

ANTECEDENTES HISTÓRICOS. CONCEPCIONES TERMINOLÓGICAS Y METODOLÓGICAS DE LA TARTAMUDEZ.

“ Entonces dijo Moisés a Jehová: ¡Ay Señor! yo no soy hombre de palabras.... porque soy tardo en el habla y torpe de lengua”

Exodo 3 Capítulo 4 versículo 10

Gudelia Fernández Pérez de Alejo.

Profesora Titular. Master en Psicología Educacional de la Universidad de Pedagógica E. J. Varona de Ciudad de la Habana Cuba.

E-mail gudelia.fdez@infomed.sld.cu

Por la complejidad de su estructura, la frecuencia con que aparece y las dificultades que ofrece el tratamiento correctivo, la tartamudez ha llamado la atención de numerosos especialistas desde la antigüedad.

La tartamudez es tan antigua como la civilización misma, suponiéndose por algunos, que apareció al mismo tiempo que el lenguaje articulado. Según la Biblia, el primer tartamudo de que se tiene noticia es Moisés.

En las obras de Plutarco, Vidas Paralelas, en el siglo II de nuestra era, se describe la tartamudez de Demóstenes, célebre orador griego, el cual llenándose la boca de piedrecitas y ejercitando el habla a la orilla del mar, trató de rectificar su lenguaje.

La tartamudez como término ha sufrido variaciones. De manera general, se puede afirmar que se conoce este término en lenguas como: las romanas, germánicas, vascas, célticas, etcétera. Horacio y Cicerón, llamaban “*verba habla*” a la tartamudez y “*balbuce*” al tartamudo. En el latín antiguo, además de este término “*balbus*” con que se designaba al tartamudo, se empleaban también el de “*tara tara*” para la persona que hablaba con dificultad. En la Edad Media, en los países de origen latín, se utilizaba “*balbulizia*” y más tarde en España se empezó a utilizar el término de “tartamudo”.

Los esfuerzos por definirla no han sido exitosos, una vez revisadas definiciones de siglos y autores diferentes resulta común que se limiten a la referencia de elementos

externos, esencialmente a los signos orales, lo que se ilustra a continuación:

E. Fröschels, (1911), conceptualiza la tartamudez, como una neurosis desarrollada a punto de partida de una ruptura y desviación del automatismo de integración del habla, proceso que tiene lugar en los primeros años de la vida.

Van Riper, (1960), alega que es la interrupción del flujo rítmico del habla caracterizado por bloqueos, prolongaciones o repeticiones de palabras, sílabas, sonidos o posturas de la boca, de causa orgánica dada por una "alteración de la sincronía" en el cerebro.

E. Pichón, S. Borel-Maisonny, (1967), exponen que el tartamudeo es un trastorno de la función de realización lingüística, de una "insuficiencia linguoespeculativa" independiente de todo trastorno parético de los músculos del habla o de la inervación de estos.

S. Liapidievski, (1970), definió la tartamudez como la dificultad en la velocidad y el ritmo del habla, condicionadas por trastornos orgánicos y funcionales de la interrelación córtico-subcortical.

J. Perelló, (1973), la denomina disfemia y plantea que es una neurosis de la palabra que se manifiesta en los primeros años de vida, de preferencia en el sexo masculino, defecto de elocución que surge por la repetición de sílabas o la dificultad para pronunciar algunas de ellas, llevando consigo a un paro y espasmo de la fluidez verbal. Utiliza la palabra disfemia para designar la enfermedad y tartamudez para denominar el acto de hablar con paros y repeticiones. Los movimientos asociados, así como los respiratorios y diafragmáticos, no son propiamente la enfermedad, sino síntomas secundarios, que Pichón y Borel-Maisonny llamaron balbismo. Es decir, que la tartamudez junto con la logofobia y el balbismo, son síntomas de la enfermedad Disfemia.

R. Cabanas, (1974), la denomina espasmofemia funcional y precisa que surge como una complicación sobre el tartaleo fisiológico, que es una reacción psicofuncional desarrollada sobre el proceso ininterrumpido de la maduración del habla y puede ser por presiones internas o externas, no es orgánica ni hereditaria, ni congénita sino adquirida, la mayor parte de las veces por una errónea conducta del medio ante una situación fisiológica.

J. Azcoaga, (1981), alteración del ritmo de la emisión oral que quita fluidez, cadencia y limpieza a la dicción. El habla se hace vacilante, entrecortada e interrumpida por repeticiones

y persistencias de sonidos o fonemas que, agregados a un sinnúmero de gestos mímicos y movimientos asociados, conforman el cuadro tan característico de la tartamudez.

E. Figueredo, (1984), es un trastorno de la fluencia verbal a consecuencia de contracciones en los músculos que participan en el acto verbal y los adyacentes, que tiene como rasgo esencial la severa afección de la función comunicativa del lenguaje.

G. Fernández, (1996), trastorno de la fluidez verbal caracterizado por espasmos que bloquean la comunicación oral, acompañado de síntomas orales y psicopatológicos, de naturaleza multicausal.

En estos conceptos se aborda la tartamudez como: trastorno, enfermedad o síndrome, caracterizada por bloqueos, contracciones espasmoideas o espasmos que obedecen a causas de variada índole, según los enfoques de las diferentes escuelas que tratan de explicar la controvertida naturaleza y desarrollo de la tartamudez.

I. 1. TEORIAS ACERCA DEL SURGIMIENTO DE LA TARTAMUDEZ

A lo largo de la historia se han fundamentado disímiles teorías. Nos referiremos a algunas de ellas.

Los primeros criterios acerca del surgimiento de la tartamudez fueron *organicistas*. Los estudiosos de la antigüedad veían en la base de la tartamudez una alteración en la estructura la estructura anatómica del aparato articulatorio, de la "garganta" o de los pulmones. En correspondencia con estos criterios anatómicos, el método más efectivo para superar la tartamudez era la eliminación del defecto "anatómico", mediante una intervención quirúrgica, teoría que desechamos por su limitación respecto al actual enfoque orgánico de la tartamudez que estudia el mecanismo etiopatogénico desde el punto de vista de los desórdenes centrales y no periféricos como aquí se trata.

Posteriormente algunos investigadores expresaron que la tartamudez surgía producto de *un trastorno de la relación existente entre el lenguaje interior y el exterior* (1841), en estos casos se afectaba la conexión entre el pensamiento y la expresión oral. El tartamudo, consideraban ellos, pensaba más rápido de lo que expresaba sus ideas. Esta

teoría absolutizó el aspecto psicológico, sin tener en cuenta otros elementos de cómo se estructura la personalidad.

Las premisas sociales para la iniciación del estudio científico de la tartamudez y su tratamiento maduró en Europa en la segunda mitad del siglo XIX, fundamentalmente en Francia, Alemania, Rusia y el Imperio Austro-Húngaro y a principio del siglo XX se definió el fundamento científico en el cual se basan las teorías contemporáneas acerca del surgimiento y desarrollo de la tartamudez, a partir de las siguientes posiciones:

1. La tartamudez como una neurosis espástica de coordinación, H. Gutzmann, A. Kussmaul, A. Sikorski, entre otros.
2. La tartamudez asociada a alteraciones de carácter psicológico, A. Liebman, D. Nietkachev, A. Florenskaia y otros.
3. La tartamudez como una neurosis, I. P. Pavlov y sus seguidores, M. Seeman, S. Liapidievski.

En el primer grupo, los médicos A. Kussmaul, I. Sikorski y H. Gutzmann, basados en la entonces dominante teoría de la localización de las funciones, trataron de explicar la tartamudez a partir de un *foco patológico en el cerebro y en los centros motores del lenguaje*.

En relación con la localización de la tartamudez H. Gutzmann y A. Sikorski plantearon que podían afectarse diferentes aspectos de los mecanismos centrales del lenguaje. El primero trató de relacionar los descubrimientos producidos en la esfera de la Fisiología y de la Psicología del Lenguaje y sobre esta base propugnó que las estructuras que constituían el centro motor del lenguaje se formaban sólo después del nacimiento, por lo que la vía de intervención se podía realizar a través de la reconstrucción de estos centros (1898), consideraron que el surgimiento de la tartamudez con frecuencia se relacionaba con el período de desarrollo del lenguaje en el niño/a e insistieron en la importancia del tratamiento en la edad infantil.

Estos planteamientos de H. Gutzmann destacan el carácter social del lenguaje, pero no explican la relación entre las particularidades de la estructura de la personalidad en los niños/as y el conjunto de condiciones internas en la patogenia de la tartamudez.

Las investigaciones realizadas sobre la relación entre la sección periférica del analizador motor del lenguaje y los procesos centrales fueron valoradas mecánicamente como *alteraciones del centro o de las vías de asociación o motrices, denominada neurosis espástica de coordinación, como una manifestación de cambios patológicos en la actividad del cerebro.*

En el segundo grupo, los trabajos de A. Liebman y de G. D. Nietkachev constituyeron la consecución lógica de los estudios sobre el problema de la tartamudez. A. Liebman, discípulo de H. Gutzmann, en su trabajo de 1903, determinó como *hiperestesia* al aumento patológico de las sensaciones de los órganos del habla en la tartamudez, estas afirmaciones se correspondían con sus concepciones científicas, al plantear la necesidad de abstraer al tartamudo del proceso del lenguaje, no concentrar su atención en él, lo que dio lugar posteriormente al surgimiento de los métodos diversivos en el tratamiento de la tartamudez.

El método propuesto por A. Liebman fue denominado *psicológico* por su discípulo E. Fröschels, que en 1911 describió el carácter *psicofuncional* de la tartamudez, modificando así el carácter orgánico que le había conferido la escuela alemana, estructurando la *teoría psicofuncional*. A partir de este momento se explica la incidencia en el niño/a de *factores socio ambientales desfavorables*, en el período de automatización e integración ideoverbal, donde aparece generalmente el *tartaleo fisiológico* y, si no se extreman las medidas profilácticas correspondientes a este proceso de carácter transitorio, se puede llegar a instaurar el trastorno del ritmo, que atendido oportunamente no debe desencadenar en una neurosis.

Entre 1909 y 1913 se publicaron los trabajos del psiquiatra G. A. Nietkachev, el cual clasificó la tartamudez en el grupo de las *psiconeurosis*, en cuya base descansa por lo general *el miedo*, surgido la mayor parte de las veces de forma inconsciente en edades tempranas, pero desarrollado posteriormente e introducido poco a poco en la vida espiritual del niño/a y que con el tiempo se produce un desarmónico desarrollo de la personalidad. En 1922 el psiquiatra y neuropatólogo I. Höepfner intentó encontrar una relación entre las concebidas formas de tartamudez: *inicial, en formación y definida, con los mecanismos fisiológicos del cerebro y los procesos psicológicos.*

Höepfner no excluye el papel de la *constitución patológica* en el surgimiento de la tartamudez, aunque utilizó los términos de ataxia y afasia perteneciente a otra entidad nosológica de los trastornos del lenguaje de carácter orgánico, estableció la similitud respecto a que el sujeto cuando reconoce que su lenguaje se interrumpe, reconstruye la estructuración sonora de la palabra y surgen las alteraciones cinestésicas- motrices y acústicas tal como ocurre en las afasias.

A. Liebman, G. A. Nietkachev, I. Höepfner y E. Fröschels, explicaron la necesidad del estudio multilateral del trastorno. Reconocieron la influencia de los *factores psíquicos y su relación con los factores constitucionales*.

El tercer grupo, encabezado por los estudios de I. P. Pavlov sobre la *neurosis* comprendió la tartamudez como una patología del sistema nervioso central sin base orgánica, como una *neurosis de ansiedad, de miedo, entre otros tipos de neurosis*. (I.P.Pavlov, S. Freud, W. Johnson, Van Riper, H. Miasishev, S. Liapidievski).

La teoría de las neurosis de I. P. Pavlov: plantea que la neurosis es resultado de una afección definida de la actividad de la corteza cerebral por tensiones excesivas de los procesos neurodinámicos que provocan la creación de un foco patológico en la corteza que rompe el equilibrio entre ella y la subcorteza y por tanto el control de las zonas corticales respecto a las subcorticales.

Al vincular la tartamudez con esta teoría se refuerza el *carácter psicofuncional* por la ruptura del equilibrio entre corteza y subcorteza, que provocaría alteraciones en el sistema que coordina los movimientos verbales a nivel central para la acción conjunta de los sistemas respiratorio, tonal y articulatorio.

Esta teoría por sí sola no explica el mecanismo etiopatogénico de la tartamudez, para ello resulta necesario definir la interacción de los *factores endógenos y exógenos, la relación entre las causas biológicas, psicológicas y sociales, así como la predisposición hacia el trastorno*.

S. Freud, Coriat y otros, ven el surgimiento de la tartamudez como resultado de conflictos psíquicos que se vierten somáticamente en el habla, constituyendo una neurosis de conversión, insertándose en la *Teoría Psicoanalista*.

Los norteamericanos W. Jhonson y Van Riper, afirman que el miedo a hablar constituye el núcleo del problema, definen el tartamudeo como una *"reacción de evitación anticipatoria, aprehensiva e hipertónica"*.

G. Miasishev (1960) seguidor de esta teoría explicó la tartamudez en la edad temprana y preescolar desde las siguientes posiciones: como una *neurosis reactiva del habla* y como una *tartamudez evolutiva*.

La neurosis reactiva, como una profunda alteración de la actividad nerviosa superior provocada por *sustos, accidentes, shock*, donde el niño/a no logra romper con el cuadro situacional que provocó la neurosis reactiva. Por otra parte, *la tartamudez evolutiva* la cual fue llamada *"neurosis del desarrollo"*, se describe a partir de que la formación de estereotipos patológicos transcurre lentamente en consonancia con las inadecuadas condiciones del medio, tales como *la sobreexcitación, represión, sobreprotección, perfeccionismo de los padres*, lo que se resume en métodos educativos incorrectos.

