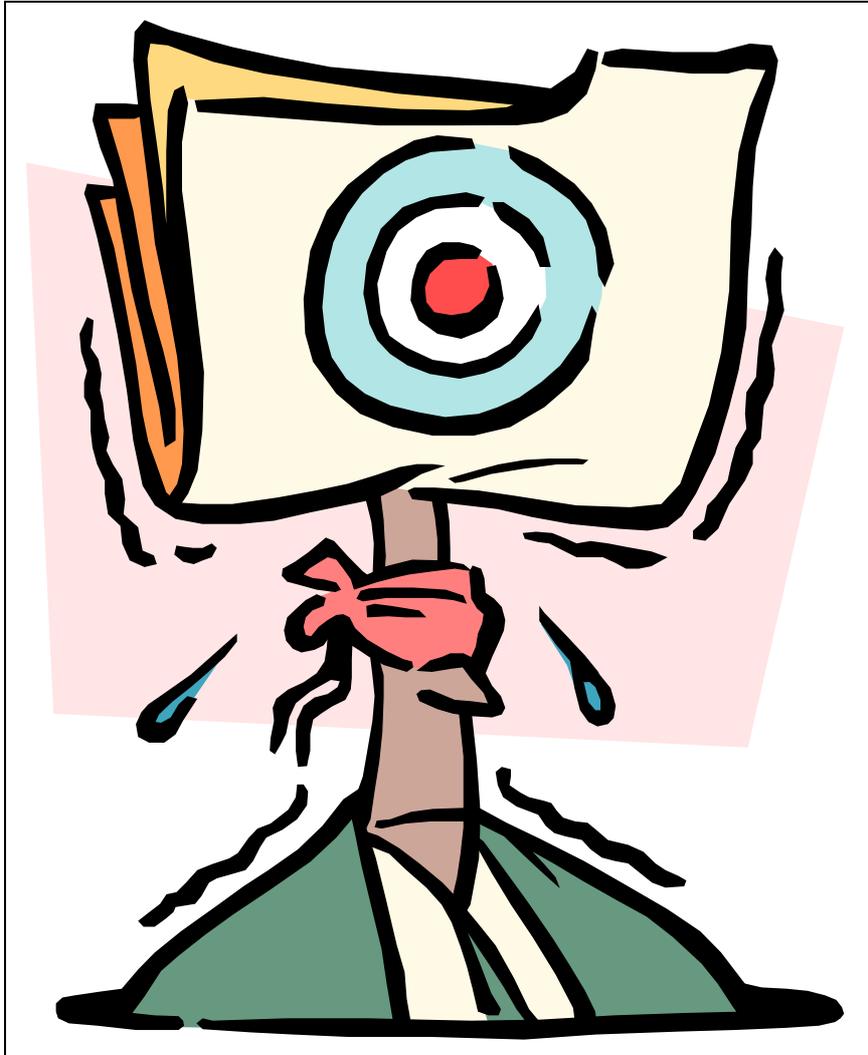


DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN.
IES. PROFESOR JUAN BAUTISTA. EL VISO DEL ALCOR.
SEVILLA.



DISFEMIA.

ALTERACIONES DE LA FLUIDEZ VERBAL

BIBLIOGRAFÍA.

1. Historia4.

2. Etiología	6.
3. Fases de iniciación	11.
4. Diagnóstico	12.
5. Síntomas	13.
6. Evaluación	19.
7. Terapia preventiva	24.
8. Algunas estrategias.	28.
9. Pronunciación y gramática	34.
10. El inventario	36.
11. Presiones indirectas sobre el habla.	38.
12. Disciplina	41.
13. Otras causas de estrés en la comunicación	45.
14. La tartamudez	46.
15. Cómo ayudar a un niño que tartamudea	58.
16. La tartamudez	65.
17. Cómo vencer la tartamudez	72.
18. Cómo ayudar a un niño.	81.
19. Ficha individual	91.
BIBLIOGRAFIA.	

DISFEMIA

WENDELL JONSON:

"EL TARMUDEO COMIENZA, NO EN LA BOCA DEL NIÑO, SINO EN OÍDO DEL PADRE"



Lewis Carroll, autor de Alicia en el País de las Maravillas no pudo acceder al sacerdocio por su tartamudez. Como respuesta escribió el siguiente poema:

*Learn well your grammar / And never stammer / Write well and neatly
/ And sing soft sweetly / Drink tea, not coffee; Never eat toffy / Eat
bread with butter / Once more don't stutter.*

1. 🗺️ **Historia** .

La tartamudez es conocida desde la antigüedad clásica, y ya Aristóteles señalaba a la lengua como responsable de la misma, 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...). 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.

Se calcula en un 7 por 1000, lo que significa que hay aproximadamente 40 millones de disfémicos en el mundo. Según indican las estadísticas la enfermedad es más frecuente entre los varones con más nivel académico de países desarrollados. Esto podría deberse a que en el tercer mundo se considera una patología menor y ni siquiera se diagnostica.

2. Etiología .

Pese a las numerosas investigaciones realizadas en este campo, aún hoy no se conocen con exactitud las causas de la disfemias.

Según el criterio de la Sociedad Americana, las disfemias son alteraciones del lenguaje caracterizadas por tropiezos, espasmos y repeticiones debido a una imperfecta coordinación de las funciones ideomotrices cerebrales.

Tartamudez o Espasmodia

Es una alteración funcional de la comunicación verbal (más que del lenguaje) consistente en una falta de coordinación motriz de los órganos fonadores que se manifiesta en forma de espasmos que alteran el ritmo normal de la palabra articulada.

Como posibles causas desencadenante de la disfemia señalaremos:

2.1 Herencia

Hay un factor hereditario que se trasmite con más frecuencia por vía paterna, que predispone a padecerla, aunque no el trastorno en sí .

Los factores etiológicos de la tartamudez pueden ser:

- 1) La herencia
- 2) Trastornos neurológicos asociados de diverso orden
- 3) Trastornos de lateralización
- 4) Trastornos de la estructuración temporoespacial
- 5) Trastornos del lenguaje en los tartamudos
- 6) Disfunción de los circuitos de control del habla
- 7) Problemas psicológicos

Neurofisiológicamente, el tartamudo presenta un funcionamiento deficiente de los centros del habla del hemisferio izquierdo, que se intenta compensar con un mecanismo propio del hemisferio derecho. No existe una etiología única que explique la mayoría de las disfemias:

- **2.2. Genéticas:**
- En gemelos monocigóticos disfémicos si uno sufre tartamudez el otro tiene un 77% de posibilidades de sufrirla, mientras que en los dicigóticos es de un 32%. Asimismo existe entre un 30% y un 40% de posibilidades de que el hijo de un progenitor disfémico tenga disfemia.
- **2.3 Sexo:**
- la disfemia es más frecuente en hombres (75%) que mujeres.
- **2.4. Trastornos de lateralidad:**

- actualmente se considera otro mito más sobre la causa de la tartamudez.¹ Por otra parte, la mano dominante del tartamudo no influye de manera significativa en la severidad de su tartamudez.²

- **2.5 Psicolingüística:**

- frecuentemente se oye que la causa de la disfemia en ciertas personas de elevada inteligencia puede estar en que su pensamiento avanza más rápido que su lenguaje. Esto no es del todo cierto. Sería más correcto decir que tienen un déficit en el pensamiento lingüoespecular frente a un elevado procesamiento sensoactorial. El pensamiento lingüoespecular es aquel en el que pensamos en un significado y asociamos visualmente a la palabra escrita que lo representa, mientras que en el sensoactorial lo asociamos a la imagen. Por lo tanto si un sujeto tiene una inteligencia basada en una capacidad de asociar estímulos visuales no lingüísticos sí puede tener problemas de articulación correcta del lenguaje.

- **2.6. Traumáticas:**

- se refieren a la aparición de la disfemia como resultado de un choque emocional (poco frecuente) o como resultado de estados de tensión prolongados a los que es sometido el individuo que es propenso a ella.

Tartamudez o **disfemia** es un trastorno del habla (no un trastorno del lenguaje) que se caracteriza por interrupciones involuntarias del habla que se acompañan de tensión muscular en cara y cuello, miedo y estrés. Ellas son la expresión visible de la 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.

Comienza, de modo característico, entre el segundo y cuarto año de vida, aunque se suele confundir con las dificultades propias de la edad a la hora de hablar. Al final, solo uno de cada 20 niños acaba tartamudeando y muchos de ellos superan el trastorno en la adolescencia.

La reacción del entorno del afectado es determinante para la aparición de numerosos síntomas físicos asociados a la tartamudez, sobre todo en los primeros años de manifestación: tensión muscular en cara y cuello, miedo y estrés.

Las causas son siempre relacionales y afectivas y, prácticamente siempre hay un fondo neurótico.

2.7. Causas somáticas.

Segre cita a autores para los que la causa de este trastorno radica en defectos a nivel diencefálico y de vías extrapiramidal. Otros observan entre los tartamudos una especial constitución vagotónica y un desequilibrio simpático-pasimpático. Travis (18) estima que se trata de una falla en la dominancia interhemisférica cerebral. Karlin (citado por Travis), ve además, un defecto de mielinización en las áreas cerebrales del lenguaje. Se ha demostrado que la tartamudez es más frecuente en países pobres con niños deficientemente nutridos. También se observa asociada frecuentemente a cuadros de hipotiroidismo o de hipofunción de glándulas sexuales, especialmente en el sexo masculino.

2.8. Causas relacionales y afectivas,

la mayoría de las veces es la consecuencia de un conflicto emocional o una característica de ansiedad neurótica. La represión de deseos, inhibiciones, agresividad contenida, inseguridad, apego ansioso, abandonismo, dificultades de independencia, etc. suelen causar o agudizar la tartamudez. Es muy frecuente observar en la clínica como, en la mayoría de los casos, la tartamudez aparece solo en la relación con determinadas personas y/o ambientes y no en otros. **El desarrollo sano de un niño comprende una fase de balbuceo o repetición de ciertas sílabas mientras habla; esta etapa puede prolongarse e iniciarse la tartamudez en un ambiente predispuesto o cuando los padres adoptan una actitud demasiado rígida y exigente con sus hijos.** Wendell Johnson, partió del hecho comprobado de que, en determinadas culturas indias de EE.UU., no existe la tartamudez; llegó así a la conclusión de que este trastorno depende de "cierto grado de exigencias impuestas por la sociedad que juzga la corrección o imperfección del habla"; investigó el ambiente familiar de los niños tartamudos y clasificó a los padres según la actitud que asumen al juzgar la calidad del habla de sus hijos. Observó que si "cuando empieza a hablar el niño se le corrige demasiado, se le expone a la formación de un sentimiento de duda e inseguridad en su habilidad lingüística y puede empezar a tartamudear".

