El habla mejora si se facilita la coordinación motora realizando movimientos suaves, lentos y precisos.

#### 4.- Establecimientos de contactos articulatorios breves:

Esta técnica incide en realizar movimientos de los músculos articulatorios lentos, prolongados y relajados. Si se minimiza la tensión en la articulación se reduce el tartamudeo.

#### 5.- Comienzo fácil:

Este método se realiza iniciando el habla con un comienzo suave y gradual de la fonación y con una espiración estable.

#### 6.- Relajación:

Se basa en el uso del entrenamiento de la relajación. La relajación es un antagonista en las sensaciones de ansiedad y tensión.

#### 7.- Desensibilización:

Desensibilizar significa reducir la respuesta a un estímulo determinado. Esta reducción de la respuesta se produce cuando se utiliza la relajación y se inhibe la ansiedad en presencia del estímulo que lo provoca. Se usa con una serie de situaciones de habla temidas.

#### 8.-Respiración:

El control de la respiración y una respiración adecuada son aspectos importantes para reducir el tartamudeo en los niños/as. No se usa como técnica aislada.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

9.- Enmascaramiento:

Con el enmascaramiento el tartamudo habla simultáneamente a un ruido de elevada intensidad que reduce el feed-back auditivo. Por medio de este sistema el sujeto reduce sus dificultades de habla.

10.- Audición retardada:

Mediante un aparato que retrasa la audición del propio habla a los oídos del niño/a, puede reducirse en algunos casos notablemente la tasa de tartamudeo sin que el disfémico haga el menor esfuerzo. El aprendizaje se basa en dos factores: Habituar a un patrón de habla más lento y prolongación de habilidades fónicas.

11.- Aumento 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 del niño/a.

12.- Habla “en sombra”:

Se entrena al disfémico para que hable “a la sombra” del maestro/a: El alumno/a va reproduciendo casi simultáneamente lo que el terapeuta dice. Posteriormente se invierte el orden, siendo la maestra quien acompaña lo que dice el niño/a. Mediante este procedimiento se desvía la atención del disfémico hacia su habla, entrando su atención en el habla de la maestra/o quien va ofreciendo un modelo de expresión modulada, entonada y fluida.

13.- Cancelación:

El procedimiento se basa en que cuando el tartamudo dice una palabra tartamudeada debe parar intencionadamente, intentar decirla de nuevo y continuar hablando.

## 7.- RECOMENDACIONES.-

### 7.1.- Recomendaciones para padres:

- No deje que su hijo/a sepa que está preocupado por su forma de hablar.
- Procure no ponerse nervioso y mantenga la calma cuando repita o se bloquee.
- Cuando el niño/a hable espere a que termine. No le acabe las palabras o frases.
- Háblele despacio, con pausas entre las frases, sin apresurarse. Sea un buen modelo a imitar para él /ella en su forma de hablar.
- Use un vocabulario sencillo adecuado a su edad y unas frases poco complicadas.
- Cuando le hable procure alargar las primeras sílabas de las palabras.
- Mire al niño/a cuando le hable y observe a través de sus expresiones qué es lo que quiere decir.
- En la conversación demuéstrole con su actitud que disfruta hablando con él/ella.
- No realice demasiadas preguntas directas.
- Si le pregunta procure que no implique respuestas largas.
- Absténgase de darle recursos que Ud. crea que le van a ayudar, o a eliminar sus dificultades.(EJ: Toma aire, ve despacio, respira, etc.).
- Permita que el niño/a le vea cometiendo algún error en su dicción.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

- No ponga al niño/a en situaciones que le sometan a presión para hablar bien.
- No intente persuadirle de contar o narrar ante extraños o visitas. Pero, si él quiere, déjele.
- No le llame tartamudo o “tartaja”. Piense que él es un niño como otros que ahora parece tener algunas dificultades para hablar.
- Si su hijo/a muestra frustración por su falta de fluidez tranquilícele diciéndole que todo el mundo encuentra dificultades para hablar alguna vez y también que él habla fluido en muchas ocasiones.

### 7.2.- Recomendaciones para profesores:

- Escuchar al niño/a con alma, sin apresurarse a contestar.
- Hablar lentamente, haciendo pausas y con un lenguaje sencillo.
- No acabarle la palabra o la frase.
- No presionarle para hablar.
- Facilitar la participación del niño/a en grupos reducidos.
- Insistir en la comunicación en grupo que se mantengan los turnos, para que el niño/a poco fluido tenga tiempo para intervenir.
- Procure no ser excesivamente exigente con el niño/a en el aula.
- Observar el habla del niño/a y si es preocupante para los padres derivar a un especialista.
- Atender al lenguaje del niño/a por si se encuentra retrasado para la edad en cuyo caso será necesario derivarlo a evaluar.
- Es importante coordinarse con el terapeuta cuando el niño/a ya esté en tratamiento.

### 7.3.- Recomendaciones para el niño/a con disfemia:

- Procura hablar despacio, si te apresuras tendrás más dificultad para conseguir hablar todo seguido.
- Intenta alargar las vocales de las palabras al comienzo de la frase, eso te ayudará a iniciar la palabra con mayor facilidad.
- Cuando tengas oportunidad de susurrar o hablar bajo, hazlo pues ésto te puede ayudar a no atascarte.
- Si en algún momento quieres insistir en algo que dices puedes hablar palabra a palabra o silabear lo que dices.
- Cuando vayas a hablar intenta no pensar en que no te va a salir.
- Trata de no evitar de hablar.
- Durante la conversación con una persona escucha lo que te dice y no estés pensando en cómo le vas a responder.
- Cuando veas que te cuesta trabajo hablar, piensa que puede solucionarlo si usas y entrenas algún truco para ello. Te puede llevar algún tiempo pero se puede conseguir.

## 8.- CONCLUSIÓN.-

Nos gustaría hacer hincapié en que en las primeras etapas del desarrollo del lenguaje, entre los 2 y los 5 años, se observa que los niños/as interrumpen con frecuencia la fluidez del habla, con pausas, interjecciones o repeticiones, cuando hablan espontáneamente. A este tipo expresión no se le suele considerar alterada y sólo se le llama tartamudez en un porcentaje pequeño de niños/as. Esto ocurre





ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

cuando las dificultades tienen determinadas características y se prolongan en el tiempo. Así pues, creemos y corroboramos con este artículo la importancia de intervenir en edades tempranas siempre y cuando se descarte la disfemia evolutiva, etapa por la pasan la mayoría de niños y niñas.

#### 9.- BIBLIOGRAFÍA.-

- Guitar, B (1998). Stuttering: An Integrated Approach to its Nature and Treatment. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Peña-Casanova, J (2001). Manual de logopedia. Masson.
- Perkins, W.H; Kent, R.D. y Curlee, R.F. (1991). A theory of neuropsycholinguistic function in stuttering. Speech Hear Res, 34 (4), 734-52.
- Van Riper, C (1973). The nature of stuttering. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

#### Autoría

---

- Alicia García-Rayó Moreno y M<sup>a</sup> Inmaculada Calatrava Ruiz
- Córdoba
- E-MAIL: [aligarra@hotmail.com](mailto:aligarra@hotmail.com)