Otros Criterios

E. Lievina, E. Pichón y B. Maissonny, plantean que en la edad temprana la tartamudez surge a partir de la permanencia del tartaleo fisiológico, aunque en ocasiones puede surgir como resultado del *insuficiente desarrollo ontogénico del lenguaje*. E. Pichón y B. Maissonny explican que en la tartamudez existe una inmadurez, un inacabamiento del lenguaje y que los tartamudos tienen dificultades para formular su pensamiento en el molde del lenguaje, sustento teórico para conformar la *teoría lingüoespeculativa*, plantean que el 50 % de ellos sufrieron retraso de elocución en la primera infancia.

Teoría inhibicionista (Blumes y otros): es consecuencia de la inhibición de la respuesta cotidiana del habla en ciertas situaciones orales, por experiencias traumáticas, en el curso del desarrollo normal del habla en el niño/a pequeño por presiones del medio. La que es reforzada por la denominada "hipótesis de continuidad", en la que la disfluencia normal y la tartamudez temprana surgen, porque de hecho ellas constituyen un proceso de continuidad.

Teoría de la formación de hábitos: la tartamudez es una alteración en la formación de los hábitos que pueden romperse por la sugestión negativa.

En la presente década, Peter Fox y sus colaboradores del Health Science Center la

Universidad de Texas, plantean que las personas tartamudean como consecuencia de una *hiperactividad en el hemisferio derecho del cerebro, y una falta de actividad en el sistema auditivo del hemisferio izquierdo, aseguran que "el tartamudeo es un trastorno que afecta a los sistemas neuronales que se utilizan para hablar"*. El experimento demostró que cuando los tartamudos leen sólo se produce una hiperactividad en el hemisferio derecho de su cerebro, y una falta de actividad en el sistema auditivo del hemisferio izquierdo. Por el contrario cuando leían en compañía de otros, la actividad de su cerebro era perfectamente normal y dejaban de tartamudear. Ellos plantean que intentarán interrumpir el circuito defectuoso del cerebro que hace tartamudear, paralizando temporalmente algunas zonas concretas del cerebro a través de pulsaciones magnéticas. Estas últimas interpretaciones se caracterizan por la existencia de dificultades en el mecanismo de retroalimentación auditiva y la búsqueda de disfunciones orgánicas cerebrales.

Podemos afirmar que en la interpretación del origen y los factores causales de la tartamudez existe una vastísima lista de teorías. Se ha enfocado el problema desde diversos puntos de vista, tales como: malformaciones de los órganos fonadores, anomalías de zonas y funciones cerebrales vinculadas al lenguaje, predisposición hereditaria y factores psicológicos centrados en la influencia de la educación familiar y factores ambientales diversos.

Las teorías psicológicas que destacan el papel de los factores afectivos y relacionales, si bien han significado un aporte valioso al señalar la importancia de la personalidad y su entorno como contexto global sobre el cual se inserta la tartamudez, no resulta suficiente para explicar la compleja causalidad del trastorno. Según J. Azcoaga, (1995: 133), *"se valorizan excesivamente la influencia del medio y la educación y se toma por ordinarias, reacciones que son secundarias a la aparición del problema"*. La existencia de padres neuróticos, cuya conducta ha sido señalada como responsable del trastorno en los hijos, y que también fueron tartamudos en su infancia o lo siguen siendo, la mayor incidencia de tartamudez en determinadas familias, junto a otras alteraciones del lenguaje hacen suponer una *predisposición*, una estructura nerviosa heredada con fallas en algún mecanismo cerebral vinculado con el lenguaje. A pesar de la naturaleza funcional de la tartamudez no se

puede rechazar alguna *disposición orgánica* sobre la que se asiente el síntoma oral y los psicopatológicos con su componente neurótico.

Pudiéramos resumir la diversidad de enfoques en relación con la aparición de la tartamudez del siguiente modo: primero en hipótesis genéticas y somáticas, segundo intentan dar una explicación psicológica del desarrollo y persistencia de la tartamudez y por último, el tercero, el menos estudiado corresponde a una explicación tentativa de integración, describiendo la tartamudez como un fenómeno neuropsicológico, lo que agruparíamos en:

Teorías orgánicas: ven la causa de la tartamudez en la predisposición genética, disfunciones neurológicas y bioquímicas que afectan la sinapsis neuronal. La herencia, las alteraciones del mecanismo de retroalimentación auditivo entre los órganos vocales, oído y cerebro y la lateralidad.

Teorías psicológicas: de base neurótica se relacionan con factores de la personalidad y el ambiente, donde los bloqueos producen la ansiedad y el miedo al fracaso. *Teorías de la neurosis.* alteraciones de la personalidad, emocionales, conducta de sobreprotección, deterioro de las relaciones interpersonales y *las teorías de la ansiedad*, donde se manifiesta la inseguridad y la ansiedad por el habla.

Teorías del aprendizaje: Fundamentadas en la motivación, estímulos y refuerzo, donde el tartamudeo se produce en situaciones desagradables.

Teniendo en cuenta las escuelas fundamentales podemos resumir los diferentes criterios del siguiente modo:

La escuela alemana presupone un origen orgánico en la tartamudez, por la lesión microscópica del S.N, la cual no ha sido encontrada.

La escuela vienesa, la considera un trastorno psicofuncional reaccional, como una respuesta del individuo al medio ambiente.

La escuela rusa, la considera una neurosis, la relaciona con factores de la personalidad y el ambiente, donde los bloqueos producen ansiedad y miedo al fracaso.

La escuela norteamericana, caracteriza la disfemia desde el punto de vista psicológico.

Busca la afectación en los sistemas neuronales que se utilizan al hablar.

Tal diversidad de puntos de vista evidencian que a pesar de ser tan estudiada, continúa

siendo un verdadero problema para la ciencia contemporánea.

¿Qué criterios se han seguido en Cuba?

J. Castellanos (1921) realizó la primera investigación acerca de la incidencia de la tartamudez y el tratamiento en un grupo de escolares de la enseñanza primaria de 564 niño/a, para una frecuencia de 1. 95%, lo cual recoge en su libro "Perturbaciones de la palabra. Corrección de la tartamudez y las dislalias mecánicas", explica los aspectos generales de la tartamudez y el tratamiento correctivo, se refiere a la presencia de espasmos a nivel del aparato articulatorio de fonación y respiración, atribuyó el surgimiento del trastorno a *las condiciones adversas del medio familiar a partir del tartaleo fisiológico*.

R Cabanas, seguidor de la Escuela Viena de Logopedia y Foniatría, en sus inicios, como ya hemos visto, valoró la tartamudez como un *trastorno psicofuncional*, un *epifenómeno reaccional* que se instala en las etapas iniciales de la vida. Posteriormente en 1990 plantea la tartamudez como una *disfunción neurológica*, para sostener su posición el especialista parte de que el *tonus o contracción muscular espasmoidea* del tartamudo constituye el síntoma clave de la afección, alrededor de cuya aparición y arraigo se desarrolla y amplía todo el cuadro sintomático restante: pausas, vacilaciones, repeticiones, embolofrasia, sincinesias, pseudodisneas, etcétera.

R. Cabanas para fundamentar su hipótesis retomó los estudios de Fröschels, (1933), al plantear que el tonus surge como un mecanismo voluntario superior de las repeticiones normales en la expresión verbal e inmadura del niño/a, representando la "única posible reacción lógica" infantil ante la crítica incomprensible del medio, reacción que estaría favorecida por un determinado nivel de sensibilidad predisponente.

Las contracciones espasmoideas, como todo movimiento muscular, lleva implícito, neurofisiológicamente, cada vez que se realiza, el correspondiente mensaje propioceptivo a la corteza cerebral y mediante su repetición y el esfuerzo consiguiente establece registros corticales por la realimentación. En algunos tartamudos severos y en los casos de larga evolución, debido al reforzamiento de esquemas cinestésicos-motrices articulatorios forjados con exceso de tensión muscular durante las experiencias orales anteriores, la proporción de neurogramas anormales que son susceptibles de activarse en un momento dado llega a ser

considerable. Por otra parte, es lógico que su establecimiento se facilitaría más aún respecto a aquellos fonemas que, fisiológicamente se producen con mayor esfuerzo muscular como P, T, K, sobre todo, si están situados en sílabas de acento tónico. Estos fonemas constituyen los llamados sonidos fantasmas por ser los más temidos por los tartamudos, ellos experimentan anticipadamente su tartamudez, sobre el tonus en la movilidad fonarticulatoria previa a la elocución; este concepto está respaldado por las investigaciones de Freeman (1984) y Ushijima (1978). Lo más significativo de los hallazgos de Freeman y Ushijima es lo referente a que aún durante los momentos de expresión normal de los tartamudos, había *actividad electromiográfica anormal* y que esto se producía particularmente en los momentos de silencio acústico que preceden a la articulación.

La activación mayor o menor de los articulemas anormales fue estimulada por factores emocionales como: actuaciones tensionantes de sonidos fantasmas, etc, que provocó primero expectación sensorial silenciosa de dificultades articulatorias espasmoideas y luego, como obligada consecuencia la manifestación verbal de los mismos.

De forma generalizada, los especialistas cubanos se rigen por los criterios de la *escuela vienesa y soviética*.

I.2. ETIOLOGÍA DE LA TARTAMUDEZ.

El tartamudeo comienza, no en la boca del niño, sino en el oído del padre.

Wendell Johnson

La literatura científica dedicada al estudio de la etiopatogenia de la tartamudez es amplia, como ya hemos expresado. La mayoría de los autores coinciden en que una serie de factores en relación directa con las particularidades del desarrollo del lenguaje en el niño/a, pueden dar lugar al surgimiento de la tartamudez lo que se define como la inclinación general hacia el trastorno o la predisposición hacia el trastorno dado por la fase de desarrollo en que se encuentra el niño/a.

¿Qué se entiende por predisposición?

Predisposición, H. Castro, (1990: 42), es el estado de organización del S.N. que se forma a partir de la interrelación de las condiciones congénitas del individuo con la experiencia vivida en su desarrollo histórico y predetermina de forma inconsciente su conducta, emociones, etc.

En el caso de sujetos tartamudos existen determinadas condiciones biológicas predisponentes, que en un período alrededor de los tres años, una de las etapas críticas del desarrollo, están en proceso acelerado de transformación y conforman de forma patológica el mecanismo verbal, por la influencia de situaciones afectivas desfavorables, retraso verbal o debilitamiento somático. Así las reiteraciones fisiológicas típicas del período de disfluencia verbal adquieren un carácter compulsivo y espasmódico se automatizan e instala el trastorno.

El Dr. H. Gregory, Director del Departamento Patología de la Comunicación de la North Western University, siguiendo criterios de Van Riper, describe tres principios básicos en el surgimiento de la tartamudez: *predisposición*, *precipitación* y *mantenimiento*.

La *predisposición* parte de las evidencias detectadas en estudios familiares que indican la presencia de un probable factor genético, diferencias lingüísticas y del funcionamiento hemisférico cerebral. Las variables del medio interactúan con la predisposición hereditaria y dan como resultado un síndrome caracterizado por retardo en la aparición del lenguaje, dificultades articulatorias y tartamudez.

Los factores **precipitantes**, también llamados desencadenantes, son los relacionados con la tensión producida por el medio. Los estudios sobre la interacción niño - padres, han evidenciado estilos de comunicación e interacción personal diferentes entre las familias con niños/as que empiezan a tartamudear y las de niños/as no tartamudos.

El **mantenimiento** depende primordialmente de la estructura psíquica de la persona. Según las características de esta estructura psíquica y dependiendo de la evolución del tratamiento, se hará o no necesario un tratamiento psicológico.

Cabe señalar que el mantenimiento de estas manifestaciones, dependerá no sólo de los factores psicológicos sino de los sociológicos.

Actualmente se ha puesto énfasis en la predisposición hereditaria y factores psicológicos centrados en la influencia de la educación familiar y factores ambientales diversos; en los fenómenos afectivos y en las relaciones familiares distorsionadas, de los conflictos provocados por la privación afectiva y la severidad de una educación perfeccionista.

A continuación describiremos los factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales se interrelacionan entre sí.

Factores biológicos

El desarrollo del cerebro puede afectarse como consecuencia de *infecciones cerebrales*, (meningitis, encefalitis, meningo-encefalitis), *traumas cerebrales* y *trastornos del sistema nervioso central* en el ámbito de diferentes enfermedades infantiles, incluidas las que tienen lugar en el período de formación fetal.

Diferentes daños postnatales, como son los trastornos del régimen alimenticio y los traumas del sistema nervioso central, pueden ser las causas de lesiones del cerebro. Estos daños dan lugar con frecuencia, a diferentes trastornos de la actividad neuropsíquica. En los niños/as se afectan fundamentalmente aquellas funciones que se desarrollan más intensamente en esta etapa, como puede ser el lenguaje.

Las interrupciones en el lenguaje hablado, similares a las que tienen lugar en la tartamudez, pueden surgir en el caso de las *lesiones traumáticas del sistema nervioso central*, en particular, de los centros verbales del cortex cerebral, como un trastorno secundario a distintos tipos de enfermedades orgánicas, (traumas vasculares, infecciones y otros), a lo que N. A. Vlasova y K. F. Bekker denominaron *tartamudez sintomática*, además, puede acompañar a otras patologías del lenguaje de carácter orgánico, (disartria, afasia), al formar parte del cuadro sintomatológico de estos trastornos.