2.9. Trastornos en la estructuración espaciotemporal.

Cualquier disfunción en la adquisición de la dominancia y de la motricidad que conducen a la organización del espacio y cualquier alteración en la organización temporal que afectan al ritmo, podrían considerarse causas para el tartamudeo.

La tartamudez solo existe si aparece una tensión o bloqueo espasmódico.

TEORIAS EXPLICATIVAS DE LA DISFEMIA

TEORÍAS ORGÑANICAS Herencia, alteraciones del mecanismo de feedback auditivo entre los órganos vocales, oído y cerebro, lateralidad .

TEORÍA DE LA NEUROSIS. .Personalidad, alteraciones emocionales, conductas de sobreprotección, deterioro de las relaciones interpersonales.

TEORÍAS DE LA ANSIEDAD. Inseguridad, ansiedad ...

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE. Motivación, estimulación

3. Fases de iniciación.

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

3.1 *Tartamudeo inicial.*

- ☺ Hacia los tres años de edad.
- ☺ Coincide con la estructuración sintáctica del lenguaje infantil.
- ☺ Presenta un aspecto evolutivo.
- ☺ Se manifiestan con detenciones verbales, repeticiones silábicas,...
- ☺ tienen que ver con el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje. y no como un problema.
- ☺ Hay autores que hablas de

- tartamudez primaria.
- t. fisiológica (WEISS.)
- t. de desarrollo (METRAUX)
- balbucencia fisiológica (BOREL - MAISONNY).

3.2. Tartamudeo Episódico.

A partir de los cinco años puede articular todos los fonemas , incluso son una construcción gramatical correcta y preparación neuromotriz para el aprendizaje de la lectoescritura.

Es el ingreso en la escuela y lo que ello conlleva. A esta edad es suficiente una orientación a los padres y profesores para evitar situaciones de angustia y corrección ansiosa.

3.3. Tartamudeo propiamente dicho.

Se produce alrededor de los 11 años como consecuencia de una emoción brusca, de una experiencia traumática en niños /as con una predisposición emocional o por causas imprecisas.

4. Diagnóstico

Para diagnosticar en primer lugar debemos diferenciar entre una simple tartamudez evolutiva y una disfemia.

Una **tartamudez evolutiva** simple puede aparecer durante el proceso de desarrollo del lenguaje del niño, especialmente en torno a los tres años, o bien tras el nacimiento de un hermano como forma de llamar la atención. En ella el niño no sufre los síntomas asociados de miedo, estrés, etc. que sufre

el disfémico consciente cuando tiene que enfrentarse a una situación en la que tiene que emplear el lenguaje oral. Además en la tartamudez evolutiva es más frecuente la repetición de palabras enteras. Si el niño mantiene esta tartamudez evolutiva en el tramo comprendido entre los 3 y los 5 años estamos ante una **tartamudez episódica o fisiológica**. En ninguno de los dos casos es aconsejable la intervención, que hasta puede ser contraproducente, y debemos limitarnos a proporcionar el ejemplo correcto al niño sin castigarle por sus malas articulaciones. Sólo un 10 % de los niños con tartamudez fisiológica llegará a desarrollar una disfemia en la edad adulta.

Para poder diagnosticar una **disfemia** en niños por tanto el sujeto ha de ser mayor de 5 años. Si el niño tiene entre 5 y 7 años estamos ante una disfemia primaria. Si el niño tiene entre 7 y 10 años estamos ante una disfemia secundaria: el niño presenta un agravamiento de los síntomas y se hace plenamente consciente del trastorno, por lo que empieza a adoptar estrategias evitativas como cambiar la sintaxis de las frases o palabras por sus sinónimos para lograr enunciados más fáciles de pronunciar. Además el niño ya tendrá problemas sociales con sus compañeros.

5. Síntomas.

El tartamudeo puede desarrollarse gradualmente o puede aparecer de manera repentina.

El ritmo del habla es acelerado (**taquilalia**); aparecen disartrias (sustituciones y omisiones) según la velocidad del habla y **clonos** de sílabas o palabras. Al contrario que en el tartamudeo, no aparece la evitación y el miedo ante lugares en que se debe hablar (**logofobia**) y suele haber una

mejor [expresión](#) ante extraños (por el esfuerzo en hacerse entender mejor) que en ambientes familiares.

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.

Además el paciente 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.

RESUMIENDO:

□ 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...)
-
- 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 diversas su evolución en función del sujeto.

Otras veces el tartamudeo viene y se va, el niño habla bien durante uno minuto y, alumnito siguiente tartamudea. Los períodos de **fluencia** varían en duración y pueden prolongarse por minutos, horas y, hasta meses.

Señala CRISTAL (1983). que el tartamudo casi nunca son exactamente iguales. Hay un grupo de característica del habla y fluidez y cada disfémico elijera una. 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 - recibido un - -

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 afectados bloques.

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 (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.

Evitación de ciertos sonidos que pueden plantear problemas concretos a la hora de articularlos.

Hay dos clásicos tipos de tartamudez que normalmente van juntas :

☺ **la clónica** : se caracteriza por repeticiones más o menos largas de fonemas, especialmente del primero, a veces con emisión de un fonema parásito

☺ **la tónica** : una detención en la emisión acompañada de *sincinesias* más o menos importantes y de reacciones emocionales.

Los movimientos que los acompañan y los trastornos respiratorios o vasomotores son consecuencia de dicha afección.

El porcentaje de tartamudos se eleva alrededor de un 1% de la población general.

Para la mayoría de los autores, este porcentaje difiere según el sexo y se admite que es más frecuente en muchachos que en muchachas.

Ha podido distinguirse tres estadios en la tartamudez :

- a. **El tartamudeo pasivo**, que es su fase más simple y benigna, en la que el paciente no trata de oponerse a su difícil habla.
- b. **El tartamudeo reprimido**, fase en que comienza a producirse una resistencia, con una serie de movimientos que paulatinamente van ampliando el problema.
- c. **El tartamudeo complicado**, o fase más avanzada, que se inicia una vez confirmados los accesos y sus correspondientes movimientos

La segunda y tercera fases son provocadas en gran parte por la reacción del paciente ante su propia tartamudez y frente a la reacción de los demás.

La tartamudez, a su vez, se manifiesta de diferente manera según personas y situaciones.

Los síntomas más corrientes del tartamudeo en los niños son:

- repetición de sonidos (m m m mamá)
- repetición de sílabas (ma ma ma ma mamá)
- repetición de palabras de una sola sílaba (pues pues pues)
- repetición de palabras (sólo sólo sólo)
- repetición de frases (yo quiero yo quiero)

- prolongación de sonidos consonantes (mmmmmmmamá)
- prolongación de sonidos vocales (ates)
- pausas impropias.)

Un niño puede tener uno de estos síntomas o una mezcla de varios de ellos.

En el verdadero tartamudeo siempre hay, virtualmente, alguna tensión cuando se presenta estos síntomas. El grado de tensión variará de muy ligera a muy grave. Si no hay ninguna tensión, puede que el niño no es tartamudo sino algo menos **fluyente** que un niño normal.

Las repeticiones de palabras completas con más de una sílaba no se suelen definir como palabras tartamudas.

" mami, mami, mami, quiero)

Un síntoma mucho más positivo que las repeticiones en el tartamudeo o prolongaciones es el **atasco o bloque**. Estos tienen lugar en momentos que, en el habla normal, se juntan suavemente dos órganos de la locución pero, en el tartamudeo se unen con tensión. Puede ocurrir cuando los labios se juntan, cuando la punta de la lengua se levanta del paladar (t—d) o cuando el fondo de la lengua se levanta contra el paladar suave (k—g).

Los bloqueos ocurren al nivel de las cuerdas vocales en la laringe, donde en locución normal, vibran para producir la voz. Estos bloqueos pueden ser silenciosos o sonoros.

6. Evaluación.

Se realiza mediante la observación y el registro de datos del paciente y su comparación con un registro de habla *normal*. Su objetivo no es asignar una simple etiqueta, sino determinar los factores que están agravando el trastorno, para minimizarlos en lo posible y lograr una intervención con garantías de éxito. **Observación del habla de la persona a evaluar.**

- Registro de datos
- Comparación con el patrón de habla normal.
- En cuanto a los **instrumentos** más frecuentemente utilizados para evaluar disfonías serían:
 - Tests de lectoescritura.
 - Cámaras grabadoras de vídeo.
 - Contadores.
 - Cronómetros.
 - Neumopolígrafos: para medir los momentos en que la persona toma aire.
 - Visi-pitch: permite analizar la voz, sobre todo el tono e intensidad. En la actualidad sus funciones se realizan a través de distintos programas informáticos (el más conocido es el Praat, que es un [programa libre](#)).
 - Analizador de frecuencia e intensidad: sirve para medir el tono e intensidad del habla.
 - Sonógrafo: mide la intensidad del sonido.

- Neumopolígrafo: aparato que mide las curvas de la respiración. Junto con el vídeo es uno de los aparatos más útiles.

En cuanto a los **factores a evaluar**, serían los siguientes:

- Antecedentes familiares.
- Retraso en la aparición de la palabra o del lenguaje.
- Trastornos de la madurez motriz con o sin trastorno de la lateralización, el grado de tensión muscular
- Trastornos de la articulación.
- Dificultades de la respiración.
- Trastornos del carácter o del comportamiento.
- Trastornos del estado emocional, problemas de inhibición o ansiedad.
- **anamnesis**: consiste en obtener todos los datos médicos, familiares, sociales y académicos del individuo que sean relevantes. Actitud de la persona hacia el tratamiento: si va forzado o voluntariamente al logopeda.
- Grado de comprensión sobre el problema.
- Movimientos asociados a la disfemia en ojos, cara y cuello.
- Duración del trastorno (más de un año indica disfemia no evolutiva).

Soluciones y tratamientos.

El uso de un ritmosensor de frecuencia variable y de los adecuados ejercicios de rehabilitación con el mismo paliar algunos tipos de tartamudez.

La tartamudez es extremadamente compleja, no se puede eliminar de un día para otro; lo que quiere decir que se debe seguir un tratamiento global a través de algún especialista. Dirígete a un profesional experto que te pueda ayudar y seguir tu caso.

* No te alarmes.

