

La «disfemia», es un defecto de la elocución que se manifiesta por repetición de sílabas o dificultad de pronunciación de alguna de ellas

Como ayudar al niño «disfémico» (que tartamudea)

— José Luis Moya / Elena de Arcos / Alicia Arias / Mamen Simón —

ALGUNOS DATOS

La «disfemia» (tartamudeo, atranco, tartajeo), es un defecto de la elocución constituido por la repetición de sílabas o la dificultad de pronunciación de alguna de ellas y supone un paro, atrancamiento, o espasmo en la fluidez verbal.

La tartamudez se encuentra en todos los pueblos y aparece en todas las partes del mundo. El 2% de la población infantil suele ser disfémica.

Esta problemática surge antes de los siete años y perdurará, en algunos casos, durante el período escolar, fijándose a partir de los 10-11 años.

Según las investigaciones y estudios se han encontrado muchos más hombres disfémicos que mujeres, y aunque se manejan distintas hipótesis, no se han encontrado las verdaderas causas que marquen estas diferencias.

La disfemia se relaciona siempre con la presencia de un «otro tú», con un interlocutor y o con estados psicoafectivos. «La tartamudez es todo aquello que el paciente hace para evitar... la tartamudez» (Bloch).

Los bloqueos que genera el problema disfémico, originan dificultades psicológicas, en muchos casos, de carácter grave.

El niño disfémico no tartamudea nunca de forma permanente; incluso, en situaciones severas, se observan decesos, fases de remisión.



La disfemia no está relacionada en absoluto con un bajo nivel intelectual, aunque sí con determinadas formas de alteración afectiva o emocional.

Por otra parte, tenemos que entender que la disfemia es un trastorno funcional en el que no se evidencian anomalías en los órganos de articulación.

MODO DE APARICIÓN

La mayoría de los handicaps disfémicos se iniciarán de forma precoz, normalmente antes de los 3/4 años.

El niño comienza a interactuar con los compañeros y adultos y repite frases o palabras. Parece que quiere expresar más de lo que puede. Se atranca, farfulea, etc. En este momento del proceso, aparece una fase de aspecto lúdico (disfemia - lúdica intermitente de evolución).

La repetición de sílabas no es considerada como disfemia. Sólo se considera disfémico al sujeto que en sus verbalizaciones manifiesta tensiones espasmódicas.

El 30% de los casos de estos niños, evolucionan hacia un tartamudeo sistemático entre los 5-6 años, cuando se hallan en el marco escolar, más disciplinado y menos tolerante.

Surgen tensiones emocionales que hacen emerger anteriores traumatismos emocionales que precipitan y desencadenan las formas de dicción disfémica.

La evolución de la disfemia durante la infancia y adolescencia se halla sometida a todas las sacudidas y enturbiamientos emocionales de la vida cotidiana.

A veces, la disfemia es un acontecimiento sintomatológico. Puede reaparecer; este fenómeno es indicativo de que algo va mal en la vida afectiva individual.

La recaída debe llevarnos a un replanteamiento de cuáles pueden ser los motivos; gran parte de las veces, constataremos que éstos están ahí. Lo importante es descubrirlos para actuar sobre ellos.

ASPECTOS CLÍNICOS

La dificultad en la elocución puede considerarse clínicamente desde varios ángulos:

a) **Disfemia clónica:** Caracterizada por la repetición involuntaria, explosiva y a impulsos de sílabas. Generalmente la primera de cada palabra o la primera de cada frase. El número de repeticiones puede cambiar en función de una serie de variables: afectivas, emocionales, etc., por ejemplo.

b) **Disfemia tónica:** El sujeto se bloquea, se siente incapacitado para emitir ciertas palabras durante un tiempo más o menos largo. En la primera sílaba de la primera palabra, al pronunciarla, se bloquea y sufre una resistencia súbita. Cuando cesa ésta, la palabra hace explosión de golpe.

c) **Disfemia por inhibición:** Aunque es una forma más rara, el sujeto, ante una pregunta queda inerte; tras unos instantes de bloqueo, la palabra surge hasta un nuevo paro que se manifiesta ante otra palabra o en la frase siguiente.