El cuestionamiento del *carácter hereditario de la tartamudez* aparece al realizarse el análisis anamnésico del individuo tartamudo. En muchas ocasiones se observa que en la familia del tartamudo se registran varios casos con diferentes trastornos del lenguaje. Los datos de la literatura mundial al respecto son diversos. Las investigaciones detalladas realizadas por L. S. Ptrak (1972-1975), con 55 alumnos de una escuela especial en Leipzig,

demostró que, el 58,1% tienen familiares cercanos que presentan tartamudez. Esto significa que los niños/as crecen bajo la influencia de los padres, hermanos y hermanas tartamudos. En estos casos no es posible diferenciar las influencias hereditarias de la influencia imitacional. El alto porcentaje de tartamudos con indicios hereditarios nos llevan al criterio de que estos factores pueden manifestarse por medio de la predisposición individual. Si a esta predisposición se le unen factores sociales negativos incluidos, la imitación de los tartamudos de la familia, entonces surge la tartamudez en el niño/a, aunque no siempre sucede obligatoriamente así.

La influencia de la herencia no está todavía probada con certeza, porque faltan los árboles genealógicos de los tartamudos; pero es en general, aceptada. No obstante, hay muchos indicios que inclinan a creer que *la herencia es dominante*. Estudios de gemelos parecen confirmar estos supuestos (Siemens, Hanhart, Wolfsohn, Nadoleczny, Seeman). J. Perelló (1959) comunica numerosos casos de tartamudez en la familia real española del siglo XVI.

En estudios realizados por diferentes autores la influencia de la herencia se manifiesta:

Gutzmann en el 28,6% de los casos, Tromner en el 34%; Mulder y Nadoleczny en el 40%; Seeman en el 33; Wepman y Bryngelson mencionan el 60 ó 70%, el mismo porcentaje fue dado por Bloodstein (1959).

En los estudios anamnésticos de los ascendientes de tartamudos, Seeman encontró frecuentemente una palabra rápida, precipitada y con farfalleo, según él, este lenguaje es debido a un trastorno extrapiramidal en la regulación de la palabra y conduce en la generación siguiente al tartamudo.

Para Broowe, (1932), la tartamudez no se hereda, solo es hereditaria la *inestabilidad nerviosa individual*, que queda latente mientras no haya factores exógenos que la pongan de manifiesto. Marley cree que *puede heredarse una tendencia al tartamudeo*, pero solo se manifiesta si hay factores predisponentes. Samerson encuentra una mayor frecuencia de antecedentes familiares en los disfémicos graves, (57%), que en los ligeros, (14%).

N. A. Krishova, Pichón, J. Ajuriaguerra mantienen con firmeza el criterio de que los *factores hereditarios* encuentran lugar en la etiología de la tartamudez. Según la primera, las formas hereditarias de la tartamudez se registran en el 33,82% de los casos. Pichón asegura que entre el 30 y 31% y Ajuriaguerra en el 53%.

El análisis de la etiología de la tartamudez en cada caso, casi como la definición de la esencia de la tartamudez, exigen del estudio de la personalidad del tartamudo en el ámbito de lo biológico y lo social, de lo individual y lo social. En relación con estos factores es necesario tomar en consideración la predisposición individual en unión con diferentes influencias exógenas.

Factores psicológicos

El trauma psíquico severo tiene lugar, fundamentalmente, a causa de un shock psíquico temporal y fuerte que trae consigo una reacción afectiva; con frecuencia se manifiesta con miedo o susto o sino con un estado de alegría muy evidente. Los niños/as prescolares son más propensos a estos estados que los adultos, porque en ellos es característico una gran excitación emocional y un insuficiente conocimiento de los diferentes fenómenos de la naturaleza, lo que guarda relación con la neurosis reactiva del habla planteada por H. Miasishev (1960 y otros). Asimismo, *las situaciones conflictivas permanentes* las cuales constituyen estados emocionales duraderos que se manifiestan como tensiones psíquicas permanentes, o como situaciones conflictivas cada vez más fortalecidas y sin solución, nuevamente, la alta inestabilidad emocional en estos niños/as así como la insuficiente intelectualización de la percepción del mundo circundante, sientan la base para la aparición de las tensiones y los conflictos. Con frecuencia se evidencian las contradicciones marcadas entre las tendencias individuales y las exigencias sociales. Estas contradicciones pueden observarse en las familias donde existen *dificultades en la dinámica familiar*, cuando el niño/a no se siente protegido, inseguro, vivencia conflictos entre los padres, entre otras, lo cual conlleva a una conducta incorrecta y a reacciones afectivas inadecuadas por parte del niño/a, se crean las condiciones para la tartamudez evolutiva (E. Pichón, Borel-Maisonny y otros).

Dentro de las situaciones conflictivas crónicas encontramos la influencia negativa del medio, conjuntamente con la educación incorrecta del niño/a.

Factores sociales

Szwezyk, (1961), señaló que para comprender la *influencia negativa del medio circundante*, es necesario conocer en cada caso, las condiciones del medio que están influyendo sobre el individuo. En este caso nos referimos fundamentalmente a los niños/as de edad preescolar y escolar que entran necesariamente en interacciones con la sociedad a través de la familia. Esta ejerce una influencia educativa significativa, que inclusive no se ve disminuida cuando el niño/a asiste al círculo infantil, al jardín de la infancia o a la escuela.

Al analizar el papel educativo de la familia es necesario tomar en consideración que existen familias que se integran adecuadamente a la sociedad, con buena dinámica familiar y suficiente nivel de preparación intelectual, otras no reúnen estos requisitos. Indiscutiblemente, las condiciones del hogar influyen en la personalidad del niño/a, tanto en relación con la conducta social, como en el logro de éxitos en la actividad escolar.

Se reconoce que influye negativamente en el desarrollo del niño/a: que se encuentre solo bajo la protección de la madre o del padre, el bajo nivel escolar de los familiares, la insuficiente calificación profesional de los padres, entre otros factores. Múltiples investigaciones de P. Arés realizadas en Cuba así lo corroboran.

En ocasiones los familiares del niño/a, sin conocer las leyes del desarrollo del lenguaje, toman medidas educativas incorrectas. *Ellos no se limitan a la demostración de un lenguaje correcto, también fijan la atención en los errores cometidos en el lenguaje y exigen su corrección a través de todos los ejercicios racionales visibles*, de esta forma, semejante proceso automático, como es el lenguaje, es colocado bajo un control consciente y sobre todo en un momento en que el niño/a no está en condiciones de conscientizar y dirigir correctamente sus articulaciones verbales. Como resultado los niños/as comienzan a sufrir fracasos, tienden a no realizar tales ejercicios y los padres tratan de obligarlo. El dominio del lenguaje por el niño/a se convierte en un problema que se extiende por mucho tiempo, resulta difícil y lo hace sufrir, de aquí que traten de evitar su uso y, en último caso, inclusive, por medio del mutismo.

La fijación de la atención del niño/a en las dificultades presentes en su lenguaje y los intentos por la fuerza de corregirlas, fundamentalmente en el período de los tropiezos fisiológicos, dan lugar al surgimiento de los trastornos del lenguaje, entre ellos a la tartamudez.

Debemos recordar las situaciones frecuentes, en que los padres obligan a los niños/as a que hablen correctamente para demostrar los éxitos de su lenguaje ante familiares y amigos, aquí los motivos son opuestos al caso anterior, pero las consecuencias pueden ser las mismas y en algunos casos aún más peligrosas.

Parece ser, que la etiología de la tartamudez es multifactorial, cada uno de los factores analizados se interrelacionan coherentemente entre sí. No obstante, queda sin dilucidar *por qué es más frecuente en niños que en niñas, por qué aparece generalmente entre los 3 y 5 años, por qué el 80% de los niños/as presentan tartaleo fisiológico y en sólo en algunos se instala la tartamudez.*

I.3. Clasificación y sintomatología de la tartamudez.

El niño vive atormentado aunque sienta deseos de hacerlo, habla lo menos posible, en los estados de gran indignación. Sí no lo curamos, vivirá para llorar y para odiar, en la forma más terrible del lloro y del odio: silenciosamente.

A. Ferreiro

Aunque existen diferentes criterios clasificatorios, expondremos los relacionados con las causas y síntomas de la tartamudez. Los especialistas N. A. Vlassova y K. P. Bekker dividen la tartamudez en *dos grupos*: **al primero** corresponde el trastorno que *surge en la infancia temprana*, cuando la formación del lenguaje no ha culminado aún, a esta *tartamudez* del desarrollo se le denomina *evolutiva*, posee un carácter funcional y se relaciona con tendencias neuróticas.

Al **segundo grupo** corresponde la *tartamudez sintomática*, que aparece como un *trastorno secundario* a distintos tipos de *enfermedades orgánicas*, (traumas vasculares, infecciones y otras). Aunque la tartamudez sintomática es propia de los adultos, en los niños/as puede presentarse producto de una lesión orgánica. En estos casos, la tartamudez aparece acompañando otros trastornos del lenguaje que tienen su origen en lesiones del sistema nervioso central que provocan una inmadurez en el desarrollo de este.

La tartamudez a partir del *síntoma externo fundamental*, el espasmo o contracción espasmoidea se clasifica en:

Clónica: Contracciones de los músculos, breves por su duración y frecuentes por su repetición, se produce una repetición estereotipada de los movimientos en el acto verbal y se manifiestan en el habla como la repetición involuntaria de sonidos o sílabas iniciales de la palabra.

Ejemplo: *pa, pa, pa, paloma.*

Tónica: Se producen por una dilatada y prolongada contracción de los músculos que intervienen en el proceso de producción del habla y se manifiestan en el habla como un alargamiento innecesario en la emisión de determinados sonidos: (surgen fundamentalmente al inicio de la palabra).

Ejemplo: *mmm..... maleta.*

Mixta: Combinación de los espasmos clónicos y tónicos. Son los más frecuentes. Cuando en el proceso de realización del flujo verbal prevalecen las contracciones clónicas, decimos que son *clonotónicas*, y si por el contrario, prevalecen los tónicos, las denominamos *tonoclónicas*.

Sintomatología de la tartamudez.

Inicialmente la tartamudez puede ser de tipo clónica similar a los titubeos del tartaleo fisiológico y posteriormente convertirse en tónica y llegar a ser mixta. Pero con frecuencia puede ser tónica desde el primer momento y pasar a la forma clónica al final del tratamiento. Evidentemente la forma tónica perturba más y con frecuencia se acompañan de sincinesias que son advertidas por el interlocutor y incontrolables por el tartamudo.

A **nivel fonatorio** sucede que si la imposibilidad para hablar se presenta al emitir una vocal seguida de consonante, el impedimento se halla en las cuerdas vocales, que no pueden vibrar por el calambre que en las mismas se produce. En ocasiones la glotis se haya abierta, al mismo tiempo que las cuerdas vocales se mantienen rígidas y alejadas: la corriente de aire pasa sin producir sonido alguno. En los casos más graves, las cuerdas vocales se hallan próximas en el instante de ocurrir el calambre, a la vez que la glotis sufre el espasmo; el aire no puede circular y se produce una sensación de asfixia. Cuando esto ocurre, H. Gutzmann, Touma, Duclory, Harlin, describen que en numerosos casos de tartamudez clónica, la cara del sujeto se congestiona, lo mismo que las venas del cuello, o al fin, tanto esfuerzo restablece el equilibrio y franqueando el obstáculo, se logra emitir la frase.

Durante el bloqueo de tartamudez, la laringe es agitada por movimientos o sacudidas, o por el contrario, queda fijada en una posición extrema. Estos movimientos se caracterizan por una tensión laríngea prefonética con fonación tónica o clónica, emisión ruidosa, explosiva o intermitente de las sílabas o palabras, etc. Es muy frecuente la explosión de la voz, el golpe de glotis, que Seeman consideró como una expresión tónica. La tartamudez de este tipo conduce, a la hiperemia del repliegue vocal y a los nódulos vocales.

A **nivel articulatorio** sucede que los síntomas articulatorios son los más típicos y muy variados en cuanto a formas de presentación. En general, es la articulación de las consonantes /p/, /b/, /f/, /d/ y /k/, que el niño/a pronuncia haciendo un esfuerzo exagerado y provocando, el mismo, el ataque de tartamudez.

Según N. Seeman, la dificultad en articular es más frecuente en consonantes que en vocales, pero en la realidad el 96% de las veces ocurre al principio de sílaba o de palabras.

Cuando ocurre el fenómeno en la emisión de una consonante, el calambre radica en los órganos articulatorios. Si se trata de los sonidos /p/, /m/, por ejemplo, se localiza en los labios: si se manifiesta en el extremo de la lengua, esta no podrá separarse de los incisivos superiores al pronunciar los sonidos /d/, /n/, /t/ y así sucesivamente. *Los espasmos* se producen por la contracción involuntaria de los *músculos del aparato articulatorio, de la fonación y la respiración*, ya sea en un sistema independiente o en más de uno combinado. Por lo regular son más frecuentes las que se producen por la contracción de los músculos del

aparato articulatorio fundamentalmente los labios, la lengua, el velo, y el maxilar inferior. En ocasiones, a la vez que estas se producen, tienen lugar también contracciones musculares en regiones vecinas o cercanas lo que da lugar al surgimiento de *movimientos concomitantes* (guiños, contracción de las aletas nasales de la nariz, de los pómulos, etc.), estos movimientos pueden presentarse en cualquier músculo del cuerpo, se registran con mayor frecuencia en los músculos de la cara, el cuello y las manos, tales como, tos, movimientos de las manos, golpes con los pies,... El niño/a comienza a hablar y mientras habla se le contraen los diferentes músculos o tiene un tics con la cabeza, hombros, guiños, él quiere frenar estos movimientos pero no puede, constituyen *movimientos concomitantes conscientes (voluntarios)*, que se realizan con el objetivo de compensar y/o enmascarar el defecto.

Esta sintomatología no se produce en la misma medida en todos los casos, su intensidad y regularidad está en dependencia de varios factores, sobre todo con quién o con quiénes se ha establecido la comunicación y en qué circunstancias. En el medio familiar comúnmente las manifestaciones son menores. En la intensidad y regularidad de los tropiezos influye también el estado emocional del individuo, angustia, depresión, excitación, ..., y la mayor o menor complejidad de las estructuras verbales que se utilizan: en la medida en que el proceso de elaboración de la frase se complica, se registra con mayor frecuencia los síntomas descritos.