- ❄ Intenta identificar en qué cosas te está afectando y de qué manera. •
 - ❄ Es fundamental no reaccionar negativamente ante las dificultades que se experimentan, debes evitar manifestar signos de ansiedad o impaciencia.
 - ❄ Las autocríticas y censuras en este aspecto deben olvidarse por completo. Práctica la relajación. •
 - ❄ Obtén apoyo de amigos y familiares.
 - ❄ Trata de identificar aquellas personas en la que puedes confiar para compartir tus sentimientos y reafirmar tus avances en el proceso de afrontamiento. •
 - ❄ Potencia impresión de que la persona piensa más rápido de lo que puede hablar situaciones para conversar y hablar en un ambiente relajado y tranquilo, sin prestar demasiada atención a los fallos. •
 - ❄ Procura conservar el contacto visual natural cuando estés hablando, reforzando la conversación con el lenguaje gestual movimientos de cabeza, sonrisas, ...)
 - ❄ • Habla abiertamente sobre la tartamudez, informa a los oyentes o participantes de una conversación si necesitas más tiempo para comunicarte. Utiliza el tiempo que necesite para expresarte.
-
- ☺ • La recuperación probablemente será un proceso largo y gradual, ten paciencia contigo mismo y respétate.

La evaluación del habla disfémica puede ser abordada desde los siguientes parámetros:

- 📖 Antecedentes familiares.
- 📖 Datos personales.
- 📖 Manifestación típica de la disfemia.
- 📖 Manifestaciones corporales y respiratorias.
- 📖 alteraciones conductuales.
- 📖 alteraciones lingüísticas.
- 📖 Elaboración de escalas de valoración.

a). Antecedentes familiares.

- ☺ Sujetos disfémicos en la familia.
- ☺ Sujetos con alteraciones del lenguaje.
- ☺ Sujetos con alteraciones psíquicas.
- ☺ Sujetos con alteraciones neurológicas.
- ☺ sujetos con trastornos psicológicos.
- ☺ Sujetos zurdos o ambidextros.
- ☺ Sujetos con trastornos emocionales.
- ☺ Sujetos con trastornos psicológicos
- ☺ con otras alteraciones.

b). Datos personales.

- ☺ Información sobre el desarrollo psicomotor y del lenguaje.
- ☺ Procesos patológicos sufridos.
- ☺ Edad de aparición de la disfemia.
- ☺ Evolución de la disfemia hasta el momento actual.
- ☺ Comportamiento familiar, profesores ...
- ☺ Actitud del sujeto ante el habla.
- ☺ Actitud del paciente ante los demás.

- ☺ Nivel de autoimagen y autoconcepto.
- ☺ otros datos.

c- Manifestaciones típicas.

- ☺ DISFEMIA CLÓNICA.
- ☺ DISFEMIA TÓNICA.
- ☺ DISFEMIA MIXTA.
- ☺ BLOQUEOS.
- ☺ REPETICIÓN DE SÍLABAS.
- ☺ INTERJECCIONES.
- ☺ PAUSAS.
- ☺ OTRAS,
 - LEVE-
 - MODERADA-
 - GRAVE.

7. TERAPIA PREVENTIVA.

Sobre todo lo dicho en el [tratamiento](#) de las disartrias, que aquí es igual de válido, puede ser necesario un [tratamiento](#) farmacológico de fondo con ansiolíticos y relajantes musculares.

Tartajofemia

Consiste en un apresuramiento tal al hablar, que difícilmente se entiende lo que dice la persona. Los sonidos chocan unos con otros y no se entienden o se suprimen las sílabas, dando la. Esto se debe a una falta de [coordinación](#) entre el [influjo](#) motor y la movilidad de los órganos de [articulación](#) fonatoria

Objetivos:

- Aprender a dejar de reaccionar negativamente al tartamudeo.
- Aprender a identificar lo que hace que el tartamudeo aumente y lo que hace que el tartamudeo disminuya.

LA TERAPIA Preventiva protege al que el niño tartamudea de la gente que intenta hacer que el niño "deje de hacer eso"

El niño tartamudeante necesita protección ante toda presión sobre su habla, porque estas presiones le hacen sentirse ansioso al hablar y, con ello, sólo le ayudan a que el tartamudeo empeore.

Los padres en la primera fase de la terapia deben abandonar la corrección que ellos hacen al niño.

Para aprender a dejar de reaccionar negativamente del tartamudeo debemos echar un vistazo al habla del niño desde su punto de vista y luego desde el punto de vista de la gente que le rodea, especialmente de sus padres.

Todos sin excepción tiene que desistir en la corrección del tartamudeo, absolutamente todos.

Los niños menores de siete años raramente notan que tartamudean. Los niños mayores de siete años rara vez lo corrigen, pero más probablemente tienden a molestar o imitar.

La gran ventaja de la Terapia Preventiva para los niños de preescolar es que toda persona en el entorno puede ser controlada. Puede impedirse a todos que "corrijan" el tartamudeo.

No corregir el tartamudeo no es sino una parte de un plan más amplio que incluye que no hay que reaccionar de ninguna forma negativa al tartamudeo. Las situaciones de lenguaje corporal debe suprimirse (suspiros, movimientos del cuerpo cuando habla como poner la mano en el oído, sonreír cuando habla bien)

Algunas veces se aconseja "ignorar el tartamudeo del niño". Este un buen consejo, si es que funcionara, pero no es así.

Si el niño deja de hablar porque se siente incapaz de seguir pronunciando, lo más tranquilizador es decir, por ejemplo: "No te preocupes, ya me lo dirás después.".....

Si podemos tratar el tartamudeo como ya expresión normal y cuanto más lo tratemos como normal, estaremos ayudando al niño. Cuando lo tratamos como anormal provocamos un conflicto.

, es un consejo negativo. La alternativa positiva es aceptar el tartamudeo. Una vez que los padres han aceptado el tartamudeo, están en condiciones de poner los medios para ayudarlo.

Aspectos que mejoran el habla del disfémico.

- Cuando juega con su hermano.
- Cuando juega solo.

- Los sábados.
- Cuando lee un cuento al acostarse.
-

Clase de acciones que lo empeoran .

- **Cuando está cansado**
- Cuando esta excitado.
- Cuando no puede ver el programa de TV.
- Cuando juega con su tía.
-

Es muy útil reconocer e identificarlos, pues nos suministran datos que nos enseñan las situaciones que debemos alentar y las que deberíamos evitar.

El crecimiento o disminución depende también, en cierta medida de la velocidad a que habla el niño.

Es cierto que la tartamudez se hace más pronunciada cuando aumenta la velocidad de la locución., y esto ocurre cuando se está más excitado.

8. Algunas estrategias:

- a).Intentar reducir la excitación.
- b). Guardar calma
- c). No levantar la voz.

d). Reduce la velocidad de tu propia expresión, para que él te imite.

e). Nunca le des prisa en nada.

f) Aprender a reducir el número de preguntas.

Cada vez que se pregunta a un niño disfémico, le dejamos sin salida porque esperamos a su respuesta.

La pregunta se convierte en una presión sobre el habla. Forzamos el habla.

No cabe duda que hacer preguntas aumenta el tartamudeo.

Debemos suprimir las preguntas innecesarias, sobre todo los padres, porque generalmente son ellos los que más preguntan.

Debemos aprender a suprimir las preguntas mediante una conversación que no emplee las formas negativas.

- ¿Te gustaría jugar con los juguetes?.
- Te he puesto los juguetes encima de la mesa para que juegues.

No debemos ser absolutamente rígidos en este punto ni desistir totalmente en hacer preguntas, porque tan solo intentamos aliviar una presión específica sobre el habla.

Antes de pasar al siguiente estadio no tenemos que afianzar bien esta fase.

g). Exigirle que hable.

A veces, la eliminación de una, dos o tres presiones es suficiente para alejar el tartamudeo, si es así estupendo. De todas maneras ahora procederemos a la eliminación de otra presión específica:

- la de pedirle que hable.

Antes debemos tener una **pequeña interrupción**.

Cuando haya pasado una semana podemos comenzar a trabajar en la terapia de exigirle que hable.

La Terapia Preventiva supone **posponer la disciplina que perturben el habla**.

Nunca debemos intentar y mostrar interés para que diga o exhiba una alocución, es una presión sobre el lenguaje totalmente innecesaria.

“ Hablar sobre todo es una herramienta, no un adorno”

Él debe tomar la decisión de hablar, decir chistes, canciones, es él quien escoge su propia audiencia.

Todas las exigencias para que hable : Dime, Dí, Dile ... “Cuéntame ... hay que suprimirlas.

No hace ninguna falta que diga “ hola” Adiós”...

Pedirle que hable no es tan frecuente como hacerlo preguntas, pero es comparativamente fácil acordarse de no hacerlo, especialmente porque eso ocurra menudo con sentencias que empiezan con “ di” o “ cuenta”.puede inconscientemente pedirle que hable, cuando le dices que repita lo que ha dicho. Es preferible no pedírselo, esto es causa frecuente del tartamudeo.

h). Interrupciones .

Deben pasar nueve meses de fluencia antes de que se pueda decir con confianza que el tartamudeo ha quedado vencido.

Si durante los primeros nueve meses de fluencia o casi fluencia, es importante saber que existen otras presiones sobre el lenguaje.

Los padres pueden con razón, irritarse con las interrupciones de sus hijos, sobre todo si ocurre con frecuencia. Si es posible que se haga por las noches, las conversaciones serias, cuando esté en la cama.

Lo que queremos es que hable el niño, es una presión sobre su habla ignorarlo o hacer que calle. **La terapia es solo temporal.**

i). Prestarle atención.

Los padres deberían ser esas personas con las que sus hijos disfrutan hablando.

La desatención durante la conversación, es probable que disminuya su confianza y aumente su tartamudeo.

Cuando el niño habla, nos está diciendo algo que quiere que le entendamos. Es importante que comprendamos su mensaje, su significado oculto detrás de las palabras que dice, cuando nos cuenta que se ha lastimado, nos está pidiendo que le besemos.

Es perfectamente posible y natural que se ponga a tartamudear si sabe que es el único camino para que sus padres escuchen lo que desea decir.

La Terapia Preventiva descansa en la premisa de que el disfémico es muy capaz de comprender que no se le puede prestar inmediata atención en todas las circunstancias.

Sus padres deberían explicárselo claramente en el mismo momento en el que prestar atención es inconveniente.

Si es un charlatán necesitamos algún método que nos proporcione alguna libertad para no asistir a su casi perpetua charla.

Cuando tiene un día casi fluido deberíamos renunciar a algunas cosas para prestar especial atención a su locución y entablar una conversación como lenguaje adicional en estos días que reforzarán su fluidez.

Dejar de prestar atención al lenguaje del niño supone, por tanto, una verdadera presión sobre el habla misma.

j) .Competencia por la oportunidad de hablar.

Es muy de tener en cuenta que la tartamudez aumenta cuando se tiene que competir por la oportunidad de hablar.

Cuando un adulto habla al mismo tiempo que un niño, la persona adulta puede presumir que tiene derecho a seguir con lo que está diciendo:

"Espera que papa está hablando"

Tenemos que evitar la competencia por una oportunidad de hablar.