SINTOMATOLOGÍAS

Cuando la disfemia se encuentra fuertemente instalada se va a ver acompañada de:
-Múltiples «sincinesias»

- Motilidad anormal, lingual y/o maxilar
- Movimientos de cejas, parpados
- Tembor labial
- Movimientos parpebrales y/o oculares
- Esfuerzos en la aspiración del aire
- En ocasiones motilidad del tronco, brazos o piernas.

Al pretender expresarse, el niño se pone rígido, se contrae su laringe y la voz tiende a los agudos.

Además de esta sintomatología periférica, surge el problema comunicativo que decursa en tres fases:

-**Tartamudez clónica:** el sujeto repite sílabas con un ritmo de dicción fluido aunque repetitivo.

-**Tartamudez psicoclónica:** la fluidez verbal se torna más lenta y luego se acelera con espasmos sincinéticos.

-**Tartamudez tónica:** con bloqueos embolástricos al inicio de la dicción, sobre todo cuando el sujeto se encuentra más perturbado afectiva o emocionalmente.

El niño disfémico, lo apuntamos con anterioridad, no tartamudea nunca constantemente; la tartamudez se ve atenuada en determinadas circunstancias:

- Cuando los sujetos se hablan a sí mismos, o se dirigen a un animal familiar.
- Cuando el niño habla o lee en voz alta para sí mismo.
- Cuando cantan.
- Cuando hacen una imitación de un personaje.

-Cuando recitan cortas retahilas en los juegos.

La situación disfémica suele acentuarse ante:

-Una competición verbal en la que deben expresarse con rapidez; *producción de palabras que comiencen por...; *acciones que indiquen...; *personajes que...

-Durante las puestas en común en clase, presentación de trabajos en las que el niño tiene que hablar ante el grupo.

-Frente a las improvisaciones verbales: fonar situaciones, acontecimientos, describir sucesos.

-Cuando debe actuar en público y se ve obligado a evocar, de forma ordenada, una secuencia de hechos diacrónicamente secuenciados.

-Cuando el sujeto debe responder con rapidez al interlocutor.

-El patrón disfémico, en situaciones de enojo y enfado, y según los casos, se puede inhibir o activar hasta la exaltación.

-El comportamiento al tomar el teléfono suele ser variable. Para algunos niños, la ausencia física del interlocutor genera menos angustia y se expresa con claridad, atenuándose notablemente las componentes disfémicas de su dicción. En otros, es un suplicio que genera altas cuotas de tensión, llegando a generar una inhibición verbal extrema.

-Ante el inicio de una conversación en un lugar desconocido pueden cesar o redu-

NO LE DAMOS DE COMER... LE ENSEÑAMOS



Esta es nuestra asignatura: que aprendan la importancia de su alimentación, a comportarse en la mesa, a utilizar los cubiertos... Para nosotros, el tiempo de comer es una clase más.

Le proporcionamos una atención personal

Cada menú se elabora con la máxima calidad y se le ofrece pensando en él, porque cada alumno es único.

Catergest

Servicio Especializado de Alimentación a Centros Docentes

Ellos son sus alumnos; también, los nuestros.

Illa de Arousa, 4. Boa Vista. 36005 Poyo. Pontevedra. Tel.: (986) 87 22 18. Fax (986) 87 22 26
C/ Torrelaguna, 127. 28043 Madrid. Tel.: (91) 415 73 12. Fax: (91) 519 59 34





cirse las fonaciones disfémicas, toda vez que el sujeto puede organizar las frases de forma más lenta (dicción bradilinéica).

- El disfémico, cuando interioriza su problema, se culpabiliza y toma actitudes obsesivo compulsivas: •minuciosidad; •meticulosidad; •perseverancia, etc.
- El niño suele bloquearse si se le hacen varias preguntas consecutivas y debe atender en simultáneo a los diversos interrogantes.
- El disfémico no tiene patrones estándar de reacción. Generalmente, se acentuará su comportamiento disfémico en función de su temperamento y muy diversamente frente a las dificultades de expresión y estados afectivos.

