

Educación, Grado Infantil y Primaria

M^a Carmen Lamata Molina

Grado Educación Infantil/Grado Educación Primaria
Alteraciones de la voz y la articulación



ALTERACIONES DE LA VOZ Y LA ARTICULACIÓN

LA DISFEMIA. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Indice	2
1. ¿Cómo estudiar el tema?	2
2. Esquema del tema	3
3. Desarrollo de contenidos:	4
3.1. Evaluación de la disfemia	4
3.2. Modelos y estrategias de intervención	9
3.3. Orientaciones escolares	14
4. Referencias bibliográficas	27
5. Bibliografía	27

Indice de Tablas	2
Tabla 1. Evaluación de la disfemia. Adaptada de Fernández Zúñiga, A. y Gamba, S. (2008)	7
Tabla 2. Procedimiento de evaluación. Lamata, C. 2017. Adaptado de Coll-Florit, Cl. 2013).	11
Tabla 3 . Guía de evaluación de gravedad de la tartamudez. Wingate, (1976)	14
Tabla 4. Adaptada de Fernández- Zúñiga, 2005. Perfil de Interacción padre-hijo. Análisis de video	17
Tabla 5. Manifestaciones típicas de la disfemia. Gallardo, J. y Gallego, J. (1999)	18
Tabla 6. Características del sonido rítmico. Jorquera (1987)	23
Tabla 7. Carl, W. Dell, Jr.(2013). Cómo tratar al niño escolar que tartamudea. Una guía para terapeutas del lenguaje. Stuttering Foundation of America.	25

Disfemia. Evaluación, tratamiento e intervención.

1. ¿Cómo estudiar este tema?

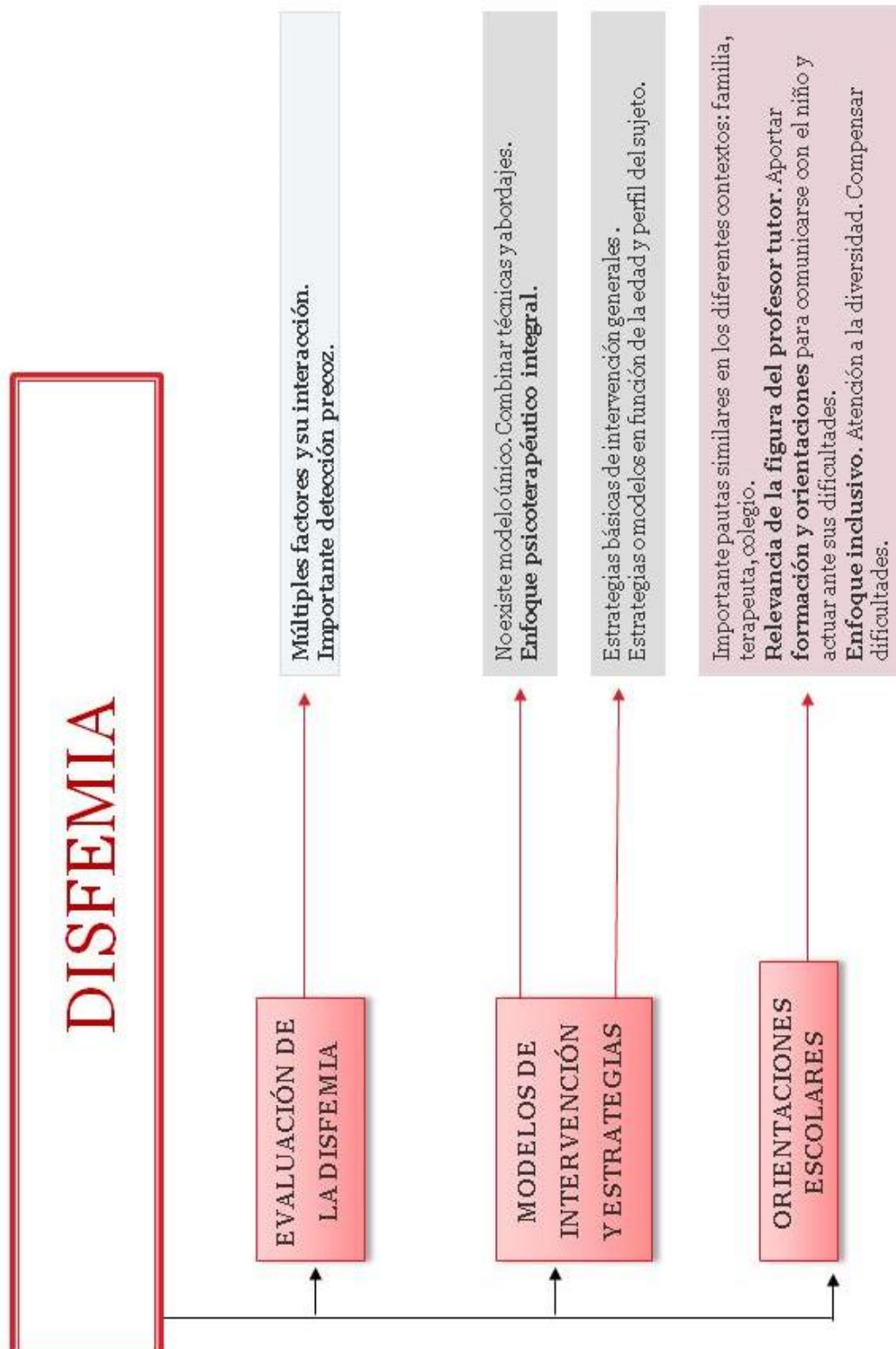
En el presente tema se aborda la **evaluación y tratamiento de la disfemia o tartamudez**. Para iniciar su estudio se recomienda previamente la lectura del tema anterior donde se define el concepto y características de dicho trastorno del habla y del lenguaje.