Es verdad que la vida familiar hace imposible que el niño disfrute de plena protección, pero sus padres y hermanos deberían tener en cuenta que la gente compete para hablar, y habrían de estar dispuestos a minimizar su frustración, permitiendo que hable el primero.

Resumiendo, los principales objetivos para prevenir la disfemia son:

- ❑ **Aprender a dejar de corregir el tartamudeo y asegurar de que ninguno más lo corrija.**
- ❑ **Tratar de evitar las muestras de desaprobación y la ansiedad sobre este asunto a través del lenguaje corporal.**
- ❑ **Tomar nota de lo que hace el tartamudeo aumente o disminuya, de modo que tengas pautas para ayudarte.**
- ❑ **Recordar que puede ayudar bastante el trabajar indirectamente sobre la velocidad del habla.**

9. PRONUNCIACIÓN Y GRAMÁTICA.

El ataque del tartamudeo ocurre, la más de las veces, precisamente cuando está en su apogeo el **desarrollo lingüístico**. Está **adquiriendo uno de los mayores conocimientos: EL LENGUAJE**.

Durante el aprendizaje el lenguaje nativo, es importante para el niño tener un buen entorno lingüístico, llenos de estímulos verbales, pero dentro de una sencilla clase de lenguaje que puede entender y aprender a copiar. Se le debería aprender el lenguaje a su propio ritmo y no verse presionado a hacer ciertos sonidos, decir ciertas palabras o ponerlas en una secuencias particular. **El lenguaje se desarrolla espontáneamente**.

Si sospechamos que está desarrollando el tartamudeo, es muy importante que la atención del niño no recaiga de ninguna manera sobre su habla. Esto le hará consciente de su habla, llegando a conocer su tartamudeo. Y si su atención se dirige hacia los defectos en su pronunciación y en su gramática, comenzará a poner esfuerzos en el habla. Al niño que tartamudea se le debe permitir hablar sin corrección, ni en su pronunciación ni en su gramática.

Cualquier corrección es una presión sobre el habla.

- ❖ **Cualquier cosa que hagamos que le llame la atención hacia el habla, le hará consciente de su disfluencia.**
- ❖ **Cualquier cosa que le haga sentir que su habla no es aceptable.**
- ❖ **Cualquier cosa que le haga sentir más dubitativo y vacilante en cuanto al habla, disminuirá su confianza e incrementará sus disfluencias.**

Orientaciones terapéuticas.

1. Para la familia. y profesores:

- ☹ Importancia de la intervención preventiva precoz.
- ☹ Información sobre la existencia del tartamudeo fisiológico.
- ☹ Una intervención reglada, correctiva antes de los 7 años puede resultar ineficaz y hasta perjudicial, pues servirá más para fijar el trastorno para corregirlo.
- ☹ no manifestar preocupación.
- ☹ cumplir la orientación logopédica.

2. De intervención sobre los alumnos.

- ☺ Hablarle frecuentemente y sin excesiva rapidez.
- ☺ enriquecer su vocabulario.
- ☺ Hablar con tranquilidad articulando bien y ligando las palabras en frases.
- ☺ No hacer repetir cuando ha "tartamudeado".
- ☺ Evitar burlas, riñas, y castigos por el habla.
- ☺ Mantener una estabilidad emocional, evitando situaciones de tensión en el aula y en la casa.
- ☺ Crear un clima de seguridad y comprensión en torno al niño /a .
- ☺ Evitar que tome conciencia de su habla.
- ☺ Evitar actividades sobreprotectoras, demostrándole cariño y comprensión.
- ☺ hacerle repetir poesías con ritmo junto a otros niños/as.

10. EL INVENTARIO.

Regresar a la normalidad supone volver a introducirse en las presiones que hemos descrito anteriormente, pero un poco cada vez y de una en una.

Todo el programa terapéutico puede durar de tres meses a un año.

No debemos volver a introducir ninguna presión que nos haga volver al tartamudeo.

El cambio repentino de ambiente puede hacerle volver a el estado inicial., necesita algún tiempo para asimilar el cambio.

Quizás haya que dedicar un periodo de unas dos semanas a la reintroducción de cada presión sobre el habla pero, naturalmente, habrá que ir más despacio si dos semanas parecen demasiado precipitadas.

Podemos comenzar haciéndole algunas preguntas, aumentando gradualmente sus exigencias hasta que pensemos que ha llegado a la normalidad en este aspecto.

Si no muestra señales de tartamudeo podemos pasar al estadio siguiente

Si el tartamudeo persiste y, por lo mismo no hemos vuelto a introducir las seis presiones sobre el habla, puede que exista otro tipo de presiones sobre él, serán otras que presionan a su habla indirectamente.

11. PRESIONES INDIRECTAS SOBRE EL HABLA.

No podemos esperar fluidez de un niño cuando está, por ejemplo, frecuentemente sobrestimulado y excitado ni de un niño que duda constantemente de sí mismo o que está a menudo asustado o humillado.

Todas estas emociones son a propósito para romper la fluidez y causar tartamudeo, sobre todo, si habla en los momentos en que está afectado por estos estados emocionales.

Es estímulo es bueno para el niño que tartamudea, le ayudará a realizar cosas y aumentará su autoestima.

a). ES IMPORTANTE QUE LA EXPECTATIVAS SEAN REALISTA.

Las expectativas deberán mantenerse dentro de unos límites y no hacerle sentir que es incapaz medirse con ellas.

El perfeccionamiento deberá evitarse porque sólo aporta estrés y hace que el niño sienta que nunca puede hacerlo bastante bien.

Los niños experimentan numerosas e innecesarias frustraciones cuando los padres esperan demasiado de su proceder.

A veces los padres esperan que sus hijos sean un modelo de conducta.

Todo ello provocan frustraciones que pueden colaborar en convertir la vida del niño en frustración general, siendo como son, a menudo, cosas totalmente desprovistas de importancia.

Es mejor no ser demasiado detallista y meticuloso y no esperar de la conducta del niño más de lo que es compatible con su edad y desarrollo.

Todo lo que haga el niño que se sienta avergonzado, fracasado o humillado, causará frustraciones que incrementarán el tartamudeo. Tendríamos que preguntarle antes si él va a ser capaz de conseguirlo o si esperamos más de lo que él es capaz de afrontar.

b. SUPERACIÓN DE EXPERIENCIAS DE SUSTO Y TERROR.

A veces parecerá que el niño ha superado casi su tartamudez por unos pocos meses y entonces sufre un shock grave, que hace que el tartamudeo vuelva, quizás de mala manera.

Puede asustarse por :

- ciertas actividades peligrosas; navegar, montar en bici ...
- ante ciertas personas ..
- ante ciertas historias de terror
- ante situaciones como verse abandonado y solo
- ...

c. EVITAR LA SOBREEXCITACIÓN.

La excitación excesiva debería evitarse porque también puede ser responsable de la vuelta al tartamudeo.

Las experiencias de emoción profunda, aun placenteras, afectan al habla

d. SITUACIONES SOCIALES.

A veces hay padres que aceptan la tartamudez de su hijo en casa, pero se sienten humillados cuando tartamudea en un ambiente social.

12. DISCIPLINA.

El tartamudeo surge de un nivel de consciencia inferior al realmente consciente.. no es un acto deliberado.

a. castigo.

El ridículo, la irritación y la impaciencia son hechos punitivos; también el alabar o premiar la fluidez es un castigo indirecto, porque implica que la fluidez es bienvenido para al tartamudo no.

El niño tartamudo es todavía frecuentemente "castigado" por tartamudear.

b. dominar nuestros propios sentimientos.

Las relaciones entre padres e hijos deberían ser cálidas y cariñosas, pero la mismo tiempo es necesaria una disciplina general consciente en fundada en razón.

El niño tartamudo necesita una relación cálida y cariñosa con sus padres, tal que incremente los sentimientos de seguridad y confianza y que tenga especial atención a modo como esta relación afectará a su habla.

c. algunas formas de disciplina pueden ser dañosas para el habla del niño.

La libertad de expresión requiere el menor número de reglas posibles. La tendencia a la tartamudez crece con las críticas sobre el habla.

La desaprobación de lo que dice, tiende también a hacerle más vacilante

A veces puede haber palabras tabú jergas locales que ofenden al padre, cumpliendo unas normas innecesarias que le perjudican., haciendo que sus esfuerzos por hablar sean vacilantes.

Cuando desea hablar temen encontrarse con la desaprobación., surge el conflicto que tendrá como efecto que se habla se convierta en más vacilante y menos espontánea.

Los niños responden gustosamente y pronto a cierto grado de disciplina, la que manifiesta que ellos pueden ir hasta aquí y no más, no la anticuada clase de disciplina.

Esta disciplina de prepara un sentido e conciencia social y, por encima de todo, seguridad. Las certezas se aceptan más fácilmente que las incertidumbres.

El tipo de comportamiento merecedor de castigo y la manera de cómo se ejecuta ese castigo depende al actitud que adopte el respectivo progenitor.

Es mejor introducir los cambios en la disciplina gradualmente, los cambios súbitos desorientan y confunden.

Es siempre aconsejable mantenerse firmes, pero adoptando una actitud de normalidad, sin emoción, como si no pasara nada.

Ser firmes no significa estar enfadados. Lo mejor es que él no albergue dudas.

Debemos estar preparados para una fase de creciente tartamudeo durante el período ñeque sus exigencias no son aceptadas.

Si un niño controla a su familia, lo más probable es que seguirá tartamudeando porque está inseguro. La situación es antinatural y el hogar va a ser, probablemente, caótico más que tranquilo.

Si pasa por el proceso de aprender que no controla la casa y que "no" significa "no", podemos esperar que el deterioro del tartamudeo vendrá seguido por una mejoría, una vez que haya llegado a aceptar el cambio de situación. Este puede ser un tiempo muy penoso para los padres pero, actuando correctamente responderá y saldrá de la prueba seguro.

Podemos definir la palabra disciplina como **el mantenimiento del orden por parte de los que están a cargo"**

d. la disciplina deberá ser coherente.

Para ser coherente los padres deben estar mutuamente de acuerdo. Y aplicar la disciplina que promueven con coherencia.

e. la disciplina tiene que estar basada en la razón.

13. OTRAS CAUSAS DE ESTRÉS EN LA COMUNICACIÓN.

La Terapia Preventiva estriba en el principio de que si las circunstancias del disfémico parecen ser causa de estrés, corresponde plenamente a los padres las condiciones que afectan a su conducta y dar los pasos convenientes para cambiar los factores perturbadores:

- a. Miedos.**
- b. Choques emocionales.**
- c. Rapidez**
- d. Excitación.**

- e. Estrés físico.
 - f. Incertidumbre.
 - g. Gente de autoridad.
 - h. Sentimiento de pérdida.
 - i. Preferencia por el uso de una mano.
 - j. Falta de armonía en el hogar.
-

"LA TARTAMUDEZ EN LOS NIÑOS. Una ayuda práctica para los padres. " EDICIONES MENSAJERO.