INFLUENCIA DEL ENTORNO

La actitud del entorno hacia el disfémico puede desencadenar un fuerte impacto sobre su mundo afectivo-expresivo.

a) El medio familiar

Serán circunstancias desfavorables para el desarrollo del problema en el niño, los diversos componentes represivos o generadores de tensión que surgen en la familia.

«La tartamudez nace en la mente de los padres, más que en la boca del niño».

Los padres, con sus actitudes de rotular el problema; comportamientos inflexibles y rigoristas; permanentes correcciones, críticas, etc., hacen que el niño profundice la situación disfémica y un problema de expresión se convierta en un trastorno de personalidad.

La patogenia psicogenética de la disfermia tiene una base psicoafectiva, en cuya raíz se encuentra un desajustado sistema familiar.

De cómo nos dirijamos y tratemos al niño en sus primeros episodios disfémicos, dependerá la evolución.

Las expectativas angustiosas de los padres, pueden resultar desestructurantes.

Los maltratos verbales, las desconsideraciones, minusvaloración y descalificaciones conscientes e inconscientes marcan el niño. (El niño siempre percibe el inconsciente de los padres).

Las situaciones conflictivas percibidas por el niño como amenazantes, desencadenan

dubitación, angustia, bloques personales que influyen en la dicción.

Una corrección permanente de las fonaciones del niño, pueden generar en éste, además de una minusvaloración y alteración de los comportamientos verbales, inseguridad, falta de confianza, cambios de humor, inhibición y/o mutismo en los casos agudos.

b) El marco escolar

Un marco escolar duro y represivo puede ser el caldo de cultivo de una problemática disfémica.

La actitud del educador determina, y en muchos casos posibilita, la extensión o acentuación disfémica.

Las actitudes favorables del profesional de la educación contribuyen a dar seguridad y confianza al niño.

El niño disfémico, por lo general, teme las explicaciones públicas, las explicaciones orales. En la mayoría de los casos, el disfémico tiene conocimiento de las cosas que se le preguntan, en una palabra «sabe», pero por temor a tartamudear se calla. El silencio, en ocasiones, es interpretado por el profesor como ignorancia y comienza un círculo vicioso de impotencias, frustraciones y fracasos académicos, etc.

La mejor ayuda de un profesional de la enseñanza para un niño disfémico es la comprensión, la disponibilidad, el contacto amistoso y desculpabilizante de él y de los niños del grupo. A partir de ahí se podrán establecer otras estrategias de ayuda.

Los procesos imitativos de los niños, generan en el disfémico verdaderos trastornos psicológicos que frecuentemente van acompañados de mutismo, automarginación, etc.

Las frustraciones continuadas en el marco escolar perpetúan la angustia base y fijan el problema.

Al tiempo, la «ansiedad estado» se incrementa y se potencia la «ansiedad rasgo»

c) La disfermia a los 10-11 años

A partir de los 10-11 años, la disfermia puede agravarse por variables de tipo más personal e íntimo: necesidad de compartir con los compañeros y amigos; temores reales intuidos como amenaza o imaginados; miedos a las instituciones, al ridículo,

Normalmente, una tartamudez a partir de los 10-11 años no es jamás una tartamudez de aparición reciente, sino una disfermia no tratada o una seria recaída.

Los disfémicos a esta edad se desplazan en un continuo bipolar que va desde una dificultad lingüística seria, desde una expresión oral pobre y sinuosa, a una expresión escrita, rica, correcta y fluida.

Las dificultades predominantes serán las relacionales, y lo que al inicio no era más que una anomalía del discurso podrá transformarse en un síntoma neurótico o en un comportamiento fóbico u obsesivo.

Cuando el adolescente tiene fijado el problema disfémico, se puede servir de él para obtener importantes ventajas secundarias: falta de afrontamiento de situaciones que no le gustan o desagradan; pretexto para numerosas renunciaciones y actitudes pasivas; establecimiento de chantajes a compañeros, padres y profesores: compasión, etc.