El tema comienza profundizando en la evaluación de la disfemia y sus diferentes manifestaciones. Seguidamente se señalan los diferentes modelos de intervención y se termina aportando orientaciones escolares.

Para facilitar el estudio es conveniente haber leído y comprendido la unidad anterior donde se presenta el concepto de disfemia. Para abordar esta unidad fíjate antes de comenzar en el esquema del tema. Después lee detenidamente cada uno de los apartados que se desarrollan. Fíjate en las ideas destacadas en negrita y los cuadros donde se enfatizan los conceptos clave. Después realiza las preguntas del test y la actividad propuesta.

A final del tema encontrarás las referencias bibliográficas de los autores que se han mencionado así como la bibliografía básica por si quieres ampliar o saber más sobre el tema.

2. Esquema



3. Desarrollo del tema

3.1. Evaluación de la disfemia.

La disfemia o tartamudeo es **un trastorno funcional del habla** que afecta la comunicación de la persona que lo padece. La **fluidez del discurso** se ve **significativamente afectada**. La disfemia como etiqueta diagnóstica encierra **múltiples manifestaciones**, tanto lingüísticas como no lingüísticas que no tienen una causa única definida sino que han de estudiarse y **evaluarse desde la interacción de diferentes factores**.

Como en todos los trastornos del lenguaje, en la disfemia se aconseja realizar una **detección precoz así como una intervención temprana**.

En el tema anterior, se aclara que como parte del desarrollo del lenguaje infantil algunos niños presentan una disfemia evolutiva o disfemia primaria existiendo en su discurso alteraciones, repeticiones de sonidos o emisiones interrumpidas. Este tartamudeo no evoluciona hacia un trastorno del lenguaje en la mayoría de los casos y por tanto no se considera patológico. No obstante, cuando se observa que un niño presenta problemas de fluidez, dificultades para comunicarse o los padres muestran preocupación por los síntomas, resulta necesario y muy conveniente proceder a evaluar el lenguaje del niño y obtener un diagnóstico. Tanto si las alteraciones del discurso del niño van a desembocar en una disfemia como si son propias del desarrollo y van a remitir en poco tiempo, es **fundamental que padres y centro educativo cuenten con estrategias y orientaciones** acertadas para atender y comunicarse con el niño.

Zabrowski (1987) señala que para que el habla de una persona pueda considerarse disfémica o con tendencia a serlo, ha de reunir los siguientes **criterios**:

- 1) La producción de tres o más disfluencias dentro de la palabra (repeticiones de sonido, sílaba y prolongaciones del sonido) por cada 100 palabras de conversación.
- 2) Existencia de preocupación en su ambiente cercano sobre si el sujeto presenta o no disfemia.

Este autor llega a afirmar que aunque la persona tartamudee a veces o se bloquee, difícilmente será considerado disfémico si él no se considera así ni a él o a su entorno les influyen las alteraciones que presenta.

Otros autores consideran que si se observa esfuerzo durante la articulación, tensión articulatoria y bloqueos espasmódicos más o menos bruscos, procede valorar si existe disfemia.

En este sentido, Fernández Zúñiga y Caja, (2008) recomiendan **evaluar al niño en los siguientes casos:**

- Cuando padres o profesores del niño muestren preocupación por el habla del niño. La actitud de los adultos de referencia ante el problema va a ser un factor que contribuya a mantener, mejorar o agravar la dificultad.
- Cuando el niño presenta múltiples repeticiones, bloqueos, presenta tensión al comunicarse o realiza un gran esfuerzo para hablar.
- Si el niño muestra conductas de evitación por temor a atascarse o exceso de ansiedad ante el hecho de comunicarse.
- Cuando el niño es blanco de críticas, burlas o imitaciones por sus dificultades.
- Cuando el niño presente diferencias en su comportamiento o comunicación, se muestre más callado, retraído, triste o agresivo.
- Cuando el niño se queja por no poder controlar sus atascos y hablar fluído.

La evaluación de la disfemia, de la misma forma que su estudio etiológico, ha de tener en cuenta diversos aspectos. A continuación presentamos dos clasificaciones de aspectos a tener en cuenta a la hora de evaluar la disfemia:

1) Fernández Zúñiga, A. y Gamba, S. (2008) proponen observar los errores de la fluidez del discurso del niño así como atender a otras conductas que se relacionan con la emisión oral:

EVALUACIÓN DE LA DISFEMIA	
NIVEL LINGÜÍSTICO	<p>Componentes del lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonético- fonológico. - Semántico. - Sintáctico. - Pragmático. <p>Ej.:</p> <p><i>¿Existen problemas de pronunciación?</i></p> <p><i>¿Hay una adecuada organización de la sintaxis?</i></p>
NIVEL MOTOR	<ul style="list-style-type: none"> - Procesos orales. - Coordinación motora. <p>Ej.:</p> <p><i>¿El habla es excesivamente rápida? ¿Hay problemas de articulación?</i></p>
ASPECTOS AMBIENTALES	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades/dificultades sociales y comunicativas. <p>Ej.:</p> <p><i>¿Maneja reglas de conversación? ¿Mantiene el contacto ocular?</i></p>
CONTEXTO COMUNICATIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Reacciones de los padres y figuras de referencia al discurso disfluyente del niño. <p>Ej.:</p> <p><i>¿Corrigen en exceso los errores del niño?</i></p> <p><i>¿Genera ansiedad o preocupación las dificultades que presenta?</i></p>