Además de los síntomas expuestos se deben señalar *los trastornos del sistema vegetativos*, vasomotores que se manifiestan en forma de palidez del rostro, sudoraciones excesivas, frías, enrojecimientos y alteración del ritmo respiratorio. Frecuentemente las alteraciones respiratorias de los tartamudos son consideradas, erróneamente, como el trastorno fundamental. Llama la atención en ellos el habla con el aire residual, el gasto inútil de aire, la expulsión prefonatoria de aire y múltiples variaciones.

A *nivel respiratorio*, las investigaciones han demostrado que la respiración en el momento de reposo no se diferencia de la norma y cambia bruscamente en el período preparatorio para el lenguaje. Cuando un niño/a con tartamudez comienza a hablar, la respiración es en forma de inspiración, apareciendo los espasmos. Puede realizar de pronto una inspiración o aparecer el tono y el clono en las interrupciones respiratorias

características. Se observa un trastorno de la respiración verbal al comienzo de las verbalizaciones, con una inspiración sonora y una inspiración corta que no tiene en cuenta la frase.

En estos casos *la respiración presenta dos características:*

- Ü *Inspiración forzada fuera de tiempo*, el niño/a continúa hablando y en ese momento inspira.
- Ü *Espiración forzada*, en un momento determinado expulsa toda la reserva de aire y no puede continuar hablando.

Esta alteración en la respiración es considerada un síntoma del trastorno donde encontramos: intentos de hablar durante la inspiración, desequilibrio entre la respiración torácica y la abdominal, respiración rápida y superficial.

Las investigaciones de N. I. Zhinkin explican estas disfunciones de los órganos de la respiración en casos de tartamudez, para ello, parte de que en el proceso de comunicación se crea un mecanismo verbal determinado para la respiración y como consecuencia, movimientos verbales específicos del diafragma, ya que en el proceso del habla, el diafragma realiza de forma reiterada, movimientos inspiratorios y espiratorios en cada sonido verbal constituyen en realidad los movimientos "articulatorios" del diafragma. Cada elevación y caída del diafragma en el proceso de pronunciación realiza las funciones de regular la energía para la generación del sonido y para la realización silábica del lenguaje.

La hipótesis de N. I. Zhinkin al respecto plantea que es precisamente con la preparación para el lenguaje oral, que se inicia la disfunción del diafragma en la tartamudez, al mismo tiempo, que en las anteriores fases de la generación del enunciado, el diafragma funciona normalmente.

Un cuadro idéntico se produce con la pronunciación en el momento de preparación para el lenguaje, en el tartamudo/a se altera el mecanismo de los sistemas: energético, generador y articulatorio.

Otros síntomas.

El tartamudo/a trata de *enmascarar su trastorno* y para evitar el tartamudeo, cambia las palabras por sinónimos que no tengan el *sonido fóbico*. De estas situaciones, para evitar

ciertos fonemas se *originan paragramatismos, cambios de la sintaxis de la oración, deformación en la construcción de la frase* que puede dar a esta un significado completamente contrario a lo que quiere decir, el acento dinámico está exagerado y la melodía igualmente modificada.

La balbucencia, no es un trastorno de la articulación, es un trastorno del lenguaje muy frecuentemente asociado al tartamudeo. Se encuentra en niños/as que han sido forzados en el plano lingüístico, o que tienen dificultades para formular correctamente el lenguaje; a partir de ello aparecen construcciones ilógicas, los lapsus, las debutaciones expresivas. La palabra se afecta con detenciones inoportunas, repeticiones y falsas sinalefas. El ritmo es sacudido y precipitado.

La *taquilalia* se añade a las dificultades propias de la tartamudez, como factor asociado, particularmente en los que tienen un *ritmo interior desordenado*, en los que no pueden frenar la velocidad del habla o temen detenerse y no poder volver a continuar.

El uso de *embolofrasias*, tales como, "*este que*", "*entonces*" y *muletillas* son frecuentes en el lenguaje del tartamudo, las cuales en alguna medida sirven de apoyo para continuar hablando.

La lectura es mejor en estos casos, disminuyendo los accesos de tartamudez, pero algunas veces lo contrario, cuando es desconocida y se realiza en alta voz. Nadoleczny refiere que un 3,5 % de los tartamudos hablan bastante bien, pero en cambio no pueden leer en voz alta y lo denomina tartamudez de la lectura.

Particularidades de la personalidad del tartamudo.

En la tartamudez se afecta fundamentalmente la función comunicativa del lenguaje y con ello, las relaciones sociales del individuo, aspecto que influyen negativamente en la formación de su personalidad.

En la medida que las relaciones sociales se hacen más complejas desde el punto de vista verbal, y al mismo tiempo, el tartamudo adquiere *conciencia de su defecto*, se

desarrollan en la personalidad del niño/a rasgos negativos que influyen en la formación de la misma.

Los síntomas psíquicos constituyen una parte esencial de las tendencias neuróticas y hacen de ella una afección grave. Se encuentra en todas las fases de la tartamudez. Su intensidad depende de la duración de la afección y de la constitución psíquica del niño/a. Los síntomas psíquicos son para H. Gutzmann, consecuencia de la enfermedad, es decir, secundarios, en cambio Fröschels sostiene que existen desde el principio de la enfermedad y que influyen frecuentemente en su evolución. El primer síntoma y el más llamativo es el *miedo a hablar, la logofobia*, ante determinados fonemas que el sujeto teme pronunciar. Según esta proyección psicodinámica, la tartamudez sería el resultado de factores ambientales capaces de distorsionar el desarrollo de la personalidad y provocar una frustración que se resuelve en muchos casos en un modo de ser tímido e inseguro. Cuando el niño/a es consciente de su desventaja, el temor a la compasión y al ridículo lo hacen temeroso y huraño, y lo llevan a evitar las amistades y las oportunidades que lo expongan a nuevas situaciones traumatizantes. J Azcoaga plantea que se han encontrado entre estos niños/as auténticas neurosis infantiles, especialmente fobias, obsesiones y algunas organizaciones presicóticas. El miedo a hablar hace que el tartamudo fije la atención sobre el mecanismo de la palabra y por lo tanto la expresión del pensamiento se encuentra frenada.

Las investigaciones psicológicas de los niños/as con tartamudez los muestran con una *personalidad inmadura, proclive a la ansiedad y las reacciones neuróticas*, pero también revelan que muchos de estos síntomas se deben a influencias que convergen sobre el habla y surgen como efectos secundarios.

Un porcentaje muy elevado de tartamudos creen que no pueden alcanzar sus metas por causa de su habla (Complejo de Demóstenes). *La logofobia* puede ir ligada a la presencia de ciertas personas que provocan en el tartamudo una verdadera hipersensibilidad. Es una especie de alergia psíquica que produce el acceso por un reflejo condicionado.

Según R. Cabanas, las manifestaciones psíquicas de la tartamudez, son las que más afectan la personalidad del individuo, en el niño/a pequeño de tres años o cuatro años de edad, ya puede verse, en la mayoría de los casos, el establecimiento de una conciencia de su

dificultad, *vivencia que él hace consciente* desde ese momento, actitudes sociales sobre todo de retracción, aunque la variante agresiva es también relativamente común. Comienza a moldearse desde tan temprana edad, una personalidad anormal que es el primer hecho importante a destacar y a tener en cuenta.

La reacción de *retramiento* es la más notable en el niño/a pequeño tartamudo, no sólo es la más común, sino también la que más tempranamente se instala, o impulsada por la incompreensión, ignorancia puede llegar hasta un marcado *negativismo social*, de grandes caracteres.

Autores de la extinta Unión Soviética a partir de los estudios realizados por I. P. Pavlov sobre el mecanismo de las neurosis, ven en su mayoría, las particularidades de la esfera afectiva y los rasgos negativos del carácter del tartamudo/a, como fenómenos secundarios que no están condicionados por la herencia u otras causas endógenas, sino como resultado de un profundo conflicto social que surge como consecuencia de dificultades presentes en el proceso de incorporación del individuo a la vida social. Aunque en casos aislados los trastornos de la personalidad pueden estar dados por causas hereditarias o por insuficiencia del sistema nervioso central, estas no constituyen el mayor número de tartamudos/as.

Entre las particularidades generales de la personalidad del individuo tartamudo se destacan: la timidez, la vacilación, la turbación, la indecisión, la seguridad, la inclinación al autoanálisis, la intranquilidad general, el orgullo falso, el miedo a determinadas personas y sonidos, etc.

Estas particularidades de la personalidad no se manifiestan de igual forma en todos los tartamudos, en unos, si no causa trauma el trastorno verbal, y entran fácilmente en contacto con los que lo rodean, pueden participar en las actividades del colectivo, hacer amistades, ser cariñosos, etc. En otros casos, se evidencian algunos rasgos negativos del carácter y de la esfera afectiva, producto del trastorno: estos niños/as sufren su defecto, pero no lo exteriorizan abiertamente, son amistosos, se sugestionan o autosugestionan con facilidad, temen hablar pero sin llegar a la logofobia, no se cohiben ante las personas, pero fijan los sonidos en los que presentan dificultad. Además, existe un grupo de niños/as

tartamudos en los que la psiquis se encuentra severamente alterada por el defecto verbal, en ellos se manifiestan evidentes cambios en la esfera emocional-afectiva y en el carácter.

La personalidad del niño/a tartamudo adquiere rasgos neuróticos: fobias a personas, sonidos y lugares, timidez, aislamiento, complejo de inferioridad, pesimismo, poca seguridad en sus posibilidades de éxito. En fin, algunos sujetos presentan tendencias neuróticas unidas a predisposiciones constitucionales, la tartamudez no es más que el aspecto dominante del trastorno de la personalidad; aspecto que se agravará por las dificultades de la vida de relación del sujeto. Algunas veces existen conflictos subyacentes más o menos importantes: fobia infantil, enuresis, pesadillas, anorexias, así como una tendencia hacia la impulsividad, la emotividad y la inestabilidad, cuyos inconvenientes se constatarán durante el tratamiento, teniendo cada individuo reacciones diferentes frente a las mismas situaciones, por lo cual, es difícil definir la personalidad particular del tartamudeo, *ya que ningún tartamudo/a se manifiesta de la misma manera.*

Estas particularidades se hacen más o menos manifiestas en dependencia de la existencia o no de una serie de factores, entre los que se destacan, la exigencia social en relación con el lenguaje, por ejemplo: entrada del niño/a a la escuela, donde la vida se hace más colectiva, el lenguaje como medio de enseñanza desempeña el papel fundamental y las relaciones que exigen de un alto nivel de comunicación.

Desde el curso 1990-1991 hasta el 1994-1995, en el Departamento de Logopedia del I.S.P.E.J. Varona se realizó la caracterización multifactorial que comprendió las áreas de: *familia, pedagógica, del lenguaje y psicológica* a 162 escolares tartamudos, 123 de Ciudad de la Habana y 39 de Provincia Habana. Para ello se aplicaron 10 técnicas. Las dificultades fundamentales fueron las siguientes:

Familia

Inadecuada dinámica familiar: conflicto entre los padres, pobre comunicación con los hijos/as, les interrumpen sus actividades y le rectifican incorrectamente la forma de hablar. Alto índice de divorcio entre los padres y madres con doble carga de roles.

Métodos educativos incorrectos: exceso de exigencia de los padres, sobreprotección, agresión física y de palabra (golpes, peleas y castigos corporales). La percepción y ubicación afectiva de los niños/as en su familia no es del todo positiva.

Area pedagógica

Rendimiento escolar, bueno, la asignatura con mayor dificultad la lectura respecto a la fluidez no así en la comprensión lectora.

Lenguaje

Tipos de espasmos: predominio de espasmos mixtos y tónicos básicamente al inicio de las palabras, tanto en vocales como en consonantes, con tipo respiratorio incorrecto, uso de embolofrasias, muletillas y afectación de la respiración durante el habla.

Expresión oral: es buena, con correcta estructuración gramatical y vocabulario acorde a la edad afectada por mayor cantidad de espasmos ante temas desconocidos por el niño/a.

Area psicológica

Conciencia del defecto: se observa conciencia del defecto, ansiedad, conductas impulsivas y de agresividad en algunos niños/as.

Motivaciones, intereses y necesidades: se corresponden con la de los niños/as de estas edades; los juegos, posesión material (tenencia de algo) y felicidad. Dentro de las necesidades está la de hablar bien.

Entre los resultados más significativos de la investigación se señala de forma general una *actitud crítica ante el defecto, niños/as ansiosos*. Las dificultades en la esfera psicológica van a estar estrechamente relacionadas con la disarmónica dinámica familiar. El rendimiento académico es bueno, sólo con dificultad en la fluidez de la lectura como síntoma acompañante de la tartamudez.

I.4 ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN LA TARTAMUDEZ.

Es en mí como una obsesión trabajar con todas las fuerzas por combatir la tartamudez. La he padecido muchos años...

cuánto me ha hecho sufrir desde aquella primera infancia...sigo deseando íntimamente que nadie pase sin remedio por la prueba de no poder hablar. Es horrible en depresiones y angustias.

Dr. Jesús Ordoñez Ancía

Desde los tiempos de Hipócrates, Aristóteles, Galeno y otros, existían descripciones acerca del tratamiento en la tartamudez. Los más conocidos surgen en el siglo XIX a partir de tres enfoques: *utilización de aparatos mecánicos, cirugía y terapia del habla*. Como puede apreciarse la influencia se dirigía esencialmente a la fisiología de los órganos articulatorios.

A partir del año 1827 Thomas Hunt en oposición a este proceder desarrolló un método *de ejercicios articulatorios y respiratorios* y en 1828, el médico Neil Arnott vio la causa de la tartamudez en los espasmos de la glotis para lo cual propuso mantenerla abierta, anteponiendo a cada palabra un *sonido vocálico como e, a y pronunciar las palabras con lentitud*, procedimiento vigente en algunos métodos.