(ANN IRWIN)

14.

LA TARTAMUDEZ.

Guía de prevención y tratamiento infantil.

José Santacreu y María Xesús Forjan.

1. ¿ QUÉ ES LA TARTAMUDEZ?

No es solamente un problema de dicción sino también de los músculos de la cara, dificultad para decir lo que se quiere decir y problemas respiratorios aparentes.

Existen diversos tipos de tartamudeo y diversas clasificaciones de la tartamudez:

- a. **Tartamudeo evolutivo.** De inicio temprano y de una duración de unos meses.
- b. **Tartamudeo benigno,** que se recupera espontáneamente hacia los ocho o diez años, después de haber persistido durante dos o tres años.
- c. **Tartamudeo persistente o crónico,** que es que se presenta en los adultos.

Tipos de la tartamudez

- **Neurogénica:** Es producida por alguna lesión o golpe en el cerebro. También se conoce como tartamudez adquirida. El tartamudeo puede ocurrir en cualquier parte de la palabra. Tartamudean incluso cantando o susurrando. No muestran miedo o ansiedad.
- **Psicógena:** Es la menos común. Es producido por algún trauma severo. Por el siglo XIX, se pensaba que era la causa principal de tartamudez.

Con los recientes estudios, se ha demostrado que no era correcta. El tartamudeo es independiente de la situación. No muestran ansiedad.

- **De Desarrollo:** Es el tipo de tartamudez más común. Ocurre cuando el niño está aprendiendo el lenguaje y el habla, alrededor de los 2 y 5 años. El niño cuando está aprendiendo estructuras gramaticales más complejas tiene difluencias propias de este aprendizaje. Unos reaccionarán adecuadamente, recuperándose de esta fase. Otros, si se han dado los factores en intensidad y relación adecuados para disparar la tartamudez, reaccionarán ante estas difluencias desarrollando estrategias para superarlas (uso de fuerza y tensión en el habla) y ocultarlas (evitar hablar). Estos niños tienen muchas probabilidades de convertirse en tartamudos.

Tipos de disfemia [editar]

- **Tónica:** caracterizada por las múltiples interrupciones ocasionadas por espasmos. Durante las interrupciones el paciente muestra rigidez y tensión faciales. Es la que presenta peor diagnóstico.
- **Clónica:** caracterizada por las repeticiones de sílabas y palabras enteras, más frecuentes en consonante que en vocal, más todavía en oclusivas y que se dan mayoritariamente a principio que en medio de palabra.
- **Tónico-clónica o mixta:** es el tipo más frecuente, porque resulta difícil encontrar un disfémico puro tónico o clónico, la mayoría combinan los dos síntomas

Otra clasificación:

a. **Tartamudez tónica**, presentan una tensión muscular alta y persistente junto con respuestas fijas y estables que se manifiestan en forma de bloqueos al hablar.

b. **Tartamudez clónica**, caracterizada por la presencia de pequeñas series de espasmos que producen repeticiones al hablar, acompañándose o no de tensión muscular.

Otra clasificación.

a. **Psicógena**. De origen psicológico.

b. **Neurogénica**. De base orgánica. (Traumatismo o tumor.)

14. 1. PATRÓN DE HABLA DEL TARTAMUDO.

- Repeticiones de sílabas y palabras.
- Bloqueo al inicio de la palabra.
- Bloqueo en interjecciones.
- Particiones de sílabas.
- Alargamiento de fonemas.
- Inadecuación de las pausas al contenido semántico.
- Inadecuación de la entonación.

2. respuestas psicofisiológicas.

- tensión muscular.
- Respiración.

3. variables cognitivas.

- creen que el hablar es difícil.
- El resultado negativo aumenta la probabilidad de aumentar el tartamudeo.
- Se fijan más en los errores que cometen

4. variables situacionales.

- hablar ante cierto número de personas.
- Percepción que tiene la persona tartamuda de la situación en la que tiene que hablar.

Tartamudez: falta de fluidez en el habla relacionada con tres tipos de variables:

1. variable fisiológica

- 1.1. respiración.
- 1.2. tensión muscular.

2. variables relativas a la propia dicción.

3. variables cognitivas:

- 3.1. expectativas de tartamudeo.
- 3.2. evaluación de la situación-

EVALUACIÓN:

1. Nivel fonético. Errores en sílabas.
2. nivel gramatical. Errores de palabras.
3. nivel prosódico. Errores d entonación.
4. nivel léxico- semántico. Errores en la secuenciación de ideas, que s e refleja en el uso inadecuado de la s pausas.

14.2. EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES COGNITIVAS

- a. La tartamudez, la suya propia y en general, y sobre su tratamiento.
 - b. Qué creencias tiene sobre el porqué de la tartamudez y la importancia que conceden al habla fluida.
 - c. Las ideas que tienen sobre la tartamudez las personas cercanas al sujeto tartamudo.
 - d. Situaciones sociales más problemáticas.
- . Estrategias que de forma espontáneas se conocen y utiliza el individuo para facilitar un patrón de habla fluido.

14. 3. MODELO DE PRODUCCIÓN NORMAL DEL LENGUAJE.

La producción del lenguaje se dan dos procesos encadenados:

1. proceso cognitivo, de traducción de la información de uno s códigos de representación no lingüística a otra lingüística
2. proceso motriz. De transformación de la información lingüística en lenguaje verbal.

Dentro del enfoque lingüístico no se tiene nada en cuenta las motivaciones del sujeto, que no son lingüísticas, las diferentes variables sociales que son decisivas para entender el proceso en su conjunto.

Dentro del entorno de la tartamudez nos interesan especialmente aquellas orientaciones de la psicolingüística que plantean el estudio de variables no estrictamente lingüísticas ya , que en el caso de la tartamudez

los factores relacionados con el contexto influyen decisivamente en la aparición de errores en el habla.

Por orden cronológico estas funciones serían las siguientes:

1. FORMACIÓN DE IDEAS.
2. PROGRAMACIÓN O PLANIFICACIÓN NEUROLIGÜÍSTICA.
3. FUNCVIÓN REGULADORA MOTORA.
4. EJECUCIÓN MIODINÁMICA
5. FUNCIÓN AUTORREGULADORA.

14. 4 Teorías explicativas de la tartamudez.

1. Tartamudez como un problema genético.

Es un problema determinado genética o constitucionalmente, sin que estos datos obtenidos hasta el momento permitan apoyar o rechazar del todo esta hipótesis.

Existen factores de predisposición como ocurre en algunas enfermedades, pero no es forma para afirmar que su causa es genética.

2. La tartamudez como un problema psicológico.

a. Tartamudez como una respuesta aprendida..

Dentro de esta teoría se considera que cuando el niño empieza a hablar aparecen en él faltas de fluidez que, en general, no tiene consecuencias para el pequeño, salvo en el caso de algunos padres, que en un exceso de cuidado pueden considerar como tartamudez en intentar corregir al niño, reprobándolo e incluso castigándole.

Posteriormente la conducta se mantiene y aumenta la frecuencia de errores al hablar.

b. la tartamudez como respuesta a la ansiedad.

Según esta teoría, las personas que tartamudean en situaciones que elevan su nivel de ansiedad y dejan de hacerlo en aquellas otras en las que se sienten más relajados.

El niño empieza a tener miedo a hablar y a equivocarse, porque le podrán criticar y llamarle la atención.

Ese miedo a hablar se ve reforzado porque una vez que habla aparecen reacciones de crítica y una autoevaluación negativa, puesto que él mismo se da cuenta de que tartamudea.

Una vez produciendo el comportamiento inicial, el tartamudeo se va generalizando a los distintos estímulos presentes en el ambiente del niño.

Como en todo condicionamiento en el que existen estímulos aversivos, también se produce otro tipo de respuestas asociadas: las respuestas de evitación. Un comportamiento que se va instalando cada vez más en el individuo llegando a la huida o evitación de situaciones en las que hay que hablar.

La teoría de la ansiedad como la mayoría de las teorías, dejan algunos puntos sin aclarar. Hay muchas personas tartamudas que dicen que tartamudean aunque no estén nerviosas.

Las situaciones de estrés, de alarma provoca tensión muscular generalizada en el sujeto y eso le lleva a producir más errores de dicción. No siempre es la situación la que determina la frecuencia de la tartamudez. De acuerdo con la teoría de la ansiedad, la propia percepción de la tartamudez, el temor a ser calificado de tartamudo o la expectativa de tartamudear en las próximas palabras pueden inducir a la producción de mayor número de errores en la dicción.

c. la tartamudez como un trastorno de la personalidad.

No se han encontrado datos concluyentes sobre esta hipótesis.

3. La tartamudez como un problema lingüístico.

No se ha obtenido resultados concluyentes respecto al hipotetizado desarrollo insuficiente de las habilidades verbales como desencadenante del trastorno de dicción.

4. La tartamudez como un problema orgánico.

a) Teorías basadas en disfunciones orgánico-cerebrales.

Es debido a la existencia de anomalías en el funcionamiento cognitivo del cerebro, especialmente en lo que se refiere al establecimiento de la lateralidad de las funciones entre los dos hemisferios y concretamente a la dominancia auditiva, de lenguaje, de la visión y manipulativa.

b) La tartamudez entendida como un defecto de percepción.

Las personas tartamudean porque no perciben en el momento adecuado las sílabas o palabras en el momento adecuado, que acaban de emitir. Debido a la diferencia de velocidad de transmisión de los tres canales de retroalimentación:

. auditivo.

. óseo.

. propioceptivo.

Es decir, un tartamudo repetirá un vocablo porque no ha llegado información al cerebro de que ese vocablo ya lo ha pronunciado.

El modelo teórico de base, actualmente no se mantiene.

c) La tartamudez como una disfunción neuromuscular.

La excesiva tensión muscular favorece el agarrotamiento de los músculos y el movimiento inadecuado de los órganos fonatorios, articulatorios y respiratorios.

- d) El tartamudeo como falta de coordinación entre los sistemas respiratorios, fonatorio y articulatorio.

La falta de coordinación entre los diversos actos que permiten el habla es el responsable de que se produzca la tartamudez. Los que tartamudean presentan una inadecuación de estos movimientos y de la descoordinación en el funcionamiento de los tres sistemas implicados.

Las personas que tartamudean reducen prácticamente a cero el número de errores al cuchichear.