Tabla 1. Evaluación de la disfemia. Adaptada de Fernández Zúñiga, A. y Gamba, S. (2008)

En este caso la evaluación ha de realizarse además en base a los siguientes objetivos:

1. **Descartar problemas en el desarrollo** general del niño (Lingüísticos o motores), problemas psicológicos paralelos (ansiedad excesiva, déficit de habilidad social) y conocer el nivel de desarrollo y funcionamiento intelectual del niño.
 2. Observar, analizar y **describir de forma detallada los problemas de fluidez**
 - a. Especificar situaciones donde la persona tiene mayor o menor dificultad en la comunicación. Jerarquizarlas.
 - b. Evaluar la expresión del tartamudo.
 - c. Evaluar la comunicación con diferentes personas de su entorno. Especialmente ha de dedicarse un apartado específico a la evaluación de la comunicación-relación con los padres, también es de interés evaluar la comunicación con la familia, en el colegio, etc...
 3. **Detectar las consecuencias del tartamudeo** en el niño: emociones, pensamientos, sentimientos ante su forma de hablar, nivel de ansiedad y malestar por las alteraciones, tendencias a la evitación.
 4. **Estimar la gravedad del trastorno:**
 - a. Tipo de disfluencias.
 - b. Frecuencia de las disfluencias.
 - c. Tiempo de evolución.
 5. Concluir un **diagnóstico funcional** de interés para la toma de decisiones y **diseño del tratamiento.**
- 2) De manera similar Gallego, J. Caparrós, P. y Melguizo, C. (1999) esquematizan la valoración diagnóstica inicial de la tartamudez en base a tres bloques de interés para la manifestación y desarrollo del trastorno: manifestaciones lingüísticas, componentes psicofisiológicos, estimación personal e influencias ambientales.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL DE LA DISFEMIA
1. MANIFESTACIONES LINGÜÍSTICAS
a. Aspectos fonológicos y morfosintácticos.
b. Aspectos léxico-semánticos.
c. Aspectos fonéticos y prosódicos.
d. Aspectos pragmáticos.
2. COMPONENTE PSICOFISIOLÓGICO
a. Fonación.
b. Respiración.
c. Tensión muscular.
d. Sincinesias corporales.
3. ESTIMACIÓN PERSONAL E INFLUENCIAS AMBIENTALES
a. Importancia de la fluidez verbal para el sujeto.
b. Valoración personal de la tartamudez.
c. Valoración social de la tartamudez.

Tabla 2. Evaluación Diagnóstica Inicial de la Disfemia. Gallego, J. Caparrós, P. y Melguizo, C. (1999)

La evaluación nos da información sobre el tipo, frecuencia y severidad del problema.

Para tomar **decisiones diagnósticas y analizar los resultados** de una evaluación puede recurrirse a test estandarizados (Zebrowski, 1987) o utilizar escalas y cuestionarios de ayuda para el proceso de evaluación y valoración del lenguaje (Cisari y cols, 1987; Sangorrín, 1987; Santacreu y Froján, 1993) . También es de utilidad para el profesional recurrir a protocolos elaborados y seguir los criterios propuestos por autores que han estudiado la disfemia y su tratamiento (Wingate, 1976; Gallardo, J. y Gallego, J.1999).

En este tema presentamos las estrategias de evaluación más destacadas basadas en los manuales de Gallardo, J. y Gallego, J.1999 y de Coll-Florit , Cl.(2013).

En la evaluación es importante analizar la gravedad de la sintomatología característica así como realizar **un diagnóstico diferencial** para descartar otros trastornos (causas psicógenas, disfasia, alteración cerebral: epilepsia, afasia, disartria iterativa, causas ambientales: imitación, causas fisiológicas, etc...) que pudieran estar en el origen de las alteraciones.

La evaluación también **varía en función de la edad** del sujeto. Si nos centramos en la evaluación de la disfemia en el niño siempre va a ser necesario contar con la colaboración de los padres. Entre niños de educación infantil y primaria la evaluación difiere ligeramente en el modo de abordar el problema. Los niños de educación infantil aún no están capacitados para expresar estados emocionales o cognitivos internos asociados a su problema y será aún más importante la colaboración de los padres.

Los pasos a seguir en la evaluación son los siguientes:

- 1. Recogida de información en los diferentes contextos:**
 - a. Entrevista con los padres.
 - b. Entrevista con profesionales del centro educativo.
 - c. Entrevista con otros profesionales o figuras de referencia que mantengan comunicación regular con el niño.
- 2. Evaluación del niño:**
 - a. Desarrollo general
 - b. Capacidad cognitiva.
 - c. Desarrollo del lenguaje.
 - d. Entrevista con niños mayores.
- 3. Análisis de la información, conclusiones diagnósticas:**
 - a. Diagnóstico.
 - b. Pronóstico de la problemática.
- 4. Comunicación de resultados a familia y niño.**
- 5. Propuesta de tratamiento en los diferentes contextos:**
 - a. Objetivos para el niño.
 - b. Objetivos y orientaciones para padres.
 - c. Objetivos y orientaciones específicas al profesor.
 - d. Objetivos y orientaciones al profesional o terapeuta (si procede).
- 6. Seguimiento y reevaluación.**

(Tabla 2. Procedimiento de evaluación. Lamata, C. 2017. Adaptado de Coll-Florit, CI. 2013).