Para Henry Butterfield en 1846 la tartamudez se debía a una posición incorrecta de labios y lengua, que hacían que la laringe se negase a hablar y recomendó un *método de respiración* y un alfabeto ideado para actuar sobre la *concentración de la mente y sobre las cuerdas vocales simultáneamente*. Algunos de estos procedimientos son utilizados en la actualidad y dieron lugar a la creación de los métodos diversivos.

Existen en el tratamiento de la tartamudez los *métodos tradicionales: diversivos y reflexivos* encaminados a disminuir o corregir la tartamudez y los *métodos contemporáneos* con el mismo fin: *combinados, integral y quirúrgico*, en este último aún se experimenta su alcance.

Independientemente de que los métodos se pueden clasificar en tradicionales y contemporáneos todos tienen un denominador común, generalmente tratan el síntoma por desconocerse la verdadera naturaleza del trastorno y esto constituye una limitante.

Actualmente en la diversidad de métodos de trabajos para la corrección de la tartamudez se sigue el *enfoque integral*, el cual incluye la *atención multidisciplinaria* de médicos, psicólogos y logopedas, según requieran las características de la persona con tartamudez.

LOS METODOS TRADICIONALES.

Métodos diversivos: son aquellos que tienen como objetivo *desviar la atención del tartamudo sobre su habla*. Se utiliza el método de la masticación sonora, logorrítmico, hilarante, el canto y el baile. Los representantes de esta corriente son: Liebman, Fröschels, Blöch y sus respectivas escuelas.

Liebman inicia el tratamiento con frases cortas y lecturas que se practican lentamente, prolongando las vocales. El logopeda habla y lee simultáneamente con el niño/a, más tarde su voz se hace cada vez más débil hasta que continúe hablando sólo. Da importancia a hablar libremente primero según un texto y luego sobre un tema dado siempre en alta voz y con los labios abiertos. 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.

Fröschels introdujo el método de masticación del habla, articular con movimientos de masticación lo cual se conoce como el *método de masticación sonora o chewing method*; posteriormente, R.Cabanas asume el método y fundamenta su valor teórico- práctico con el interés de ofrecer aplicaciones terapéuticas en el campo de las alteraciones de la comunicación oral y en específico, en la tartamudez para demostrar su valor, lo fundamenta desde el punto de vista *ontogenético*, al describir la existencia de una función unitaria primaria originada de ambas actividades, explica la posibilidad de que en la fonación "emocional" se produjeran movimientos de masticación que dieron origen al habla articulada.

Desde el punto de vista *anatomofisiológico* señala que los actos de masticar y articular se efectúan utilizando el mismo equipo muscular y la misma red inervatoria que disponen de un mismo centro cortical-motor para dirigir ambos movimientos, todo esto condiciona que *fisiológicamente* existan conexiones entre las dos funciones y que

psicológicamente hay relaciones relativas entre ambas funciones, evidenciadas en situaciones particulares de comidas colectivas, durante las cuales parece surgir un incentivo natural para conversar, fuera y dentro de la masticación, acompañado generalmente por una sensación de agrado. Teniendo en cuenta los criterios de A. R. Luria acerca de las alteraciones motrices del lenguaje, como la afasia motriz aferente o cinestésica, que explica características de esta disfunción de pérdida de los esquemas articulatorios y apraxia bucal, incluida la masticación, puede considerarse que esté de base la dificultad articulatoria. Una vez que se pierde el control cinestésico de los movimientos musculares bucales se pierde igualmente el dominio de la pronunciación.

Desde la arista *sociocultural*, existen evidencias de relación entre ambas funciones en específico en la cultura de la China Antigua, masticar emitiendo algún sonido, se estimaba como reconocimiento a la buena calidad de la comida. Los esquimales comen sonoramente acompañando la masticación con una serie de gruñidos, ruidos y llama la atención que en ellos no se reporta la tartamudez. Los bosgrumanos del Africa Austral hablan con una serie de chasquidos linguodentales y linguopalatales que recuerdan una masticación intensa y saboreadora. Indiscutiblemente, que el desarrollo *sociocultural* y las inherentes modificaciones de la actividad nerviosa superior del hombre a partir del trabajo y el proceso de socialización hicieron desaparecer la unión de los sonidos a la acción de comer, compartida por el hombre con los animales, siendo la *función primaria, la biológica*, para la conservación de la vida y *la segunda*, evolucionó y se desarrolló en el humano, como la capacidad de mayor diferenciación con los animales: *el lenguaje*.

Desde el punto de vista *terapéutico*, se ha demostrado que la masticación sonora aporta una notable mejoría en toda una serie de afectaciones del lenguaje, el habla y la voz, entre las cuales se encuentra la tartamudez. Fröschels propuso que al ejecutar los movimientos de masticación, pronunciar palabras, frases y finalmente recitaciones cortas, pero siempre en alta voz y con los labios abiertos. Luego masticar su idioma, primero con serie números, días de la semana y posteriormente frases simples para terminar la conversación siempre pensar en que debe masticar las palabras. El método descansa sobre la psicoterapia, el tartamudo/a debe reestructurar su personalidad. Desde el punto

vista anatomofisiológico, psicológico, sociocultural y terapéutico, esta teoría sirve de sustento teórico a nuestra propuesta y tiene vigencia en Cuba.

El método hilarante, lo emplea Blöch realizando ejercicios a partir de la risa. Comienza con ejercicios de relajación, seguidos de respiratorios y finalmente 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.

Otros métodos dan importancia terapéutica a *la música, el canto y al lenguaje rítmico*, son empleados por varios autores, que en general son, maestros de canto o poseen conocimientos musicales (Sorift, 1919, Essen, 1939, Gleesen, 1956, Taubitz, 1966, Vlasova, 1966), se caracterizan por: ejercicios respiratorios con emisión vocálica y de frases con ritmo melódico ascendente y descendentes, marcar la curva melódica, el baile, el canto, poesía con aumento de complejidad de ritmos, primero leída y luego recitada.

Los métodos diversivos son muy criticados por algunos especialistas porque no ponen énfasis en la conciencia del defecto que tiene el tartamudo, no obstante, en los casos de tartamudez inicial donde aún no se ha estabilizado el trastorno y generalmente es la familia la que a través de las orientaciones que recibe del especialista atiende al niño/a; estos métodos, por los procedimientos que emplea, son los idóneos y tienen un extraordinario valor en los prescolares con tartamudez y en las etapas iniciales de trabajo en escolares con altos niveles de ansiedad por el trastorno.

Los métodos reflexivos tienden al aprendizaje analítico del proceso del lenguaje, como objetivo, *centran la atención en el habla del niños/as*, se trabaja la reeducación respiratoria, articularia, el ritmo y la entonación del lenguaje así como el desarrollo del pensamiento verbal. Los representantes de esta corriente metodológica son: Chervin, Gutzmann, Fröschels, Stein, Seemann y sus respectivas escuelas.

El método Gutzmann se basa en el desplazamiento de la atención a los movimientos articulatorios utilizados en la fonación. El tratamiento comienza por el

control del aire espirado, a través de ejercicios de soplo y emisión de voz débil y monótona, hasta agotar el flujo respiratorio. En segundo lugar se educa la intensidad y modulación de la voz, Sólo después del control fonatorio y espiratorio se realiza la articulación, siendo en primera instancia áfonos y posteriormente se articulan sílabas, palabras y frases. Algunos procedimientos de este método se utilizan en la propuesta de intervención que presentaremos, por facilitar el trabajo con la respiración durante el habla y la fluidez del lenguaje.

Fröschels, sobre bases psicológicas y fisiológicas le explica al tartamudo la fisiología del lenguaje, utiliza los ejercicios consistentes en pronunciar tantas sílabas como sea posible sin interrupción, en una sola espiración. Comenzar por los llamados lalo-ejercicios y posteriormente pasar a la repetición de frases y al lenguaje libre.

El método de Stein, el autor lo utiliza dentro de la técnica de regresión lingüística y afectiva a través del llanto, el grito, el balbuceo, todo realizado con un sentido lúdico que permita reencontrar el placer comunicativo infantil, elaboró una terapéutica bio-psicológica recreativa apoyada en sonidos emocionales como reírse y llorar, y no desviar la atención del proceso de articulación, la persona debe imaginarse que se ha vuelto niños/as y empieza a balbucear repitiendo las sílabas, al percatarse que se vuelve ridículo, se esfuerza por hablar correctamente.

Seeman recomienda un tratamiento *psicoterapéutico, pedagógico y medicamentoso* que dio lugar al actual *método integral* de trabajo. El tratamiento pedagógico consta de: ejercicios de respiración, relajación, asociación, lectura y elocución, con el fin de educar la voluntad, aumentar la asimilación y estimular el sistema nervioso vegetativo y que la voz salga tranquila, sin vacilaciones. Da mucho valor a *la lectura*. Este enfoque integral de tratamiento encabeza nuestra propuesta de trabajo, utilizando *la lectura* con un procedimiento valioso que está muy cerca de la vida escolar de los/las niños/as.

MÉTODOS CONTEMPORANEOS

Los métodos combinados, abogan por un *tratamiento múltiple* donde se combinan objetivos y procedimientos de los métodos anteriores. Se plantea que *los*

tartamudos son diferentes y los tratamientos irregulares, todo eso hace que en la práctica se vayan alternando los métodos o aplicándolo simultáneamente o combinados entre sí, según las características y evolución del sujeto. Los representantes son Kopp, Garde, entre otros.

Kopp plantea tratar los mecanismos del lenguaje y elementos de base, ejercitando los músculos del lenguaje y atendiendo el estado general: la salud física y mental. Desarrollar la respiración costoabdominal y la fonación a través de ejercicios de extensión, variando los niveles tonales y la intensidad, coordinando la respiración y la fonación. La resonancia se trabaja a través de la imitación de voces de animales o personas y la articulación por medio de ejercicios con los músculos articulatorios. Por último la cerebración: el sujeto debe admitir que sufre un trastorno del lenguaje.

Según la concepción de *Garde*, se debe enriquecer la cultura lingüística, el vocabulario y los medios de expresión. El tratamiento foniátrico tiene por finalidad construir una nueva coordinación entre la respiración, fonación y articulación con impulsos mínimos, junto con una completa distensión. El desarrollo lingüístico, planeado por varios autores, se tiene presente en la estrategia propuesta.

Método integral, incluye la *acción multidisciplinaria e integrada* de médicos: neurólogos, pediatras, psiquiatras, psicólogos, maestros, educadoras, logopedas, padres y todo el entorno que rodea al niño/a. Se estructura a partir de la *atención médica, psicoterapéutica, pedagógica, logopédica y de la familia*.

Entre los especialistas fundamentales los médicos, psicoterapeutas y pedagogos, los dos últimos están muy vinculados.

La atención médica está dirigida a estabilizar las funciones del sistema nervioso central, lo cual crea las condiciones para realizar el ulterior trabajo psicoterapéutico y del lenguaje. Se pueden indicar medicamentos específicos para lograr tales efectos: tranquilizantes, vitaminas, anticonvulsivos y anfetaminas.

La atención psicoterapéutica con el fin de ejercer un sistema de influencias positivas sobre la psiquis del individuo, así como el tratamiento a las diversas situaciones que sobre el tartamudo actúan, reeducar el habla y la personalidad del individuo, así

como suprimir el sentimiento de inferioridad que algunos poseen. Se pueden utilizar múltiples formas de psicoterapia: directa e indirecta, técnicas de relajación, etc. sólo depende de las características del sujeto en desarrollo.

La atención logopédica con el objetivo de educar hábitos correctos de comunicación oral, de lenguaje fluido, para lo cual se parte de formas dependientes de lenguaje hasta formas espontáneas. Se incluye el trabajo con la respiración verbal y los aspectos prosódicos del lenguaje.

La influencia del logopeda radica en descubrir las posibilidades del niño/a para hablar correctamente y fijar la atención en los logros obtenidos, o sea:

- Ü Educar hábitos verbales correctos en formas de comunicación verbal, que se hacen paulatinamente más complejos.
- Ü Educar hábitos generales para el establecimiento de la comunicación en las diferentes situaciones de la vida.

Atención de la familia con el fin de modificar factores generadores de posibles dificultades en el niño/a tales como, métodos educativos incorrectos, dinámica familiar inadecuada y sobre todo para que junto con los especialistas se contribuyan a los progresos del niño/a. En la etapa preescolar frente a una tartamudez incipiente o para la prevención de ella, es insoslayable la participación de la familia donde los padres se convierten en el primer estimulador del desarrollo del niño/a, tratando de evitar siempre en él la ansiedad por la comunicación y garantizado un adecuado régimen del día e higiene física, mental y ambiental para el niño/a.

Atención de las educadoras y maestros, dirigida a transmitir seguridad y apoyo al niño/a en las actividades que se desarrollan en la institución escolar, dedicar especial atención en las clases de desarrollo de la lengua materna y lectura de manera que se eviten las frustraciones en el niño/a y disminuya la ansiedad por la comunicación. Los maestros deben conocer qué hacer ante las burlas y vincularse estrechamente con los restantes especialistas para orientar oportunamente a la familia y al niño/a.

El *método integral* es importante, por el conjunto de influencias que se ejercen sobre el niño/a, dirigida a su desarrollo y estabilización del habla correcta con

procedimientos que se corresponden con la edad, particularidades somáticas, psíquicas y ambientales teniendo en cuenta todos los aspectos de su lenguaje y desarrollo general.

Método quirúrgico, con el fin de "*curar*" la tartamudez. Antes, los expertos operaban el cerebro sólo en los casos de graves alteraciones nerviosas. Ahora se plantean la posibilidad de recurrir a intervenciones quirúrgicas que intentan interrumpir el circuito defectuoso del cerebro que provoca el tartamudeo. Este tipo de técnica todavía está en fase experimental.

Otros métodos.