El proceso evolutivo del problema y los resultados del tratamiento van a verse condicionados por diversos factores: el entorno ambiental; las posibilidades de autocontrol del sujeto; el nivel mental que se posea; los derives, las motivaciones para cambiar; la buena voluntad y constancia del sujeto; la capacidad de adaptación y autocondicionamiento que sea capaz de llevar a cabo el propio individuo.

CÓMO AYUDAR AL NIÑO DISFÉMICO

No existe, hoy por hoy, un tratamiento unívoco, único, para esta problemática. Se utilizan modos de abordaje terapéuticos que se orientan en función de las diversas formas y concepciones del problema.

El profesional, deberá tener en cuenta que no va a tratar la disfermia, sino «al sujeto tartamudo»

A) Con los niños pequeños

En relación a un niño pequeño, y ante una disfermia de aparición súbita y reciente, es posible esperar su desaparición total y definitiva si:

- No existen otras problemáticas de lenguaje añadidas
- Si no hay asociados traumatismos físicos

-Si no se han advertido impactos psicológicos duraderos.

La tartamudez en estos niños no es un mecanismo constituido. En una gran mayoría de casos, los niños de esta edad, presentan un antecedente de retraso en la aparición del habla, pero otros, por el contrario, pueden no presentar ninguna anomalía lingüística, siendo su trastorno únicamente de tipo afectivo-relacional.

Los pasos a seguir incluyen:

1. Trabajo individual:

- Observación de la conducta verbal: dónde, cuándo y cómo se produce el problema disfémico.

- Establecimiento de un programa de actividades sistemáticas, en base lúdica, tendientes a:

- Mover al niño de forma autónoma y orientada.
- Conducirlo hacia el conocimiento, interiorización y vivencia del esquema corporal.
- Trabajo tensivo y distensivo a nivel global y segmentario.
- Control tónico.
- Reducción de las sincinesias; corrección de las actitudes hipertónicas.
- Trabajo auditivo-expresivo: juegos con marionetas; contar cuentos, representarlos y juegos de lenguaje orientado: repetición, etc.

2. Trabajo de imitación o con modelos:

Partiendo de las actividades verbales y de gestos, establecer narraciones, cuentos, historietas, etc., sirviéndonos de diverso material para generar: una autorregulación gestual; rapidez, eficacia, fluidez y economía gusto-palabra; incitación al lenguaje dentro de un clima de entonación, desplazamientos y ritmo.

Aquí el adulto se convierte en el modelo, en el elemento de imitación verbal por excelencia.

3. Trabajo en grupo para generalizar las respuestas:

Se procurará revalorizar y reforzar cualquier aproximación a la dicción normalizada. El grupo puede servir de potenciador para la eclosión normo-generalizada de un lenguaje adaptado.

En grupo el niño se expresa más libremente, sobre todo si es homogéneo (edades, problemáticas, dificultades y nivel de lenguaje).

En el grupo el niño se libera de la presión del trabajo individual con el logopeda, y actúa de forma más libre y espontánea.

En grupo se posibilitan múltiples formas lúdicas compartidas.

En el seno del grupo pueden también surgir líderes y sujetos de identificación.

El grupo, orientado con eficacia se convierte en una sana competencia si las críticas se cargan de elogios superiores.

B) Con preadolescentes y adolescentes

En los casos más persistentes (preadolescentes y adolescentes) se tratará de proveer al disfémico de estrategias para el control dinámico del problema.

Siempre tendremos presente dos hechos de importancia:

A) Que el adolescente desee realmente el proceso rehabilitador (El caso contrario haría fracasar cualquier intento de superación del problema).

B) Que el sujeto sea capaz de asumir comprensiva y activamente las propuestas de trabajo que planteamos.

El nivel disposicional y de creencias, juega un papel terapéutico importante, constituyéndose en variables facilitadoras y entretecedoras del proceso.