La entrevista con los padres es de especial relevancia. Como se explica en el tema anterior, las reacciones de los padres ante las alteraciones del discurso son un factor relevante en el desarrollo, mantenimiento o agravamiento del problema. También diversos autores han señalado la importancia de analizar factores psicogenéticos y hereditarios en la etiología de la disfemia (Bloodstein, 1995; Curlee y Siegel, 1997; Felsenfeld et al, 2000).

En la entrevista con los padres conviene recoger información sobre:

- Datos evolutivos del niño.
- Datos relevantes del contexto familiar (organización familiar, pautas de conducta, relaciones entre los diversos miembros de la unidad familiar, rutinas diarias, tiempo y actividades que realizan con los hijos...).
- Antecedentes familiares de problemas del lenguaje y tartamudez.

- Inicio del tartamudeo y evolución hasta la fecha.
- Tipo y frecuencia de las alteraciones.
- Cambios o variaciones de las alteraciones en función de diferentes situaciones, contextos o interacciones.
- Consecuencias del problema a nivel personal, social y emocional.
- Grado de preocupación que les genera el problema de su hijo.
- Reacciones que suelen tener cuando el hijo tartamudea o se bloquea.

Se puede facilitar a los padres **cuestionarios donde registren el tipo y frecuencia** de las alteraciones que se producen en el discurso de su hijo.

Junto a la información de los padres resulta de gran interés conocer cómo es el habla del niño en otros contextos, especialmente en el escolar. En este sentido, una buena evaluación requiere de la toma de contacto con el profesor del niño, solicitando su implicación para realizar cuestionarios o responder preguntas sobre las manifestaciones que se observan en **el contexto escolar**:

- Habla y conducta del niño en el centro (en el aula, patio, otros contextos)
- Adaptación escolar y social.
- Reacciones del alumno ante las alteraciones o difluencias.
- Reacciones de sus compañeros ante las alteraciones o difluencias
- Evolución del niño (cuando se inicia tratamiento).

Después se realiza **la observación del niño**. En niños mayores de 6 años también puede profundizarse además a través de **una entrevista**. Puede animarse al niño a expresar cómo vivencia su problema y qué percepciones tiene del mismo. El formato y lenguaje de las preguntas se adapta siempre a la capacidad cognitiva y madurez del niño. Resulta de interés recabar información sobre:

- Cómo se siente a la hora de comunicarse con otras personas.
- Cómo son sus relaciones con familiares, amigos del colegio, profesores, otros contextos...así como sus gustos e intereses, ocupaciones en su tiempo libre.
- Situaciones o personas con las que le es más sencillo/más difícil hablar.

- Tipos de errores que comete (repeticiones, atascos, bloqueos, pensamientos antes de hablar de que se va a bloquear...)
- Existencia de recursos "trucos" que le ayudan a expresarse mejor.
- Conocer sus deseos y expectativas respecto de recibir una ayuda para poder expresarse mejor.

En cuanto a **la observación del niño** es conveniente combinar la grabación de actividades en las que se muestre espontáneo (normalmente situaciones de juego) con otras donde se pueda observar cómo se relaciona y comunica con sus padres tanto en consulta, en situaciones más estructuras y en situaciones de juego en casa.

Con niños pequeños lo habitual es realizar la observación a través de una sesión de juego. Se anima al niño a hablar con ellos mismos o con los juguetes, o se les cuenta un cuento para que pueda responder preguntas sencillas. Esta sesión se graba y se transcribe posteriormente para realizar un análisis de las muestras de habla y registrar informaciones de interés (existencia de movimientos asociados, indicadores de tensión o esfuerzo, tendencia a la evitación de la comunicación, etc...).

Cuando el niño es más mayor, a partir de la etapa de educación primaria, se pueden incluir actividades de habla automática (decir los días de la semana, contar...), practicar la repetición de frases, lectura de un texto corto sencillo, animarles a contar ellos un cuento o explicar el argumento de una película, responder a preguntas directas, etc...También resulta posible pedir al niño que utilice un patrón de habla lenta y alargada para comprobar si puede disminuir el número o intensidad de las disfluencias.

Normalmente con 10 minutos de grabación son suficientes. Lo ideal es contar con una muestra de habla de 300 palabras, aunque se puede realizar una evaluación con 100 palabras. Una de las referencias que suele emplearse más como medida objetiva es la fórmula de Rustin y cols. 1996. El porcentaje de disfluencias se calcula según:

Fórmula Rustín y cols (1996):

Nº de disfluencias/100 palabras=%errores en la muestra

Aunque **no sólo es el número de errores lo que indica gravedad**. Una mayor intensidad, frecuencia y duración de los bloqueos (ej. bloqueos de más de 5 segundos), así como la duración de las prolongaciones, indican mayor gravedad. También se consideran más graves los errores debidos a bloqueos o alteraciones con movimientos asociados que las repeticiones de palabras. A estos efectos resulta de interés consultar los **indicadores** que da Wintage, 1977 en la guía de **gravedad de la tartamudez**.

GUÍA DE EVALUACIÓN DE GRAVEDAD DE LA TARTAMUDEZ (Wingate, 1976)			
GRAVEDAD	FRECUENCIA (%/palabras habladas)	ESFUERZO	RASGOS SECUNDARIOS
Muy ligera	1/100 (1%) 1/50 (2%)	Ninguna tensión aparente. Tensión perceptible pero supera los bloqueos fácilmente.	Ninguno.
Moderada	1/15 (7%)	Clara indicación de tensión o esfuerzo de unos 2'' de duración.	Mínimo (ojos abiertos, parpadeos, movimientos musculatura facial).
Grave	1/7 (15%)	Clara indicación de esfuerzo o tensión, de 2'-4' de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial.
Muy grave	1/4 (25%)	Esfuerzo considerable, de 5'' o + de duración.	Actividad muscular enérgica, facial o corporal.