El método norteamericano de la Universidad de Iowa (Johnson, Bryngelson y Van Ripper) resume el enfoque psicológico de sus representantes, tiene como objetivo principal, *enseñar a tartamudear, combatiendo el miedo a hablar* y obteniendo así un mínimo de anormalidad que no interrumpa la fluidez del habla. Un aspecto muy positivo de este método es que se plantea que el sujeto debe sentir que se está trabajando con él y no a pesar de él, es decir, se siguen lineamientos prefijados que tal vez él rechaza pero son necesarios. El método de la práctica negativa creado por Bryngelson (1935) consiste en imitar voluntariamente la tartamudez y los movimientos asociados delante de un espejo, principio que ha dado origen a otros métodos que centran su acción en aprender a tartamudear sin tensión.

Las pautas generales del tratamiento son: suministrar al tartamudo una información esencial sobre su problema; discutir las creencias, actitudes y sensaciones respecto a la forma de hablar; proveer experiencias positivas del habla; modificar sus reacciones indeseables; mejorar la adaptación al medio y sus relaciones interpersonales así como el concepto sobre sí mismo y terminar cuidadosamente la terapéutica.

En esta misma dirección, Peacher y Mussener, Dunlaf (1944) emplean la teoría del proceder, donde *el tartamudo domina voluntariamente los órganos articulatorios*: tartamudear o dejar de hacerlo. Mulder, (1961), recomienda a los logopedas practicar en público para que comprendan las diferentes reacciones de las personas ante la tartamudez. Criterios que se tuvieron en cuenta para la segunda parte de la propuesta experimental de manera que el niño/a aprenda hablar en situaciones cotidianas y

espontáneas de comunicación.

Pichón y Borel-Maisony, (1937), recomiendan un método para los sujetos con un lenguaje formado, *enseñar a amoldar el pensamiento dentro del lenguaje*. Sólo se debe intentar pronunciar una frase cuando la ha formado y construido melódicamente en su mente. No fijarse en su articulación, sino adquirir la costumbre de abandonarla al automatismo, haciendo ejercicios graduados de descripción de objetos, narraciones, recapitulación de lecturas. El método pretende llegar al control automatizado e inconsciente del ritmo de emisión de las palabras y frases. Posteriormente Borel propone la emisión de sílabas sin sentido, con sentido, el control de la velocidad de la articulación, la lectura con pausas arbitrarias, correctas, integración de la melodía, adquisición de ritmos normales de la palabra, ejercicios de concentración de pensamiento y ejercicios de atención de imágenes.

T. Corredera (1946) hace mención *al tratamiento pedagógico*, el cual puede dividirse en *tratamiento ortofónico y tratamiento moral*. El primero se refiere a la coordinación de sistemas musculares involucrados en el lenguaje, para ello se requiere de ejercicios de gimnasia respiratoria, gimnasia vocal y gimnasia articulatoria. En segundo lugar hace alusión al tratamiento moral, elevar la autoestima, la voluntad y confianza del niño/a para disminuir la angustia por el trastorno. Nos parece muy importante que simultáneamente se trabaje el reajuste funcional tanto de los sistemas que intervienen en la comunicación como el canal emotivo y los síntomas psicopatológicos que acompañan al trastorno. Aspectos que consideramos importantes y los retomamos en nuestra propuesta.

El método *Le Huche, (1971)*, destinado para adolescentes y adultos compara el comportamiento físico y mental del tartamudo, en el momento de hablar, con el comportamiento de un individuo no disfémico, en la misma situación, ya que con frecuencia, el tartamudo tiene sobre la palabra normal una idea muy alejada de la realidad. Según Le Huche la terapia debe ir dirigida a *resolver los problemas de la personalidad del tartamudo y aprender a vivir en el mundo con otras personas*. La tartamudez, aclara Le Huche, puede abordarse en tres niveles:

Nivel sintomático: los fenómenos superficiales tales como repeticiones de sílabas, inhibiciones y fenómenos asociados: movimientos involuntarios y manifestaciones neurovegetativas.

Plano intermedio: permite explicar los fenómenos superficiales en el nivel sintomático y el modo con que se articulan con las informaciones relativas al plano profundo.

En este plano aparecen cuatro errores fundamentales en la palabra del tartamudo tales como: inversión del reflejo normal de "aflojamiento" ante las dificultades de la palabra; pérdida del carácter espontáneo de la palabra; pérdida del comportamiento tranquilizador y pérdida de la posibilidad de apoyarse sobre la palabra del interlocutor.

Nivel más profundo: describe los factores psicológicos; factores constitucionales y factores neuropsicológicos.

J. Perelló, (1989), refiere que es absurdo establecer un método exclusivo pues se dirigen más a eliminar el síntoma de tartamudez que a curar la enfermedad disfémica y deben emplearse aquellos considerados más adecuados a cada caso. Indica un tratamiento general con el objetivo de mejorar las condiciones somáticas y nerviosas, procurar un sueño tranquilo y prolongado, influir en la voluntad, el carácter, la respiración a través de ejercicios gimnásticos y la práctica de deportes. La terapéutica foniátrica se realiza con el objetivo de proporcionar un lenguaje exteriormente correcto, ejercitando el aparato de la fonación para que el sujeto aprenda a hacerlo espontáneamente. Criterios que compartimos plenamente ya que se sigue un *enfoque individualizado*.

El método de *I. G. Vigotskaia, (1990)* y otros utiliza el juego como actividad fundamental para los niños y a través de este se realiza la labor correctiva, recomendable para niños preescolares y escolares menores. Indica ejercicios de relajación para la tensión muscular y emocional, realizados en forma de juego y acompañados de frases rítmicas; régimen de silencio relativo, que incluye actividades lúdicas sedentarias; ejercitación de la respiración verbal si es necesario; comunicación con frases cortas y enseñanza de la técnica verbal correcta; activación del lenguaje desplegado, entrenando los hábitos verbales correctos y ampliando el volumen de expresión; el empleo de muñecos y otros juguetes para motivar los niños/as y canalizar la intranquilidad, lo que contribuye a la normalización del

lenguaje, representaciones y juego de roles; estos se vinculan con el empleo de juegos dramatizados, donde los niños/as se transforman de forma creadora, automatizándose el lenguaje correcto y lograr así una comunicación verbal libre, clases conclusivas, aquí se recomienda la organización de fiestas infantiles en las que participan visitantes.

Este método incluye aspectos importantes de nuestra propuesta ya que tiene un componente inicial eminentemente psicológico donde se logra la distensión del niño/a y posteriormente se hace énfasis en el componente logopédico donde se estabiliza el ritmo del lenguaje.

Método de C. Dinville, (1992), sugiere que el tratamiento al sujeto tartamudo incluya diferentes aspectos:

Primero, recomienda 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.

Segundo, incluye técnicas de reeducación en el que sugiere ejercicios de vocalización, pronunciar palabras con el ritmo del metrónomo, ejercicios con frases sencillas. Al disfémico se le da una palabra 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.

Tercero, 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 lenguaje. Estas ayudas psicológicas también ayudan a la familia y al entorno. Propone técnicas ortofónicas, motrices, psicoterapias y el tratamiento medicamentoso.

Método de A. Irwin, (1992), el tratamiento transcurre en dos etapas; la primera consiste en aprender a tartamudear sin tensión, (tartamudear sencillamente); esta etapa es la parte más difícil del aprendizaje. La segunda etapa consiste en acercar más el tartamudeo sencillo al lenguaje normal hasta que resulte totalmente natural.

Método de B. Biain de Touzet, (1996), dirige la acción de intervención

fundamentalmente a la edad temprana, a partir de los 3 años de vida y propone un programa para la prevención, la evaluación y el tratamiento de las disfluencias, siguiendo los criterios del Dr. H. Gregory de la North Western University. Parte de establecer la naturaleza del cuadro y evaluarlo cuidadosamente hasta llegar a un tratamiento individualizado, la evaluación deberá incluir: la historia de la familia, las características del lenguaje, el estudio de la articulación, la observación de la disfluencia, estudio de la coordinación motriz, estudio de las actitudes y un estudio de las variables del medio: forma de interacción de los integrantes de la familia. En su programa, esta autora hace un análisis de cómo realizar el estudio de los signos de disfluencia y los clasifica en típicos, atípicos y con multicomponentes. Considera como *disfluencias típicas* a las que aparecen en el lenguaje normal y que el sujeto deberá reaprender en el tratamiento tales como las vacilaciones, pausas en sílabas, frases, palabras y oraciones, interjecciones, modificación y repetición de frases y silencios en frases y oraciones y las *disfluencias atípicas* a las características de la tartamudez donde se observa un aumento de la tensión verbal, corporal y se producen la repetición de palabras 2, 3 ó menos sin tensión y con tensión variable, prolongaciones y bloqueos de sonidos con aumento de tensión, temblor en labios o maxilar y compromiso corporal global. El programa incluye dos niveles de prevención: *la prevención primaria y secundaria*, a su vez se estructura en un conjunto de pasos.

La *prevención primaria* se dirige a la familia a partir de un perfil familiar de alto riesgo que conforma la base del desencadenamiento de la tartamudez, riesgo que aumenta con la aparición tardía del lenguaje. Si la disfluencia no se acompaña de tensión u otra dificultad, se comienza por modificaciones en el medio antes de intentar intervenir con el niño/a. Se le entrega los padres una guía de trabajo y se vigila de cerca la evolución del niño/a.

La *prevención secundaria* debe realizarse lo más tempranamente posible, luego que el proceso de desarrollo del lenguaje ha comenzado y antes de que las estructuras del lenguaje se consoliden.

La continuidad del comportamiento disfluyente no evidencia que exista una separación brusca entre las disfluencias típicas y las atípicas sino que existe un proceso

continuado que va desde las variables normales de la fluidez hasta la tartamudez. A medida que aumenta la tensión y el número de repeticiones, la disfluencia se hace más atípica y con signos de tensión audible y visible con un compromiso corporal.

ESTRATEGIAS MÁS UTILIZADAS EN CUBA.

Método de R. Cabanas: diseñó el tratamiento para la prevención de la tartamudez y el tratamiento en niños/as, adolescentes y adultos a partir de los criterios de la escuela vienesa de Logopedia y Foniatría. Combinándolo con el método integral de intervención, se realiza el tratamiento en las consultas de los hospitales pediátricos y para adultos, con aproximadamente dos frecuencias mensuales, en dependencia de las características del sujeto.

En la tartamudez inicial, básicamente en prescolares sugiere la terapia distraccional y la orientación a la familia en función de evitar el desarrollo de complicaciones psicológicas. Indica ejercicios funcionales encaminados a facilitar la fluidez oral y el desarrollo del vocabulario. En las etapas más avanzadas y definidas, propias de niños/as mayores, adolescentes y adultos, se recomiendan ejercicios funcionales, la masticación sonora, ejercicios de alargamiento vocálico, la relajación activa verbal, la lectura entre otros, que tienden a restablecer el automatismo oral conjuntamente con la aplicación de variadas formas de psicoterapias.

Método de N. A. Cheveliova: se enmarca dentro de los métodos *diversivos*, se basa en el vínculo de la actividad manual con la verbal y se estructura en el principio de ontogénesis del lenguaje, parte del lenguaje situacional al lenguaje relacionado sin apoyo visual, consta de cinco períodos de trabajo: preparatorio, de lenguaje acompañante, de lenguaje de culminación, de lenguaje de planificación y de lenguaje espontáneo.

Método de N.A. Vlasova y otros, de tipo *diversivos*, se basa en el paso de formas verbales simultáneas y dependientes a expresiones verbales propias donde los esfuerzos para la realización del enunciado son mayores, consta de las siguientes etapas: preparatoria, repetición conjunta, respuestas a preguntas, descripción de láminas, narraciones y lenguaje espontáneo.

Estos métodos los aplican los logopedas que laboran en las escuelas primarias con

una frecuencia de dos veces por semana.

En el MINED, los métodos y procedimientos que más se emplean son los propuestos por la escuela soviética: N. A. Vlassova y N. A. Cheveliova. El MINSAP, se rige por la escuela vienesa a partir del método R.Cabanas.

Especialistas de todo el mundo tratan de encontrar solución a este problema, siguiendo en su gran mayoría la intención de facilitar una comunicación fluida, sin temores, a lo que denominamos **Métodos de facilitación**, G. Fernández, (1996), *dirigidos a la regulación fonorespiratoria, a hablar con ritmo con un lenguaje versátil e individual*. Se nutren de la diversidad de procedimientos existentes, *procedimientos de facilitación sobre el plano psicomotor, perceptivo y emocional* que reajustan los mecanismos que intervienen en la técnica del habla y permiten la interiorización del ritmo corporal y del habla. Para lograr una *comunicación cómoda, sin tensión y espontánea, se ajustan los procedimientos según las características y necesidades del sujeto, lo que le imprime un carácter individualizado, flexible y desarrollador y el especialista se convierte en un facilitador del proceso de aprendizaje del lenguaje fluido*

Por tratarse de un trastorno donde se afecta básicamente *la función comunicativa del lenguaje se privilegia el trabajo en grupo, reconociendo sus beneficios desde el punto de vista afectivo y de la comunicación*. En caso de no superarse el trastorno, al menos lograr que el *sujeto tartamudee con mayor facilidad, atenuando la crítica ante el defecto* y que no llegue jamás a la discapacidad comunicativa. En estos casos, se convenían conjuntamente con el sujeto los recursos que pueden facilitar la comunicación, tales como, hablar despacio, respirar antes de hablar o apoyarse sobre la palabra del interlocutor, entre otros.

I. 5 ESTRATEGIA PSICOPEDAGÓGICA PARA LAS CORRECCION DE LA TARTAMUDEZ EN ESCOLARES QUE ASISTEN A LA ESCUELA GENERAL PRIMARIA.