En su conjunto, la mayor parte de los tratamientos terapéuticos, asocian la educación directa del habla con la relajación y la acción psicoterapéutica: cambio cognitivo, terapia racional emotiva, etc.

Nuestros abordajes profesionales incluyen:

- Exploración neurológica funcional.
- Recogida de data observacional: situaciones en las que la disfemia aparece, estímulos desencadenantes, mantenimiento, etc.

- Contacto con los sistemas social, escolar y familiar para intentar que sean favorecedores del proceso rehabilitador y no un handicap permanentemente mantenido que dificulte la progresión.

- Desde el sistema familiar y académico estamos convencidos de que, tanto padres como profesores, son un elemento esencial en la evolución y/o persistencia del trastorno. Intentaremos comprender cuáles son las relaciones padres, alumno, niño: nivel de represión, permisividad, tolerancia, etc.

- Planing tendente al trabajo de control tónico: ejercicios de toma de conciencia del esquema corporal en base a tensiones y distensiones de tipo global y segmentario, tanto en la vertiente estática como dinámica.

- Ejercitaciones motrices de autorregulación, liberación de fobias y progresivamente reconducir al sujeto hacia los intercambios verbales, utilizando el juego siempre como pretexto o tópico.

Ejercicios de aprendizaje respiratorio:

- Distinción de formas anómalas de respiración

- Control ventilatorio diafragmático

- Disolución de tensiones y estados ansiosos con localización a nivel espigástrico.

- Entrenamiento lúdico relajatorio sirviéndonos de estrategias y técnicas hídri-

co distensivas creadas por y para niños. En los casos que sea necesario, utilizar los métodos de Jacobson y Schultz.

- Inclusión de juegos y vivencias anticipatorio-expresivas de situaciones futuras durante la fase distensiva.

- Asociación terapéutica a otras técnicas: cambio cognitivo, terapia racional emotiva, terapia sistémica (si el caso lo requiere)

- En ciertas formas disfémicas utilizaremos el trabajo con el ordenador y programas interactivos: CD-ROM, lectura, etc., haciendo poner en juego el lenguaje como elemento mediador.

- Sirviéndonos del metrónomo, llevamos a cabo un trabajo sistemático de estructuración rítmica, asociado a la respiración, y que comienza ajustando el ritmo de dicción interno al externo: transcripción de estructuras rítmicas, sílabas, palabras, frases, coordinación gestual.

- Trabajamos la bradilalia (enlentecimiento del ritmo de dicción), asociada a las técnicas de condicionamiento mediante el ordenador.

- Juegos de parafraseos y frases melódicas.

- Utilizamos igualmente técnicas periféricas de feedback sobre la propia marcha del flujo verbal: elevación de cejas por parte del terapeuta (estímulo discriminativo que permite al sujeto llevar a cabo un profundo acto ventilatorio y relajatorio para poder comenzar la dicción de forma pausada); en el diálogo con el disfémico utilizamos también el recurso periférico de retroalimentación bradilálica para que nuestra fonación se convierta en modelo a imitar: trabajo individual frente al espejo.

- Actividades de toma de conciencia en silencio como pausa natural autorreguladora de los procesos de dicción normalizada, todo en un clima de seguridad verbal para el sujeto.

- Apoyándonos en las teorías de tipo audiógeno, que tienen como base común la influencia de retroalimentación auditiva sobre la producción de habla, trabajamos con la técnica de «la voz retardada o el ruido rosa». La actividad consiste en aplicar un aparato provisto de auriculares, micrófono y unidad de procesamiento, para que cuando el sujeto emita cualquier sonido, se establezca un circuito que impida la autoescucha en base a la generación de un ruido que enmascare la propia dicción.

La carencia de retroalimentación auditiva posibilita un mayor margen de autoseguridad y confianza para el sujeto, desapareciendo en muchos casos, la disfemia.

- Dentro de las tecnologías de medida, y para ayudar de forma científica a instaurar y evaluar el proceso de relajación, nos servimos también de Alfasensor y del Relaxómetro.