Tabla 3 . Guía de evaluación de gravedad de la tartamudez. Wingate, (1976).

Medidas objetivas que suelen usarse para **analizar la fluidez** del discurso son:

A) Cuantitativas:

- Contabilizar en 100 palabras el número de errores. $N^{\circ} \text{ errores}/100=\% \text{ errores}$.
- Contabilizar el número de palabras tartamudeadas en un minuto (en 100 palabras emitidas).

B) Cualitativas:

- Contabilizar número y tipo de errores.
- N° de repeticiones de sonidos/sílabas/palabras/frases.
- Bloqueos_____duración_____segundos.
- Prolongación de sonidos_____duración_____segundos.
- Palabras partidas.

Estos datos se recogen, se valoran y son la base para realizar las conclusiones diagnósticas y programar el tipo de tratamiento o intervención que requiere el niño. En este sentido se consideran **síntomas de riesgo** los siguientes (Fernández Zúñiga, 2005):

- **En relación a la fluidez:**

- El número de repeticiones es elevado (más de 3 repeticiones).
- Los elementos repetidos son cortos.
- Aparecen repeticiones de partes de palabras con ritmo irregular o tensión.

- **En relación a aspectos físicos:**

- Signos de tensión general (tensión muscular).

- Tensión facial.
- Interrupción de la salida del aire junto a las repeticiones.
- Bloqueos o interrupción de la salida del aire al hablar.
- **Signos emocionales:**
 - Se observan síntomas de evitación del habla en el niño.
 - Ansiedad. Síntomas somáticos.
 - Preocupación por su forma de hablar.
- **En los padres:**
 - Los padres muestran preocupación y ansiedad por las dificultades del niño.
 - Alto nivel de exigencia.
- **En relación con el ambiente:**
 - Existencia de conflictos familiares.
 - Existencia de cambios en las rutinas diarias o imprevistos.
 - Presión de tiempo y exigencia hacia la conducta del niño.

Junto a ellas conviene **solitar a los padres que cuantifiquen** también el grado de severidad en base a sus percepciones:

- En una escala de 0 al 10 (0 habla normal y 10 es un tartamudeo muy severo)
¿Dónde situaría la dificultad de su hijo?

- En una escala de 0 al 10 (0 es ninguna preocupación y 10 es preocupación extrema) ¿Cuál sería su grado de preocupación actual?

En cuanto a la **observación de la interacción padres-niño** Fernández-Zúñiga, (2005) presenta la siguiente guía:

Conducta verbal (del padre/madre)	Observaciones
Velocidad del habla.	
Complejidad sintáctica y semántica.	
Preguntas directas.	
Número de iniciativas.	
Mantiene los turnos del habla.	
Interrupciones.	
Correcciones.	
Conducta no verbal (del padre/madre)	
Escucha al niño.	
Comparte el centro de atención con el niño.	
Actitud ante las disfluencias.	
Da tiempo para responder y hace pausas.	
Directividad en el juego.	
Refuerza la conducta en el niño.	

Tabla 4. Adaptada de Fernández- Zúñiga, 2005. Perfil de Interacción padre-hijo. Análisis de video.

Gallardo, J. y Gallego, J. (1999) en base a las aportaciones de Sangorrin (1987, 1889) sobre la evaluación de la disfemia, aportan protocolos de interés para la **evaluación de sus manifestaciones típicas**:

Manifestaciones Típicas	IMITACIÓN PROVOCADA	LENGUAJE DIRIGIDO	LENGUAJE CONVERSACIÓN	LENGUAJE ESPONTANEO	LECTURA
	L-M-G*	L-M-G*	L-M-G*	L-M-G*	L-M-G*
Disfemia clónica					
Disfemia tónica					
Disfemia mixta					
Bloqueos					
Repetición de sílabas					
Interjecciones					
Pausas					
Otras					
*(Leve, Moderado, Grave).					

Tabla 5. Manifestaciones típicas de la disfemia. Gallardo, J. y Gallego, J. (1999).

En base a ese mismo formato elaboran protocolos similares para registrar el carácter leve, moderado o grave de los síntomas corporales, respiratorios y alteraciones conductuales. Al mismo tiempo comparan las diferencias en las misas en base a si las emisiones se realizan como parte de imitación provocada, lenguaje dirigido, lenguaje conversacional, lenguaje espontáneo o a través de la lectura en voz alta.

3.2. Modelos y Estrategias de Intervención

No existe un único modelo o tratamiento para la disfemia. Así como las manifestaciones del trastorno varían en cada caso, la intervención debe abordar y combinar diferentes modelos y estrategias para el tratamiento del niño o la persona con disfemia.

La lista de métodos es considerable. Ya en los años 60^a, la Asociación Internacional de Logopedia y Foniatría describía en un congreso especializado (1967) más de 200 métodos para el tratamiento de pacientes disfémicos usados en Europa.