En el curso 1989 / 90 en la entonces Facultad de Defectología del Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona", se comenzó a investigar la aplicación de la rítmica logopédica como procedimiento de trabajo en escolares tartamudos. De los resultados de

ese trabajo se confeccionó un manual de "Rítmica Logopédica para Escolares Tartamudos", con actividades para la normalización del ritmo del lenguaje, compuesto por oraciones, rimas, adivinanzas, poesías y canciones, relacionadas con los ejes temáticos que se trabajan en el primer ciclo de la enseñanza primaria. El manual orienta el trabajo con la logorrítmica, los pasos metodológicos a seguir con los elementos integradores del ritmo, pulso y acento, en el trabajo no verbal y verbal.

Creadas las condiciones en el *curso 1990 / 91* se realiza un experimento formativo con niños/as de 5 a 7 años. Se controlaron las variables: aplicación del método de N. A. Vlasova, utilización del manual de Rítmica Logopédica. Se seleccionaron los ejes temáticos en correspondencia con el programa de Español y Lectura de los grados y como *variable independiente*: la utilización del procedimiento rítmica logopédica en el grupo experimental.

En la observación de los diferentes tratamientos logopédicos, nos percatamos de que en alguna medida se tenían en cuenta los principios del Proceso Docente Educativo y los específicos de la Logopedia, no obstante, en los colectivos de trabajo existían niños/as con posibilidades reales de pasar a la siguiente etapa del método y sin embargo se mantenían en el mismo colectivo, prolongando así el tiempo de corrección del trastorno y algunos de estos alumnos podían expresarse correctamente en forma espontánea y narrativa, sin encontrarse en el período correspondiente.

En el curso escolar *1991-1992*, tratando de dar respuesta a estas dificultades y a los índices tan bajos de eficiencia en relación con la superación de la tartamudez, nos dimos a la tarea de investigar con un grupo de colaboradores, la caracterización, aplicación y efectividad de los métodos soviéticos de N. A. Cheveliova y N. A. Vlasova, en escuelas primarias del Municipio Plaza y posteriormente en el curso *1993-1994*, en la Escuela Especial para la Educación de Niños/as con Trastornos Severos del Lenguaje del Municipio Arroyo Naranjo, con una muestra de 40 y 20 niños, respectivamente.

Como resultados obtuvimos:

- ü La caracterización se centraba solamente en la afectación de las dificultades del lenguaje oral y escrito.
- ü No se correspondía plenamente la caracterización de los escolares con la selección de las

tareas del tratamiento.

- Û El cumplimiento riguroso de las etapas de los métodos señalados limitaban el trabajo con las formas espontáneas del lenguaje, desaprovechando las potencialidades de desarrollo de los escolares y de la propia actividad.
- Û Todos los niños/as realizaban los mismos procedimientos, no se individualizaban las tareas.
- Û Para algunos niños/as la actividad no resultaba motivante, decaían en la atención y en el resultado de la misma.
- Û No se realizaban ejercicios de normalización de la respiración verbal y las dificultades en la pronunciación debían ser resueltas una vez que el escolar superara la tartamudez.
- Û Fuera de las condiciones del gabinete logopédico los niños/as tartamudeaban con mucha frecuencia.
- Û El maestro del grado no conocía exactamente la conducta a seguir con el niño/a en la clase.
- Û Se orientó a la familia acerca del tratamiento que se realizaba y no siempre se profundizó en aquellos factores que incidían directamente de manera sistemática.
- Û Los niños/as de la escuela especial de lenguaje presentaron estas dificultades, pero se le adicionó la influencia negativa de la imitación.
- Û Estos métodos no fueron muy asimilados por nuestros logopedas.

A partir del análisis de estas dificultades, en el curso 1995-1996, G. Fernández diseñó una estrategia *de facilitación de la fluidez verbal, denominada **estrategia psicopedagógica para la corrección de la tartamudez en escolares que asisten a la enseñanza general primaria*** y se reforzó la caracterización multifactorial: psicológica pedagógica, logopédica y de la familia, comenzando su aplicación en el curso 1995-1996. Dicha estrategia consta de: enfoques y principios, componentes básicos (psicológico y logopédico), etapas y procedimientos de trabajo, así como orientaciones a padres y maestros, que a continuación se describen.

- Û **Enfoque socio histórico-cultural:** el potencial genético-individual en su interacción con las circunstancias ambientales especiales configuran y estructuran la personalidad,

se tiene en cuenta la dialéctica de lo biológico y lo social. Se enfatiza en las potencialidades y la necesidad de estructurar un sistema de influencias positivas para elevar las posibilidades de éxito priorizando las ayudas del adulto como potenciadoras del desarrollo en función de la corrección y/o compensación del trastorno.

- Ü Enfoque ontogenético:** se tienen en cuenta los estadios del desarrollo infantil y los períodos críticos del desarrollo, a partir de su conocimiento se estimula a cada niño/a. Se incorporan los aportes de Vigotski acerca de la unidad y diversidad de dos aspectos fundamentales de la actividad psicológica del hombre: *el pensamiento y el lenguaje*; la génesis del lenguaje interior y las etapas de transición entre éste y las formas externas más complejas y espontáneas. En la propuesta se parte de la estimulación de las formas de lenguaje *más simples* y así paulatinamente hasta las formas *más complejas*. Se trabaja el sistema entonacional, rítmico de las palabras, frases, oraciones en las diferentes formas del lenguaje desde el diálogo hasta el monólogo.
- Ü Estimulación integral:** a partir de la concepción sistémica del desarrollo; de la **unidad de lo afectivo y lo cognitivo y del lenguaje** como instrumento de la actividad psíquica se proyecta la estrategia para escolares tartamudos, lo más *desarrolladora, flexible y armónica* posible. Se potencian primeramente un conjunto de funciones: *relajación psicofísica, respiración, ritmo, percepción, atención*, básicas para el desarrollo del sistema funcional verbal y de la personalidad del niño/a. Se ejercita *el habla, el pensamiento y el control emocional* al sorprender y hacer consciente al niño/a de sus vivencias positivas y negativas.
- Ü Enfoque comunicativo:** se vincula el desarrollo del lenguaje con las posibilidades y condiciones de que disponga el niño/a para asimilar los medios que le brinda la lengua y convertir el lenguaje en el principal instrumento de adquisición de conocimiento y de interacción con las demás. Se sugiere la comunicación desarrolladora, F. González, (1995:46), lo que el autor define como "donde los sujetos implicados promueven motivos específicos hacia el proceso interactivo, lo que implica la capacidad de entrar en un contacto personalizado de profundo valor motivacional y a través de esta motivación compartida, expresar los intereses personales que se integran en el vínculo interactivo.

Destacó además que, *"El crecimiento de la persona en el proceso educativo se caracteriza por el desarrollo de su autoestima, de su seguridad emocional, sus intereses, así como de su capacidad para comunicarse con los otros"*; esto posibilita el establecimiento de diferentes formas de comunicación y fundamenta cuánto puede limitarse la comunicación en casos de tartamudez, así como la interpretación de los niveles de afectación de la crítica ante el defecto, daño de la autoestima y seguridad en sí mismo.

Las técnicas y procedimientos que se seleccionen para la labor correctiva deben motivar e implicar a los niños/as y provocar en ellos la necesidad de hablar y participar activamente en el tratamiento. Las terapias artísticas como vía psicoterapéutica propician la comunicación corporal como verbal, mejoran la regulación de la tensión muscular de los sistemas que intervienen en el habla, crean un estado emocional óptimo, estimulan la desinhibición oral y del movimiento y según el tipo de tratamiento, se eleva o disminuye el tono emocional. En sentido general influyen positivamente en la esfera afectiva, cognoscitiva, sensomotriz así como en la relación del escolar con tartamudez recibiendo beneficios culturales, estéticos, psicológicos y del lenguaje ya que enriquece la cultura lingüística, el vocabulario y los medios de expresión, entre otros. Se establece la relación entre la comunicación y la actividad del escolar. Se plantea que el tratamiento colectivo es la variante idónea para el logro de estos fines aunque no se excluye la forma individual de trabajo.

Ü Enfoque individual: implica utilizar todos los dispositivos de que dispone el niño/a en su personalidad: su historia de vida, sus intereses cognoscitivos, sus motivos, su emocionalidad, involucrando a los propios niños/as del tratamiento colectivo en la creación de las condiciones más favorables para el aprendizaje de un lenguaje fluido e individual, para ello es necesario conocer al niño/a y su entorno, determinar lo que es capaz de hacer por sí solo, con la ayuda de los demás, lo que adquiere de manera independiente y dirigida, precisando las particularidades de su desarrollo psíquico, así como su desarrollo físico. A partir de la caracterización de los niños/as se establecen los niveles de desarrollo de los componentes de la actividad: motivos, necesidades e

intereses y el aspecto operacional, o sea, las estrategias y tácticas que se asumen para la ejecución de las tareas, organización de la actividad teniendo en cuenta las cualidades de la atención, creatividad, la capacidad de trabajo, qué recursos utiliza para hablar mejor y ante que situaciones, entre otros aspectos que pueden favorecer el aprendizaje de un habla fluida e individual. También es importante, prestar atención a las esferas de aprendizaje donde el niño/a se proyecta con más y mejores aprendizajes.

El principio del Proceso Docente- Educativo; *la individualización, diferenciación y respeto a la personalidad del educando*, cobra singular importancia en este trastorno, el cual consiste en organizar la atención a partir de las particularidades psicopedagógicas, logopédicas y del entorno del niño/a. El cumplimiento de este principio se puede lograr tanto en el tratamiento individual como en el colectivo. No todos los niños/as presentan el mismo nivel de crítica ante el defecto, de desarrollo del lenguaje, de relación con el proceso de aprendizaje. La aplicación del principio en la clase logopédica exige del logopeda el conocimiento profundo de las *características individuales de los niños/as, además de maestría pedagógica* para seleccionar los procedimientos de trabajo en relación con las particularidades individuales y hacer la enseñanza *asequible* de manera que los métodos, procedimientos y medios de enseñanza a emplear en la clase logopédica estén en correspondencia con las *características de los niños/as: edad, grado, necesidades, intereses, motivaciones y nivel de afección del trastorno*. El nivel de presentación de los conocimientos y del material debe partir de lo conocido a lo desconocido, de lo concreto a lo abstracto, para facilitarle al niño/a la adquisición de los mismos, evitar las frustraciones y a su vez propiciar su desarrollo. Por otra parte, el principio de la *relación de lo instructivo, educativo y desarrollador* requiere de la *sistematización* del proceso de enseñanza, el cual se debe organizar de manera tal, que el material que se imparte tenga su base en el que ya se domina, y a su vez sirva de base al que se impartirá, además los aspectos a desarrollar deben relacionarse entre sí, siempre que su contenido lo permita.

El *carácter personológico y único* para cada sujeto rige la estrategia para escolares tartamudos, combinando las características de los escolares con el trabajo en el grupo.

Ü **Enfoque ecológico:** para avanzar en la superación de la tartamudez se hace necesario

sanear el medio que rodea al niño/a: familiar o escolar para ello el logopeda debe orientar sistemáticamente a los padres y maestros con vistas a eliminar posibles factores generadores de ansiedad en la comunicación oral y vida del niño/a. Se destaca la importancia de la familia en los niños/as con los primeros síntomas de tartamudez.

Ü **Enfoque multidisciplinario:** tanto en la tartamudez psicofuncional como orgánica en los casos más severos se requiere del concurso de médicos y psicólogos para ajustar la actividad del sistema nervioso así como el estado psíquico, de la familia y el niño/a con el uso de medicamentos y técnicas psicoterapéuticas: psicoterapia racional, sugestiva, terapias artísticas entre otras.

ETAPAS DE LA ESTRATEGIA PSICOPEDAGOGICA PROPUESTA.

PRIMERA: preparar las condiciones para el desarrollo de *habilidades comunicativas y crear un estado emocional óptimo*, con el **objetivo de inhibir los estereotipos inadecuados del habla para el aprendizaje de un ritmo del lenguaje fluido, versátil e individual.** En el hogar se debe organizar el régimen de vida del niño/a y modificar el sistema de relaciones para eliminar o disminuir las situaciones conflictivas y facilitar el proceso de comunicación oral, en esta etapa también se orienta al *maestro*. Predominará el *trabajo grupal* pero dentro de ello lo individual tratando de lograr la identificación entre los miembros del grupo y crear las *aptitudes básicas para el aprendizaje de un ritmo del lenguaje fluido* a través de la **relajación psicofísica, activa verbal y la respiración verbal con elementos de los aspectos rítmicos corporales y del lenguaje.**

SEGUNDA: continuar con los aspectos preparatorios de la etapa anterior con el **objetivo de desarrollar el lenguaje espontáneo expresivo, rítmico y entonado** y trabajar las diferentes formas del lenguaje vinculadas a la actividad de aprendizaje, motivaciones necesidades e intereses del escolar de manera que se *apropie de los recursos* para expresarse adecuadamente. En el hogar se mantendrán los objetivos anteriores y se ayudará al niño/a en la realización de los **ejercicios para el reajuste funcional y verbal** siempre transmitiendo seguridad, apoyo y comprensión. En esta etapa prevalecerá el *trabajo en grupo y la incorporación de escolares no tartamudos al tratamiento, para reforzar los hábitos verbales correctos y sistematizar los logros obtenidos.* La acción correctiva se extenderá a la escuela,

en la participación de actividades escolares que impliquen exhibiciones orales, en el marco del aula, con el apoyo del maestro, el logopeda y de la familia para facilitar el desempeño del niño/a.

Se escogen las **terapias artísticas** como procedimiento o recurso didáctico fundamental, porque crean un estado emocional óptimo y propicia el *trabajo grupal*, e incentiva la *comunicación*, lo que se convierte en un elemento *motivador* y de aprendizaje. La incorporación de niños/as sin trastorno a los **talleres del cuento y la imaginación** constituye otra peculiaridad de esta variante que da rienda suelta a *la imaginación, creatividad, independencia y uso del lenguaje oral y escrito en los niños/as*

COMPONENTES BÁSICOS DE LA ESTRATEGIA PARA ESCOLARES

TARTAMUDOS: PSICOLÓGICO Y LOGOPÉDICO.