La revisión de estas teorías tiene como objetivo dejar claro que el problema de la tartamudez no es únicamente el trastorno de la dicción; tenemos que plantearlo como un problema psicológico de origen evolutivo que se desarrolla y mantiene gracias a la acción del contexto social y familiar en el que está inserto el niño. Especialmente LA CONDUCTA DE LOS PADRES RESPECTO AL TARTAMUDEO INCIPIENTE DE SU HIJO ES UN FACTOR DETERMINANTE para el desarrollo o no de una futura tartamudez.

15. CÓMO AYUDAR A UN NIÑO QUE TARTAMUDEA.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DESDE LA ORIENTACIÓN CONDUCTUAL DE LA TARTAMUDEZ

Yates (1970 y 1975), clasifica los distintos métodos usados en terapia de conducta según tres categorías: la de "error de retroalimentación", "tartamudeo como aprendizaje" y la "reducción de la ansiedad". Vamos a comentar cada una de ellas para ver su éxito y fundamentos.

SEGUIMIENTO

En la terapia de seguimiento (también llamada de ECO) se intenta que una persona tartamuda, siga repitiendo las palabras que dice otra persona que está leyendo un texto.

ENCUBRIMIENTO

En esta técnica se somete a ruido blanco (un ruido que comprende una amplia gama de tonos) mientras está leyendo o hablando. Se supone (Yates, 1970 y 1975) que el ruido a alta intensidad atenúa la retroalimentación conducida a través de los huesos.

HABLA RÍTMICA

Brady (1968, 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. Considera asimismo, cuatro etapas en el tratamiento. En la primera, se le enseña al sujeto cómo utilizar el metrónomo, y de esta forma eliminar en gran medida el tartamudeo. En segundo lugar, se incrementa la tasa de habla, diciendo en cada golpe de metrónomo una unidad de habla más larga. En la tercera y cuarta etapa, utiliza un metrónomo miniaturizado e intenta que se manifiesta en mayor medida. Por último, y una vez demostrada la capacidad del sujeto en utilizar el nuevo patrón de habla en distintas situaciones, se intenta ir dejando de utilizar, poco a poco, el metrónomo.

TECNICAS OPERANTES

Siguiendo la hipótesis del tartamudeo como 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 tartamudean, 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 tartamudos los encontraron relajante. No está, pues, claro cuál es el fundamento de esta técnica. Probablemente se perciba de muchas maneras y puede ser que cada sujeto vea una de ellas como principal.

Otras técnicas utilizadas han sido la retroalimentación auditiva demorada (RAD) y la desensibilización.

15.1. TRATAMIENTO DE LA DISFEMIA (TARTAMUDEZ)

1. CONTRACONDICIONAMIENTO (AZRIN Y NUNN, 1974).

Consiste fundamentalmente en la producción de respuestas incompatibles con la conducta de tartamudeo. Describimos 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 ha sido recientemente traducido al español ("Tratamiento de Hábitos nerviosos: tartamudez, tics, morderse las uñas, arrancarse el cabello, etc." N.H. Azrin y R. G. Nunn, Ed. Martínez Roca, 1987).

2. ENTRENAMIENTO CON METRONOMO (BRADY, 1968, 1969, 1971, 1977).

Permite dotar al disfémico 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 tartamudear (lo cual acontece en el mismo momento en que empieza a emplear el metrónomo).

1.2. Se incrementa la tasa de habla usando el metrónomo de forma gradual, según una jerarquía de ansiedad.

1.3. Una vez conseguida un habla normal, se desvanece progresivamente el uso del metrónomo.

Señalemos 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 (personalmente empleamos uno de estos últimos, Zen-On Metrina Multi, fácil de hallar en tiendas de música, para los tratamientos que efectuamos). Un riesgo inherente a cualquier tratamiento de la disfemia 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 que antes comentábamos.

3. ENMASCARADORES DE VOZ.

Son aparatos que impiden al sujeto oír su propia voz, con lo que desaparece uno de los feed-back más importantes en el mantenimiento de la ansiedad.

Se usan "retrasadores" de la audición (ej. Phonic-mirror, que es el que nosotros empleamos) u otros medios más sofisticados (por ejemplo: instrumentos que emiten ultrasonidos en el momento que el sujeto empieza a hablar, con lo que es nula la audición, incluso de la voz propia).

4. TECNICAS DE INTENCION PARADOJICA (ERIKSON Y FRANKL, 1973).

Las técnicas de intención paradójica fueron descritas primariamente para el tratamiento de pacientes disfémicos, si bien han tenido un gran predicamento en el tratamiento de cualquier síntoma derivado de la ansiedad de anticipación. Su eficacia puede llegar a ser impresionante ("disfémicos de toda la vida pasan en breves minutos a ser oradores públicos" en palabras de Erikson). Las técnicas consisten en obligar al sujeto a reducir la ansiedad de anticipación, instruyéndole a "tartamudear ex profeso" antes de iniciar cualquier plática. Es conveniente "cambiar el síntoma" en la instrucción paradójica: al disfémico clónico se le instruye a efectuar una retención tónica; al disfémico tónico se le ordena repetir clónicamente la primera sílaba de su alocución. Con ello, el temido síntoma (tartamudeo) pasa a formar parte de las instrucciones a seguir, y la ansiedad por temor a tartamudear, se convierte en "ansiedad por si no soy capaz de tartamudear como me han dicho". Como cargas de distinto signo, ambas se anulan. Por otra parte, al iniciar el sujeto su alocución con una demostración impúdica de tartamudeo, ya no tiene nada que ocultar. La ansiedad anticipatoria ("Tengo miedo de tartamudear; ¿qué pensarán de mi si se dan cuenta?") no tiene ningún sentido.

Por supuesto que esta exposición es una simplificación exagerada de la técnica y de su metodología (quienes quieran captar todas sus hermosas sutilezas deben leer el trabajo original de Erikson y Frankl, o una completa descripción del mismo en una obra traducida al castellano: "Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés", de Matthew McKay y cols., en la editorial Martínez Roca de Barcelona, 1985). Es prudente no menospreciarla de antemano pues, a pesar de su aparente simplicidad, hemos comprobado repetidas veces su potencial resolutivo en disfemias. Lo normal es que el sujeto instruido para efectuar la técnica de intención paradójica nos diga en la siguiente visita: "Lo siento, doctor. No he podido practicar mucho esta extraña técnica; desde hace unos días prácticamente no tartamudeo".

5. AYUDA PSICOFARMACOLOGICA.

En aquellos casos en que la ansiedad de anticipación es muy relevante, vale la pena considerar el empleo de algún ansiolítico. La combinación de bloqueantes de los betarreceptores, a dosis bajas (ej: 30 mg/día de propanolol, o 45 mg/día de oxprenolol, o 25 mg/día de atenolol). En algunos pacientes producen efectos espectaculares.

La elección de una u otra técnica (o la combinación de varias entre sí) es difícil de entrada. De una forma teórica se puede preferir una de ellas (por ejemplo: técnica de intención paradójica si el paciente presenta una fuerte ansiedad de anticipación), añadiendo ansiolíticos y/o betabloqueadores, según la evolución lo aconseje. Solamente el resultado nos va a decir si la elección ha sido correcta.

6. CONDUCTA A SEGUIR (DISFEMIA)

1. Habida cuenta que el tartamudeo tiene un comienzo insidioso, y que no siempre es fácil determinar si se trata de un tartamudeo fisiológico o patológico, lo más prudente es consultar al logopeda siempre que exista alguna duda. Muchos servicios y/o centros de Psiquiatría Infantil incluyen logopedas en sus equipos de diagnóstico y tratamiento.

2. No resulta difícil aprender técnicas sencillas de tratamiento para el tartamudeo. Algunas de las que antes hemos expuesto (contracondicionamiento de Azrin, trabajo con metrónomo de Brady, e instrucción paradójica de Erikson y Frankl) son relativamente fáciles de emplear y pueden ser ensayadas por el pediatra, posponiendo la consulta al logopeda para aquellos casos en que no se vea una mejoría en un tiempo máximo de dos meses.

16. La tartamudez.

Guía de prevención y tratamiento infantil.

JOSÉ SANTACREO.

PIRÁMIDE.

. Lo primero que tenemos que hacer, antes de empezar es ir a un especialista, es tranquilizarnos. Lo normal es que el niño cometa errores de dicción, que se enganche e incluso que algunas veces se muestre con cierta tensión. Tenemos que pensar que está tratando de buscar una solución para hablar sin esfuerzo, no hay otro problema.

En estos momentos lo único que piensan los padres es que hay que hacer algo, aunque no sepamos exactamente lo que es; quizás lo más importante, sea impedir que la tartamudez vaya a más y para ello será mejor corregirle cualquier error que cometiese al hablar, de forma inmediata, siempre pendiente de él. Esto no es correcto.

Tendremos que estudiar cuáles son los antecedentes del problema, qué factores incidieron originariamente para provocar la aparición de los errores de dicción.

El tartamudeo no es algo que se contagie, sin embargo sí se aprende de distintas formas, entre otras, imitando. Puede ser que los padres hablen muy deprisa o puede que lo haga la pareja, o que haya una persona entre sus compañeros que hable mucho más rápido y mucho más claro que él y trate sencillamente de imitarle.

Todas estas iniciales o antecedentes del problema tienen importancia, pero no demasiada.

En condiciones normales, aprender a tartamudear cuesta lo suyo.

Lo que nos interesa saber es cuánto se esfuerza para hablar, desde su punto de vista, correctamente.

El reconocimiento de la propia incapacidad para hablar correctamente va a ser el factor determinante que nos permita diagnosticar a una persona tartamuda.

No cabe duda que el poder que tienen las creencias del sujeto sobre su tartamudeo u su imposibilidad de hablar bien en determinadas situaciones es enorme, y esta creencia es uno de los factores determinantes para poder diagnosticar a una persona como tartamuda

Para llegar a etiquetarse como tartamudo hace falta:

- Una cierta cantidad de tiempo.
- Múltiples y repetidos ensayos.
- Cuando se empieza y tartamudea se da cuenta que lo hace.
- Lo vive como algo negativo.
- Se le sugiere que deje de tartamudear, que hable bien.

Empieza a tratar de no tartamudear y es donde empieza el verdadero problema.

Para no tartamudear no hay que hacer nada especial, simplemente hay que hablar, mientras que para tartamudear sí hay que hacer cosas especiales.

La mayoría de los niños espontáneamente dejan de cometer errores a los seis o siete años porque no han sabido encontrar soluciones para evitar su tartamudeo. Simplemente se olvidan de que de vez en cuando se equivocan, y empiezan a hablar más relajados, más despacio y con menos tensión.