Launay, Cl. y Borel-Maisonny (1986) realizando una revisión de los modelos de intervención y tratamiento de la disfemia los agrupan de manera esquemática diferenciando cuatro grupos:

a) Técnicas Logopédicas: se centran especialmente en el trastorno del habla y del lenguaje. La reeducación del habla en estos casos se dirige a la educación de la fluidez verbal (ritmo, entonación, pausas, sinergia de movimientos respiratorios, etc...). El método fisiológico de Gutzman es un ejemplo de este tipo de técnicas. Este método propone corregir el ritmo erróneo del disfémico ayudándole a encontrar una cadencia espontánea personal. Para ello comienza con ejercicios respiratorios (inspiraciones cortas y silenciosas, espiraciones lentas y soplantes), sigue con ejercicios de fonación y articulación para terminar con la conversación.

b) Técnicas Psicomotrices. Relajación: se centran en mejorar la coordinación motriz (en ocasiones se observa correlación entre los 4 y 7 años de niños que presentan una insuficiente coordinación motriz y inmadurez lingüística), compensar las descargas motrices intempestivas y sincinesias así como dotar al niño o la persona de técnicas de relajación. Los métodos de Jacobson y de Schultz son métodos que se emplean para modelar la relajación en el paciente. Sin embargo; aunque estos modelos son de ayuda para trabajarlos al inicio de las sesiones, en el estadio preparatorio a la reeducación o durante periodos de bloqueos intensos, no tienen eficacia suficiente por sí mismos para ser usados como única vía de tratamiento en la disfemia. En base a la experiencia puede afirmarse que son un buen modelo de apoyo para complementar la intervención y elevar su eficacia.

c) Psicoterapia: busca suprimir el sentimiento de inferioridad, baja competencia y condicionamientos negativos que se asocian a la disfemia. Se actúa sobre los componentes psíquicos de la persona para fortalecer su personalidad y descondicionar reacciones fóbicas o de evitación ante la comunicación oral. Las técnicas de juego como el juego escénico de Von Staaks, el juego curativo Logopédico de Schilling o el juego pedagógico de Schultze son muy utilizadas. También modelos que en base a las teorías Johnson y Wyatt, basan el tratamiento de la disfemia en establecer relaciones renovadas con la madre y establecer patrones de interacción positiva padres-niño. Otro método tradicional conocido que incluye aspectos psicoanalíticos es el método masticatorio propuesto por Froeschels. Este método parte de

homologar el habla con la masticación. Se pide al sujeto que mastique aire, luego que asocie el movimiento de masticar el aire con determinados sonidos y luego con los compuestos de sonidos. Al final del tratamiento se introduce la comunicación verbal real. También Stein, L. hace retroceder al sujeto al laleo provocando una verdadera regresión verbal, para librarle de sus fobias y conducirlo progresivamente a los intercambios verbales.

d) **Tratamiento médico:** este es un modelo menos defendido en la actualidad. Ninguna medicación se considera realmente eficaz para tratar la disfemia, si bien es cierto, que cuando existe sintomatología ansiosa asociada puede convenir administrar puntualmente una medicación sintomática de duración limitada. En el pasado, apoyándose en hipótesis como la de Seeman, que consideraba la disfemia como traductora de una disfunción vagosimpática, sí se recomendaba una medicación equilibrante. Así como en casos donde se asociaba la tartamudez a problemas de epilepsia, era necesario administrar medicación anticonvulsiva. En la actualidad se recurre en ocasiones a métodos farmacológicos para ejercer una influencia sedante sobre el disfémico.

Para una revisión más exhaustiva de los diferentes métodos de intervención de la disfemia puede consultarse la obra de Gallardo y Gallego, 1999. pp.256-259.

En la actualidad la postura más aceptada sobre la intervención de la disfemia es seguir un **enfoque psicoterapéutico integral**. El tratamiento ha de realizarse desde una **combinación pluridimensional de métodos y procedimientos didácticos** que se realiza en función de la edad y **sintomatología concreta del paciente**. Además se considera que la intervención no puede limitarse al **sujeto** sino que ha de **abordar aspectos ambientales** e incluir pautas de orientación para la familia y los profesionales que trabajan con el niño o paciente disfémico.

Dentro de las **estrategias básicas para el tratamiento** son de destacar:

- El niño, adolescente o persona debe **consentir iniciar la reeducación**. Tanto en el caso de los niños, como en el de los adultos es fundamental que desee lograr una mejora del habla o al menos no muestre rechazo a la intervención para lograrlo. En este sentido ha de contarse con la suficiente adherencia al tratamiento y la voluntad de la persona de acatar las indicaciones o consignas propuestas.

- En el caso de realizar una intervención temprana los programas se realizan en base a dos estrategias: **asesoramiento a los padres e intervención con el niño**.
- Como procedimiento básico de reducción de la fluidez: **enlentecer el habla y articular rítmicamente frases cortas y sencillas**. De esta forma suelen conseguirse resultados positivos inmediatos que aunque no sean siempre duraderos contribuyen a que la persona no acumule mayor frustración y genere expectativas positivas de recuperación.
- Está particularmente indicado en niños **el curso de ritmo**, que permita expansionarse con la asociación de la melodía y movimientos rítmicos. Así como usar en el tratamiento la música con fines psicoterapéuticos y los métodos monorrítmicos que permiten al sujeto hablar llevando el ritmo con la mano, metrónomo, aparatos diversos, etc...
- Los **ejercicios de relajación corporal global y segmentaria** también resultan de ayuda para manejar la habitual hipertonía corporal del disfémico y especialmente la actitud hipertónica de los músculos fonoarticulatorios.
- **Técnicas de respiración** para que el niño o persona disfémica pueda tomar conciencia de la forma y el tipo de respiración que realiza y de como influye en la emisión de los fonemas, el ritmo de la frase y el tono y calidad de las vocalizaciones.
- Realizar todos los **ejercicios con agilidad en el gesto**. Es necesario favorecer la actitud de desconstrucción a nivel del diafragma, laringe, lengua así como el del conjunto de músculos implicados en la articulación.
- **Orientar el contenido de los ejercicios a la construcción del lenguaje y la incitación del habla**. Buscando siempre que el niño o sujeto se sienta apoyado en el plano lingüístico, motor y psicológico así como se establezca un **clima de confianza**.
- Una vez que se logra mejoría en la fluidez y se regulariza se han de **trabajar los aspectos prosódicos** del lenguaje (pausas, entonación, acentuación).

Como todo **programa de intervención** es necesario partir de la evaluación inicial, desarrollar un **programa personalizado**, realizar el seguimiento mediante el mantenimiento del programa y **evaluar** tanto al niño o sujeto como al programa en sí para realizar una acertada toma de decisiones.

Algunos de los ejemplos de **programas más utilizados** son:

En intervención Temprana:

1. Prevención e intervención temprana de la tartamudez (Starkweather y cols, 1990): destinado a niños de entre 2-6 años que tartamudean y se prevé que no se recuperarán sin intervención. Trabaja con niño y familias para establecer patrones facilitadores y lograr adquirir una fluencia normal.
2. Programa Lidcombe (Onslow y Packman, 2001): programa basado en métodos operantes. Son los padres los que intervienen con los hijos aplicando contingencias para reforzar el habla fluente y corregir el tartamudeo.
3. Programa Palin Interacción Padres-Niño (Kelman y Nicholas, 2008): destinado a niños hasta 7 años. Trabaja para aumentar las habilidades de los padres para manejar el tartamudeo, disminuir la ansiedad de la familia ante el mismo y disminuir el ritmo del tartamudeo hasta situarlo en límites de normalidad.

Otros programas y métodos aplicables en mayor rango de edad son:

1. **Métodos Diversivos** : el objetivo es desviar la atención del tartamudo sobre su habla. Prohíbe la autoobservación sobre el mecanismo del habla y la preocupación sobre los sonidos difíciles, impide hablar rápido y que se acompañe de movimientos innecesarios.

Ej. El Método de Masticación Sonora de Fröschels, el método de Stein (regresivo, volver a iniciar desde el laleo) o el Método Hilarante de Blösch. Est último parte de ejercicios de la risa, ejercicios de relajación, seguidos por la respiración y finalmente la espiración sonora. Posteriormente ejercicios de risa con la boca cerrada. Reír al compás del metrónomo a distintas velocidades e intensidades de la voz, risas y frases alternativamente y emisión de frases con la actitud mental. La cara debe guardar una posición de media sonrisa.

2. **Métodos Reflexivos**: se fundamentan en el aprendizaje analítico del proceso del lenguaje para centrar la atención en el habla. Se trabaja la reeducación respiratoria, articulatoria, el ritmo y la entonación del lenguaje así como el desarrollo del pensamiento verbal.

Ej. El Método de Gutzmann, El método de Kopp, y un método bastante completo es el Método de C. Dinville que establece los siguientes pasos:

- Primera etapa: ejercicios de facilitación que ayuden a la relajación del ritmo verbal, por ejemplo: gestos de regulación, golpes con las manos, con el brazo, trazar curvas de entonación, el uso de metrónomo, el ataque verbal espirado, o sea, escapar un poquito de aire antes de realizar la emisión vocal.
- Segunda etapa: incluye técnicas de reeducación. Sugiere ejercicios de vocalización, pronunciar palabras con el ritmo del metrónomo, ejercicios con frases sencillas. Se da una palabra al disfémico y debe terminarla a través de una frase, recordar alguna imagen y luego que lo diga verbalmente y en conversaciones, las cuales se harán a través de una pequeña narración del tema a tratar a modo de preparación inicial.
- Posteriormente incluye la reeducación de la tartamudez, donde se le da importancia al tratamiento psicoterapéutico a través de ayudas psicológicas para abordar y solucionar problemas y mejorar el habla

Jorquera Hernández (1987) propone un **modelo conductual de intervención de la disfemia**. La autora se basa en un enfoque psicológico propio del análisis y modificación de conducta. Considera el tartamudeo un trastorno que se inicia por una falta de fluidez verbal en la primera infancia (3-5 años). Entiende que a las alteraciones siguen determinadas contingencias ambientales (atención, ayuda, castigo...) que refuerza la persistencia y/o aumento del tartamudeo. De esta situación se deriva la percepción del tartamudeo por el propio sujeto llegando a ser causa de ansiedad anticipatoria. Esta situación conduce a mayor desorganización verbal y generalización de las alteraciones a toda situación verbal y social, llegando incluso al aislamiento o la evitación social para no comunicar. Frente a ello, la intervención del tartamudeo se basa en la aplicación del **sonido rítmico** procedente de un metrónomo y el apoyo de **técnicas de relajación**.

TRATAMIENTO: CARACTERÍSTICAS DEL SONIDO RÍTMICO

1. REEDUCACIÓN DEL TARTAMUDEO
2. MODELO DE UN NUEVO PATRÓN DE HABLA
3. SITUACIONES DE APRENDIZAJE INSTRUMENTAL:
 - SD- Sonido rítmico
 - R. -Habla del sujeto sin errores
 - C-
 - Autorreforzamiento
 - Reforzamiento social del terapeuta
4. POSIBLE APLICACIÓN A SITUACIONES NO Estrictamente TERAPÉUTICAS

Tabla 6. Características del sonido rítmico. Jorquera (1987).

3. 3. Orientaciones escolares

El tratamiento de la disfemia ha de abordar los contextos donde el niño pasa la mayor parte del tiempo y ofrecer pautas a los profesionales que trabajan con él. La calidad y coherencia de la **intervención en el centro escolar** con el tratamiento en otros contextos (familia y terapia), es de gran importancia para la evolución del trastorno.