Para no tartamudear algunos niños hacen:

- No pararse. Inspiran profundamente y disparan un grupo de palabras, hacen una pequeña pausa para inspirar otra vez y seguidamente disparan de nuevo. Hacen las pausas de forma inadecuada, sin relación con el sentido de la frase, sino con la falta de aire en los pulmones. Cuando llegan a la última palabra tienen una tensión grande en los músculos intercostales (del diafragma).
- Esforzarse para decir una palabra, lo que conlleva el incremento de la tensión de los músculos que intervienen en el habla. Hacen fuerza apretando la mandíbula, cierran los labios, tensan las cuerdas vocales
- Repetir la sílaba o palabra anterior., que han pronunciado correctamente.

Estos intentos de solución, tal como están señalados en la figura 3.1., consiguen varias cosas a saber:

- Modificar la entonación del habla, que pasa de ser un habla con errores a un habla sin entonación, con un ritmo no prosódico.
- Aumentar la frecuencia del tartamudeo.
- Anticipación del tartamudeo.
- Percepción del tartamudeo. Ya tiene conciencia de que comete errores.

- Una actitud negativa hacia la comunicación.
- Reconoce su incapacidad para hablar con otros y hacer el ridículo.

16.1.¿ CÓMO Y CUÁNDO LO HACE ¿

Seguiremos un esquema similar al de la figura 3.2.

Dos grandes bloques son las razones que subyacen al tartamudeo.

- Variables relativas a los intentos de solución del bloque.
- Aquellas que se refieren a factores de condicionamiento.

La mayoría de las faltas de fluidez que ocurren en el discurso de un tartamudo son debidas a uno de estos tres factores:

1. Tensión muscular.
2. Respiración inadecuada.
3. Condicionamiento ante determinadas palabras, sílabas o situaciones, con independencia de la alteración de las respuestas psicofisiológicas.

El proceso de evaluación en el tartamudeo de los niños, presenta unas características diferentes a la de los adultos. En los niños el problema no está aún configurado ni generalizado, y la variabilidad en cuanto a la

sistemología y a los factores que influyen en la ocurrencia del tartamudeo en muy grande. Por otra parte, para la evaluación es fundamental precisar el momento evolutivo del niño.

En la etapa preescolar, suele presentar alteraciones poco leves. A medida que pasa el tiempo y el problema evoluciona, los periodos de fluidez se van haciendo cada vez más cortos y aislados y poco a poco va imperando al etapa de predominio de disfluencia. Son los padres los que muestran ansiedad y preocupación ante las alteraciones.

En la edad escolar, a partir de los cinco años, las alteraciones son diferentes a las aparecidas hasta ahora. Las variaciones son menores, el problema se va instaurando paulatinamente, al tiempo que la percepción de las dificultades. Puede ser debido a que el niño empieza a conocer el mundo que existe fuera de su casa, tratar con los niños de su edad, y con los adultos distintos a sus padres, de forma que puede intentar contrarrestar sus dificultades para hablar utilizando unos determinados recursos.

No existe un patrón único de tartamudeo, sino que es necesario observar y registrar cómo se expresa el niño en distintos contextos y ante tareas diferentes.

En el mantenimiento de la tartamudez son determinantes el uso de soluciones inadecuadas para enfrentarse a los problemas de comunicación y la consecución, finalmente de la misma. Cuando el problema está desarrollado, la conducta del entorno será de gran importancia para su correcta modificación.

17. CÓMO VENCER EL TARTAMUDEO.

Ann Irwin.

Autoayuda y Superación.

GRIJALBO.

17.1. Definición De la palabra tartamudeo.

Diccionario de la Real Academia Española. " Hablar o leer con pronunciación entrecortada y repitiendo las sílabas." Es una definición incompleta e inadecuada.. hay personas que no tartamudean y repiten palabras.

- " Trastornos del habla en el cual la fluidez se debilita."
- " Tendencia a repetir sonidos."
-

17.2. ¿Cómo puede desarrollarse el tartamudeo?.

Las primeras palabras son celebradas por los padres con alegría. No conocemos la razón por la cual el niño empieza a tartamudear. Sabemos que el tartamudeo en los niños pequeños, con mucha frecuencia se elimina si se trabaja de forma adecuada.

Cuando el padre observa que su lenguaje no es el mismo que antes, empiezan a tomar conciencia de ello, y, naturalmente, tratan de corregirlo. **Este es el inicio del mal.**

Una vez que el tartamudeo está establecido, tiende a perpetuarse y a avanzar a lo largo de los años, emperrando progresivamente. Consciente o inconscientemente lucha contra ello y lo combate, y recurre a toda suerte de trucos para intentar derrotarlo.

17.3. Algunos aspectos físicos del tartamudeo.

Las personas que presentan tartamudeos avanzados presentan algunos síntomas físicos de una amplia variedad:

- Repeticiones tensas de los sonidos.
- Prolongaciones tensas de los sonidos.
- Bloqueos complejos, con voz:

- a. al nivel de los labios.
 - b. Con la punta de la lengua detrás de la línea superior frontal de los dientes (d)
 - c. Con la parte superior de la lengua contra el velos del paladar (g)
 - d. Al nivel de la laringe o cuerdas vocales.
-
- Bloqueos completos, pero sin voz, en todos los puntos del apartado c.
 - Hablar aspirando.

Añadidos al tartamudeo básico encontramos normalmente otros síntomas físicos de alteración:

- Aspirar y soplar por al nariz.
- Temblores en los labios.
- Ojos saltones.
- Escaso contacto ocular.
- Impulsos linguales incontrolados, sacudir la cabeza o echarla hacia delante y hacia atrás
- Apretarse la manos.
- Patalear.
- Sudores.
- Pautas respiratorias poco comunes.
- Excesiva velocidad en el habla.

División de los sonidos en grupos:

- Sonidos vocales: a-e-i-o-u-.
- Sonidos consonantes:
 - Consonantes " continuas" . todas menos las seis oclusivas.
 - Consonantes oclusivas. **Petaca y bodega.**

Tartamudeo en sonidos determinados.

Las personas raramente tartamudean en un solo grupo determinado de sonidos, pero es bastante común que ocurra el tartamudeo con más frecuencia en uno o dos grupos que en los restantes

En algunos tartamudeos están prácticamente confinados en las consonantes " oclusivas" o algunas de estas seis.

En otras personas lo hacen con las vocales en cualquier grupo.

A veces los sonidos nasales son particularmente problemáticos, o las *semivocales* (y-w), o los nasales y oclusivos, y así sucesivamente.

17.4. Algunos aspectos psicológicos del tartamudeo.

El adulto que tartamudea ha estado durante años, haciendo cosas para superarlo. Normalmente todo lo que ha hecho ha empeorado su tartamudeo, y cada vez está más confundido con su lenguaje, no solo físicamente sino emocionalmente:

- Tiene serias dudas acerca de sí mismo, de su habla, de la impresión que produce en los demás y de cómo de las arreglará cuando tenga que hablar.
- Vive en un mundo de incertidumbre, sin estar seguro de no hacer el ridículo.
- Siente vergüenza, incapacidad e inseguridad.
- El tartamudeo varía según las situaciones, palabras y sonidos utilizados.

- Varían en sus actitudes hacia el tartamudeo; es una barrera social o una desventaja para el trabajo, un estorbo etc.

17.5. Causas del tartamudeo.

Las causas del tartamudeo pueden ser:

- ❖ Una neurosis.
- ❖ Una conducta aprendida.
- ❖ Una alteración orgánica.

Si el tartamudeo es una **neurosis**, estudios y experiencias demuestran que las personas que tartamudean sufren estado de ansiedad superiores en relación los que no lo hacen, pero no son más neuróticos que otros individuos.

El tartamudeo se ha descrito a menudo como " **un mal hábito**". Una autoridad en la materia dice que la teoría de la conducta aprendida significa que el tartamudeo es un mal hábito, pero no especifica cómo o por qué se inició el mal hábito.

El término de **alteración orgánica** indica que la causa es física, que el cerebro es el responsable.

Esta bastante difundida la creencia de que el tartamudeo va asociado a los problemas manuales. Si se le obliga a un niño a usar la mano derecha, esto podría causarle tartamudeo. La opinión que prevalece es que el tartamudeo no es consecuencia del cambio de manos, aunque la puerta a este tema permanece abierta.

Otras teorías aducen a la "predisposición", que la persona nace con una tendencia a ello, que pueden distinguirse bioquímicamente. No se puede aceptar ambas.

La conducta aprendida justifica la mayor parte del un tartamudeo establecido, pero aún así creo que toda conducta que aumente el tartamudeo, va precedida de un tartamudeo inicial.

17.6. Terapias del tartamudeo.

A lo largo de los años se han usado varias terapias:

- El uso del hipnotismo.
- La relajación.
-

Recientemente se han descubierto nuevas técnicas:

- **Seguimiento:** se graba una cinta con un monólogo de otra persona y el paciente la oye con los auriculares; va repitiendo lo que oye en voz suave, de modo que habla y escucha al mismo tiempo.
- **Retroalimentación auditiva demorada:** usando una cinta magnetofónica es posible, con una aplicación adecuada, devolver las palabras de un individuo a sus propios oídos, a través de auriculares, con un retraso más o menos un quinto de segundo. Esto reduce el tartamudeo, a veces de forma espectacular. De ahí se deduce que el problema del tartamudeo parece estar íntimamente relacionado con el **tiempo transcurrido** entre la emisión de la palabra y la recepción posterior de la misma, cuando llega al oído. Hipócrates, el padre de la medicina, decía que el tartamudo era una " **enfermedad de los oídos**". (**feed-back auditivo**)
- El **habla silábica**. Es una terapia ampliamente utilizada en los últimos años,. Con ella el paciente aprende a usar el mismo tiempo y dar el mismo énfasis a cada sílaba .Algunas personas pueden hacer que su lenguaje sea más natural después de mucha práctica. Hay indicios que el habla silábica se aprende más eficazmente cuando la terapia se aplica con intensidad,

por ejemplo, en jornadas completas durante quince días, en lugar de una hora básica a la semana.

- El **metrónomo electrónico**. El paciente lleva un auricular que transmite una señal a su oído; la frecuencia de la señal se puede regular. La tarea consiste en hacer coincidir el énfasis natural de su habla con la señal. Un aspecto muy interesante es que no hay relación personal entre el paciente y el terapeuta.

- **Encubrimiento (masker)** para que sea eficaz, la voz debe estar plenamente disfrazada, lo cual significa que el hablante debe ser incapaz de oír sus propias palabras. El hablante lleva un pequeño micrófono en el cuello y, cuando habla, el sonido se transmite a ambos oídos. Es uso exclusivo de adulto y se pretende que se use cuando se ha fallado en la terapia convencional.

17. CÓMO AYUDAR A UN NIÑO QUE TARTAMUDEA.

La tartamudez.

Guía de prevención y tratamiento infantil.

JOSÉ SANTACREO.

PIRÁMIDE.

. Lo primero que tenemos que hacer, antes de empezar es ir a un especialista, es tranquilizarnos. Lo normal es que el niño cometa errores de dicción, que se enganche e incluso que algunas veces se muestre con cierta tensión. Tenemos que pensar que está tratando de buscar una solución para hablar sin esfuerzo, no hay otro problema.

En estos momentos lo único que piensan los padres es que hay que hacer algo , aunque no sepamos exactamente lo que es; quizás lo más importante, sea impedir que la tartamudez vaya a más y para ello será mejor corregirle cualquier error que cometiese al hablar, de forma inmediata, siempre pendiente de él. Esto no es correcto.

Tendremos que estudiar cuáles son los antecedentes del problema, qué factores incidieron originariamente para provocar la aparición de los errores de dicción.

El tartamudeo no es algo que se contagie, sin embargo sí se aprende de distintas formas, entre otras, imitando. Puede ser que los padres hablen muy deprisa o puede que lo haga la pareja, o que haya una persona entre sus compañeros que hable mucho más rápido y mucho más claro que él y trate sencillamente de imitarle.

Todas estas iniciales o antecedentes del problema tienen importancia, pero no demasiada.

En condiciones normales, aprender a tartamudear cuesta lo suyo.

Lo que nos interesa saber es cuánto se esfuerza para hablar, desde su punto de vista, correctamente.

El reconocimiento de la propia incapacidad para hablar correctamente va a ser el factor determinante que nos permita diagnosticar a una persona tartamuda.

No cabe duda que el poder que tienen las creencias del sujeto sobre su tartamudeo u su imposibilidad de hablar bien en determinadas situaciones es enorme, y esta creencia es uno de los factores determinantes para poder diagnosticar a una persona como tartamuda

Para llegar a etiquetarse como tartamudo hace falta:

- Una cierta cantidad de tiempo.
- Múltiples y repetidos ensayos.
- Cuando se empieza y tartamudea se da cuenta que lo hace.
- Lo vive como algo negativo.
- Se le sugiere que deje de tartamudear, que hable bien.

Empieza a tratar de no tartamudear y es donde empieza el verdadero problema.

Para no tartamudear no hay que hacer nada especial, simplemente hay que hablar, mientras que para tartamudear sí hay que hacer cosas especiales.

La mayoría de los niños espontáneamente dejan de cometer errores a los seis o siete años porque no han sabido encontrar soluciones para evitar su tartamudeo. Simplemente se olvidan de que de vez en cuando se equivocan, y empiezan a hablar más relajados, más despacio y con menos tensión.

Para no tartamudear algunos niños hacen:

- No pararse. Inspiran profundamente y disparan un grupo de palabras, hacen una pequeña pausa para inspirar otra vez y seguidamente disparan de nuevo. Hacen las pausas de forma inadecuada, sin relación con el sentido de la frase, sino con la falta de aire en los pulmones. Cuando llegan a la última palabra tienen una tensión grande en los músculos intercostales (del diafragma).
- Esforzarse para decir una palabra, lo que conlleva el incremento de la tensión de los músculos que intervienen en el habla. Hacen fuerza apretando la mandíbula, cierran los labios, tensan las cuerdas vocales
- Repetir la sílaba o palabra anterior., que han pronunciado correctamente.

Estos intentos de solución, tal como están señalados en la figura 3.1., consiguen varias cosas a saber:

- Modificar la entonación del habla, que pasa de ser un habla con errores a un habla sin entonación, con un ritmo no prosódico.
- Aumentar la frecuencia del tartamudeo.
- Anticipación del tartamudeo.
- Percepción del tartamudeo. Ya tiene conciencia de que comete errores.

- Una actitud negativa hacia la comunicación.
- Reconoce su incapacidad para hablar con otros y hacer el ridículo.

¿ CÓMO Y CUÁNDO LO HACE ¿

Seguiremos un esquema similar al de la figura 3.2.

Dos grandes bloques son las razones que subyacen al tartamudeo.

- Variables relativas a los intentos de solución del bloque.
- Aquellas que se refieren a factores de condicionamiento.

La mayoría de las faltas de fluidez que ocurren en el discurso de un tartamudo son debidas a uno de estos tres factores:

4. Tensión muscular.
5. Respiración inadecuada.
6. Condicionamiento ante determinadas palabras, sílabas o situaciones, con independencia de la alteración de las respuestas psicofisiológicas.

El proceso de evaluación en el tartamudeo de los niños, presenta unas características diferentes a la de los adultos. En los niños el problema no está aún configurado ni generalizado, y la variabilidad en cuanto a la

sistemología y a los factores que influyen en la ocurrencia del tartamudeo es muy grande. Por otra parte, para la evaluación es fundamental precisar el momento evolutivo del niño.

En la etapa preescolar, suele presentar alteraciones poco leves. A medida que pasa el tiempo y el problema evoluciona, los periodos de fluidez se van haciendo cada vez más cortos y aislados y poco a poco va imperando al etapa de predominio de disfluencia. Son los padres los que muestran ansiedad y preocupación ante las alteraciones.

En la edad escolar, a partir de los cinco años, las alteraciones son diferentes a las aparecidas hasta ahora. Las variaciones son menores, el problema se va instaurando paulatinamente, al tiempo que la percepción de las dificultades. Puede ser debido a que el niño empieza a conocer el mundo que existe fuera de su casa, tratar con los niños de su edad, y con los adultos distintos a sus padres, de forma que puede intentar contrarrestar sus dificultades para hablar utilizando unos determinados recursos.

No existe un patrón único de tartamudeo, sino que es necesario observar y registrar cómo se expresa el niño en distintos contextos y ante tareas diferentes.

En el mantenimiento de la tartamudez son determinantes el uso de soluciones inadecuadas para enfrentarse a los problemas de comunicación y la consecución, finalmente de la misma. Cuando el problema está desarrollado, la conducta del entorno será de gran importancia para su correcta modificación.

19. FICHA INDIVIDUAL DE ALUMNOS DETECTADOS PRESUMIBLEMENTE CON DISFEMIA.

Nombre o identificador		Centro o identificador		Localidad	
Edad	Curso	Criterios	Tipos		Observaciones

Señalar en la casilla correspondiente, adecuada en este alumno determinado. [si/no] [¿duda]

SINTOMATOLOGIA ESENCIAL:

- [¿] Aparecen repeticiones cortas, sin ninguna tensión y ante presión ambiental.
- [¿] Aparecen sonidos o silabas prolongados durante unos segundos.
- [¿] Se percibe tensión en la musculatura facial durante las repeticiones y/o prolongaciones.
- [¿] Hay tensión en la musculatura del resto del cuerpo durante las repeticiones y/o prolongaciones
- [¿] Hace repetidos esfuerzos para decir algunas palabras.
- [¿] Aparecen pausas, bloqueos, ruidos innecesarios o anómalos.
- [¿] Los bloqueos se acompañan de movimientos faciales o de otras partes del cuerpo.
- [¿] La falta de fluidez varia de una situación a otra.

SINTOMATOLOGIA ASOCIADA:

- [¿] Es consciente el niño de sus errores de fluidez verbal.
- [¿] Percibe algunas veces sus bloqueos y/o repeticiones.
- [¿] Conceptualiza sus dificultades como tartamudeo o problema.
- [¿] Intenta evitar el tartamudeo ensayando soluciones inadecuadas.
- [¿] Intenta hablar más tiempo sin pararse.
- [¿] Hace fuerza con los músculos de la garganta para hablar.
- [¿] Intenta la repetición de las palabras anteriores para decir la bloqueada.
- [¿] Intenta prolongar el sonido en el que se ha producido el bloqueo.
- [¿] Utiliza paradas y arranques al empezar a hablar, muletillas para llenar vacios, sustituye palabras.

- [] [¿] Aparecen tics (parpadeo, temblor labial, sacudir la cabeza, respiratorios)
- [] [¿] Tartamudea siempre ante unas letras sílabas o palabras determinadas.
- [] [¿] Tartamudea siempre ante alguna situación, persona u objeto determinado.
- [] [¿] Evita palabras, personas y/o situaciones, ante las que manifiesta una gran ansiedad.

FACTORES PREDISPONENTES:

- [] [¿] Falta de fluidez al empezar a hablar.
- [] [¿] Modelos familiares que tartamudean o hablan muy rápido.
- [] [¿] Ambiente familiar autoritario o con alta motivación de logros.
- [] [¿] Padres preocupados excesivamente por los errores de fluidez y por como habla.
- [] [¿] Modelos lingüísticos inadecuados (no respetan turnos, se adelantan a lo que el niño va a decir.)
- [] [¿] Han hecho comentarios negativos a cerca de la forma de hablar del niño delante de él.
- [] [¿] Corrigen constantemente los errores de fluidez del niño.
- [] [¿] Aconsejan al niño diciendole "tranquilízate, respira, habla despacio, relájate..."
- [] [¿] Existía un trastorno del desarrollo en la articulación.
- [] [¿] Existía un trastorno del desarrollo en el lenguaje expresivo.

CRITERIO PARA EL DIAGNOSTICO DE LA TARTAMUDEZ.

- [] [¿] Se descartan problemas orgánicos orofonatorios, neurológicos y de audición.
- [] [¿] Hay evidentes repeticiones o prolongaciones frecuentes de los sonidos o las sílabas.
- [] [¿] Esas repeticiones, prolongaciones y/o bloqueos dificultan notablemente la fluidez del habla.
- [] [¿] Tiene más de 5/6 años, y sus errores no son propios de los niños de su edad.

RESEÑAR OTRAS CARACTERISTICAS QUE SE CONSIDEREN IMPORTANTES.

20. BIBLIOGRAFIA.

- AJURIAGUERRA. J. (1980) manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona.: Toray-Mason.
- ANN IRVVIN. Cómo vencer el tratamiento. Grijalbo.
- CRYSTAL, D. (1983) Patología del lenguaje. Madrid. Cátedra.
- DINVILLE. C. (1982) La tartamudez . Sintomatología y tratamiento. Barcelona. Masson.
- GORJON. A (1987). La tartamudez. Salamanca. Amarú.
- JORQUERA HERNÁNDEZ . (1987) Tratamiento conductual de la disfemia. La tartamudez, Salamanca . Amarú.
- JOSÉ SANTACREO. Cómo ayudar a un niño que tartamudea. Pirámide.
- JOSE SANTACREO. La tartamudez. Pirámide.
- GALLARDO RUIZ. GALLEGO ORTEGA. Manual de logopedia escolar. Aljibe.
- PERELLÓ. J. Trastornos del habla. Barcelona. Masson.

SANGORRÍN GARCÍA. J. (1987). Escala para la evaluación del disfémico.
en A.A. V.V. La Tartamudez. Salamanca: Amarú.