Desde un **enfoque inclusivo y la atención a la diversidad**, el propio centro ha de poner en marcha planes de trabajo individual y realizar las adaptaciones que sean necesarias para que el trastorno del habla y del lenguaje no interfiera en su aprendizaje o se **compensen las dificultades** asociadas al mismo.

Además es muy importante tomar **contacto con el tutor** del niño y **facilitarle formación** para que pueda relacionarse de forma acertada con el niño y colaborar en su mejoría. Es fundamental que el profesorado que trabaje con el niño cuente con orientaciones claras para mantener una actitud adecuada ante el tartamudeo y los errores. En este sentido, se han de facilitar al centro pautas para hablar con el niño que seguirán indicaciones similares a las facilitadas a padres y las que mantiene el terapeuta.

Coll Florit, Cl. Propone:

- Hablar lento y dar tiempo al niño para que responda o realice preguntas.
- Hablar al niño con una complejidad reducida: adaptar la comunicación al nivel de sus dificultades.
- Aceptar respuestas con una o pocas palabras.
- Eliminar la presión de tiempo y controlar cantidad de preguntas
- Seleccionar situaciones relajadas para hablar con el niño y facilitar la comunicación.
- No mostrar exigencia en la comunicación.
- Velar porque las dificultades del niño no generen problemas de relación con sus compañeros de clase.

- Favorecer la participación del niño en las actividades del aula, buscando especialmente aquellas en las que pueda experimentar éxito probable

La fundación Stuttering (2013) aporta también **ocho consejos básicos** para el profesor:

8 consejos para profesores

1. No le diga al niño “no hables tan rápido” o “solo relájate”
2. No le ayude al niño a completar las palabras o hable por él o ella.
3. Ayude a todos los miembros de la clase a que aprendan a hablar por turnos y escuchar. Todos los niños, y especialmente aquellos que tartamudean, encuentran mucho más fácil hablar cuando hay pocas interrupciones y tienen la atención del oyente.
4. Espere la misma calidad y cantidad de trabajo de un estudiante que tartamudea así como de uno que no lo hace.
5. Hable con el estudiante de manera tranquila y haciendo pausas frecuentes.
6. Exprésele al estudiante que usted está escuchando el contenido del mensaje, no cómo lo dice.
7. Converse individualmente con el estudiante que tartamudea acerca de las adaptaciones físicas necesarias en la clase. Respete las necesidades del estudiante pero no sea facilitador.
8. No convierta a la tartamudez en algo de qué avergonzarse. Hable de la tartamudez como de cualquier otro asunto.

Tabla 7. Carl, W. Dell, Jr.(2013). Cómo tratar al niño escolar que tartamudea. Una guía para terapeutas del lenguaje. Stuttering Foundation of America.

Desde un **enfoque inclusivo** se trata que el profesor, como norma general, logre actuar de la misma manera que lo haría si el niño hablase con fluidez. De esta manera ha de permanecer calmado y escuchar lo que el niño desea comunicar aunque aparezcan las disfluencias y alteraciones típicas. Es importante que el niño tenga la **percepción de que al profesor le gusta hablar con él y le interesa escucharle**. En la etapa escolar, el profesor es una figura de gran relevancia para el niño.

Es importante **evitar discusiones relacionadas con el problema** del niño en su presencia. Aunque si es el niño quien toma la iniciativa conviene mostrarse empático e ir guiando la conversación para que pueda salir reforzado de la misma desde una **visión realista** y franca pero **que transmita al niño confianza en sus capacidades** y salga reforzado de la situación. Con todo, no es conveniente dar excesiva importancia a su tartamudeo.

Si el profesor tiene dudas sobre la idoneidad de plantear al niño determinadas actividades (exposición oral, debates) se recomienda que hable en privado con el niño o consulte con la familia y terapeutas para acordar las estrategias de intervención a seguir.

4. Referencias bibliográficas

- Carl, W. Dell, Jr. (2013). *Cómo tratar al niño escolar que tartamudea. Una guía para terapeutas del lenguaje*. Ed: Stuttering Foundation of America.
- Coll Florit. M, (Coord.) (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.
- Fernández Zúñiga y Caja, (2008). En Coll Florit. M, (Coord.) (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.2013.
- Fernández-Zúñiga. (2005). En Coll Florit. M, (Coord.) (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.
- Gallego, J. (1999). *Calidad en la intervención logopédica. Estudio de Casos*. Ed. Aljibe: Málaga.
- Gallardo, J. y Gallego, J. (1993). *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Ed. Málaga: Aljibe. Málaga.
- INR. LGII. (2015). *Manual de Guía Clínica para el tratamiento de la disfemia. Subdirección de audiolología, foniatría y patología del lenguaje. Junio 2015*.
- Jorquera, A. (1987). Tratamiento conductual de la disfemia. En AA.VV. *La tartamudez*. Salamanca: Amarú.
- Launay, Cl. y Borel-Maisonny. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. 2ª ed. Barcelona: Masson.
- Rustin y cols. (1996). En Coll Florit. M, (Coord.) (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.
- Wintage, (1977). En Coll Florit. M, (Coord.) *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC. 2013.
- Zabrowski, (1987). En Gallego, J. (1999). *Calidad en la intervención logopédica. Estudio de Casos*. Ed. Málaga: Aljibe.

5. Bibliografía

- Coll Florit. M, (Coord.) (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.
- Gallardo, J. y Gallego, J. (1993). *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Ed. Málaga: Aljibe.
- Gallego, J. (1999). *Calidad en la intervención Logopédica. Estudio de casos*. Ed. Málaga: Aljibe.
- Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. 2ª ed. Barcelona: Masson