En el primero se utilizan *diferentes formas de psicoterapia*: racional, familiar, ludoterapia, las terapias artísticas: pictoterapia, musicoterapia, la narración, dramatizaciones y la hipnosis ligera.

En el segundo se aplica *la relajación activa verbal y el trabajo verbal*: ejercicios respiratorios, de relajación durante el habla y logopédicos, dirigidos a normalizar las características del habla (velocidad, ritmo, entonación).

Etapas de trabajo.

En la primera etapa de trabajo, en el *componente psicológico*, la estrategia para escolares tartamudos va dirigida a *modificar las características psicológicas negativas del niño/a: nivel de crítica ante el defecto, rasgos negativos en la conducta, posibles factores causales*. Se aplican las diferentes formas de psicoterapia, acompañadas de los ejercicios de relajación corporal-segmental y se inicia el trabajo con la respiración verbal y de orientación a padres y maestros.

En el *componente logopédico* se realiza el aprendizaje de la respiración verbal, se prepara al niño/a para la observación de las pausas lingüísticas y fisiológicas en la expresión oral y la lectura. Se aplica la relajación activa verbal, que incluye ejercicios de habla relajada, bradilálica, con prolongación vocálica en palabras y oraciones, lo cual sienta las bases para el

trabajo verbal. Para la instauración del habla correcta, se parte del lenguaje situacional, teniendo en cuenta las vivencias y emociones del niño/a, se trabaja con las frases sencillas y complejas, con apoyo visual u oral, a su vez deben ser entonadas correctamente; se ejercitan los diferentes tipos de oraciones: afirmativas, exclamativas, interrogativas, enfatizando en la curva melódica de la frase. El ritmo de la frase se trabaja a partir del procedimiento, rítmica logopédica con palabras, oraciones, adivinanzas y rimas sencillas. Se recomiendan la utilización de los procedimientos: descripción de láminas y dramatizaciones.

La segunda etapa de trabajo, en el *componente psicológico*, la estrategia de superación del trastorno, varía en dependencia de la evolución del caso, se sugiere utilizar la hipnosis ligera, terapias artísticas, dramatizaciones, ludoterapia, entre otras que propician la forma espontánea del lenguaje. En esta etapa de trabajo, ya el niño/a domina la técnica de relajación psicofísica, activa verbal y respiratoria, por lo que el tiempo de realización de ejercicios de reajuste funcional disminuye.

En el *componente logopédico*, se complejiza el trabajo con la frase, así como el material verbal a utilizar, se priorizan temas y lecturas desconocidas, cuentos infantiles de Herminio Almendros y otros autores cubanos, el ritmo y la entonación, al igual que en la primera etapa de trabajo, se aplica la logorrítmica en rimas y poesías. Se sugieren los siguientes procedimientos para el trabajo verbal: la descripción de láminas, objetos y fenómenos; la lectura y sus variantes: bradilálica o monorrítmica, con pausas arbitrarias, correctas, expresiva y dramatizada, se indica la narración a partir del taller del cuento y la imaginación, donde se combina la técnica de la narración con el dibujo y el niño/a modifica el final del cuento o el cuento completo, acompañándolo con el dibujo, el cual describe de forma oral, pudiendo dramatizar la variante del cuento creado. En este momento deben comenzar las exhibiciones orales. El taller del cuento y la imaginación permite establecer el vínculo entre el procedimiento de la lectura, la descripción del dibujo y la dramatización, pasando del lenguaje escrito al oral, de la forma dialogada a la narrativa, y prepara a los niños/as para la realización de monólogos, los cuales se sugieren que se realicen en tratamientos mixtos (grupo de intervención con niños/as con y sin trastornos), de manera que se facilite la integración del niño/a a la nueva situación del tratamiento, al colectivo

escolar y en específico que desaparezca la inhibición verbal, el temor a hablar en público. Otros procedimientos pueden ser las encomiendas, llamadas telefónicas, el juego "a vocear" entre otros.

La selección de la forma de psicoterapia a aplicar está en relación con la edad, el nivel del defecto y las alteraciones de la esfera emotivo-volitiva. En los escolares hasta tercer grado, mediante la utilización de los diferentes juegos con un material didáctico variado se utiliza la ludoterapia, en el caso de escolares entre 9 y 11 años de edad podemos emplear la psicoterapia racional, la hipnosis ligera y terapias artísticas, entre otras.

Los ejercicios de reajuste funcional propician una disposición psicofuncional favorable que facilita el trabajo con el componente logopédico, porque la relajación psicofísica y activa del habla crean condiciones favorables para la correcta emisión verbal, puesto que se liberan tensiones, eliminan movimientos concomitantes y síntomas respiratorios, una columna espiratoria amplia y un ritmo respiratorio normal para el habla, facilita el trabajo con las pausas respiratorias y psicológicas en la emisión verbal, sientan las bases para el posterior trabajo con el ritmo y la entonación. Generalmente los ejercicios de reajuste funcional inician el tratamiento, aunque en dependencia de las características del caso y la severidad de los síntomas, pueden realizarse en otro momento de la clase logopédica, incluso, en las conclusiones de la misma.

Las características del habla, ritmo y entonación se trabajan conjuntamente con la frase y durante la utilización del material verbal en los diferentes procedimientos del tratamiento. La entonación conjuntamente con el ritmo del lenguaje, cuando se hace corresponder la sílaba con el pulso y el acento prosódico con el acento musical, así como la utilización correcta de las pausas fisiológicas y lingüísticas.

La aplicación de la rítmica logopédica incluye preferentemente el trabajo con oraciones, frases complejas, rimas y poesías, enfatizando el trabajo con el ritmo del lenguaje como forma de adiestramiento rítmico musical y con menos participación de las restantes formas (percusión corporal y práctica instrumental).

Evidentemente **la primera etapa**, a través de sus procedimientos garantiza el trabajo en la segunda etapa, ya que se *inhiben los estereotipos verbales inadecuados*, lo que

contribuye al aprendizaje de un lenguaje fluido, el cual será *altamente ejercitado y desarrollado en el segundo momento o etapa de trabajo*, donde el material verbal incluye oraciones y frases complejas. La selección de procedimientos y medios de enseñanza va dirigida al trabajo con el lenguaje espontáneo, expresivo, rítmico y entonado, con apoyo visual u oral, pero que propicien el lenguaje narrativo, espontáneo.

La aplicación consecuente del **principio de la individualización, diferenciación y respeto a la personalidad del educando**, le da posibilidad al logopeda de seleccionar dentro de los componentes de la estrategia de atención al escolar tartamudo, aquellos procedimientos y sus posibles combinaciones que neutralicen los factores causales y los síntomas que caracterizan el trastorno.

Se recomienda que la forma de organización del tratamiento responda al trabajo en grupo a partir de la formación de grupos de intervención según lo planteado por Calviño, M. 1998:13, "Cuando hablamos de trabajar en y con grupos es claro que nos referimos a grupos de intervención, conformados especialmente o por membresía, o por tarea, o por cualquier otro indicador, para trabajar por un tiempo determinado y en condiciones particulares". Estos grupos facilitan el trabajo psicoterapéutico y la comunicación aunque la estrategia no excluye la forma individual si algún niño/a así lo requiere. La prioridad por la forma grupal en el tratamiento se relaciona con el sentimiento de pertenencia que genera el grupo lo que implica un mayor compromiso con este y favorece las actividades en común. Desde el punto de *vista educativo* el grupo de intervención estimula el desarrollo de sentimientos de colectivismo, camaradería, las relaciones interpersonales e incorpora al grupo a los niños/as inhibidos. El niño al ser valorado lo es frente a sus pares de manera personal y también como un logro grupal, las interrelaciones que se generan dentro del grupo son favorables en la intención correctiva del proceso y se necesita que la exigencia del *logopeda sea leve*, pues son los propios niños los que se criticarán e irán regulando su conducta en función de conseguir los *objetivos grupales*. Desde *el punto de vista correctivo* facilita la selección de las formas de psicoterapia y los procedimientos logopédicos a utilizar tales como: las dramatizaciones, la rítmica logopédica, el taller del cuento y la imaginación, los diálogos, narraciones, entre otros.

Los requisitos para el trabajo en grupo son los siguientes:

1. A partir de la *caracterización individual* buscar una homogeneidad suficiente para lograr una identificación grupal, en lo referido a edad, grado, nivel de desarrollo del lenguaje, características de las dificultades, motivaciones, intereses y potencialidades de los niños/as para formar los colectivos de trabajo, la selección del material verbal de los procedimientos y medios de enseñanza.
2. Procurar un *sentimiento de pertenencia al grupo* y fomentar una atmósfera de tranquilidad, acogida y participación activa entre los niños/as, para actuar eficazmente sobre las potencialidades.
3. La crítica y el apoyo otorgado debe hacerse de manera discreta, poco aparente para los demás.
4. Establecer las reglas para el trabajo en grupo, conservando un mínimo de disciplina, saber escuchar, esperar, mirar al interlocutor cuando se habla y recorrer con la vista al grupo cuando se dirigen a él entre otras que pueden ser negociadas con el colectivo.

La variante individual de tratamiento no se desvalora, sólo se emplea en aquellos casos en que las particularidades psicológicas del niño/a exigen la atención individual (negativismo, rasgos esquizoides, fobias, etc).

Ü *La tarea* debe ser de estricto cumplimiento y los padres deben insistir en la realización de la misma, además de invitarlos a que asistan a observar algunos tratamientos. Ver anexo 21. La duración del tratamiento colectivo debe ser de aproximadamente treinta y cinco a cuarenta minutos, con el siguiente diseño de estructura en las secciones de **la primera etapa** de trabajo: *relajación, respiración, trabajo verbal, valoración, tarea y despedida*. En **la segunda etapa** ya el niño ha aprendido a relajarse, respirar correctamente cuando habla y se dedica la mayor parte del tiempo al *trabajo verbal en sus formas espontáneas*.

Atención al maestro del escolar con tartamudez en la escuela primaria.

Una preocupación para la mayoría de los maestros es la reacción del escolar, a su tartamudez en la clase y la de los restantes niños del grado. Se recomienda:

Hable con el niño/ña y muéstrele su apoyo.

Generalmente es aconsejable que usted hable con el niño en privado. Explíquelo que cuando titubeamos, repetimos, decimos algunos sonidos o nos quedamos trabados en ciertas palabras y que con la práctica mejoramos.

Explíquelo que usted es su maestro y que su tartamudez no le molesta, que quiere que hable para entender la forma cómo se siente, piensa, ha aprendido y lo que le interesa. Hablándole al niño de esta forma puede ayudarlo al saber que usted entiende y acepta su tartamudez. Cuando hable con el niño, emplee un ritmo normal, relajado; escuche con atención lo que el niño dice. Responda a eso y no a su tartamudeo; conserve un contacto visual natural cuando el niño esté hablando y no lo apresure interrumpiéndolo o terminando palabras por él, no hacerle ninguna observación para que hable mejor. No rectificar su lenguaje ni frente a los demás ni cuando está solo y sí destacar aspectos positivos de la personalidad frente a los restantes escolares con naturalidad y sin sobreprotección. No permita que otros lo apresuren o se burlen de él. Propicie su participación en coros infantiles, pantomimas, en los matutinos escolares, no limite sus actividades en actos escolares, busque su verdadero espacio en estas actividades.

Respondiendo preguntas en la clase.

Mientras usted haga preguntas en la clase, puede facilitar ciertas cosas para el niño que tartamudea.

- Ü Inicialmente, hasta que no se adapte a la clase, hágale solo preguntas que puedan ser contestadas con pocas palabras o utilizando parte de la estructura de la pregunta en la respuesta.
- Ü Si va a hacer preguntas a cada niño de la clase, procure que el niño con problemas sea de los primeros en contestar, ya que la tensión y preocupación se incrementarán mientras espera su turno.
- Ü Indíqueles a los alumnos que:
 - a) Tendrán tanto tiempo como requieran para contestar sus preguntas.
 - b) Que usted está interesado en que se tomen su tiempo y piensen sus respuestas, y no sólo contesten rápidamente.

Leyendo en voz alta en clase.

Muchos niños que tartamudean son capaces de realizar lecturas orales en la clase, de manera satisfactoria, especialmente si han podido practicar en la casa. Sin embargo, habrá otros que tartamudean severamente al leer en voz alta y le recomendamos que estos niños lean al unísono con otro niño puesto que mejora la fluidez, trate que algunos niños puedan leer en parejas, para que el niño que tartamudea no se sienta especial, gradualmente ganará seguridad y confianza en sí mismo y podrá llegar a leer por sí solo.

Burlas y bromas

Las burlas pueden ser muy dolorosas para el niño que tartamudea, y deben ser eliminadas tanto como sea factible. Si el niño se ha alterado por las burlas, hable con él. Háglele ver que muchos niños reciben burlas por diversos motivos; dígame que no le preste demasiada atención. Si en particular hay algún grupo de niños que lo molestan habitualmente, hábleles a solas y explíqueles que tartamudear es un problema para ese niño y con las burlas se puede poner peor. Trate de alentar su ayuda; la mayoría querrá la aprobación de su maestro. Castigarlos por sus burlas no ayuda.

Relación maestro, logopeda, familia.

Usted recibirá sistemáticamente las orientaciones del logopeda de la escuela pero a su vez, este especialista necesita retroalimentarse con su ayuda acerca del comportamiento y la conducta verbal que caracteriza al escolar, cuáles son sus aciertos y desaciertos en la clase, en su relación con el colectivo del grado y cómo la familia incorpora las orientaciones recibidas y por tanto, este vínculo es indisoluble porque en esta interacción de acciones el escolar debe emerger de su tartamudeo.

Atención a la familia de escolares con tartamudez que asisten a la escuela primaria.

El hecho de que los padres manifiesten un comportamiento ansioso con respecto a la tartamudez de sus hijos actuará de manera desfavorable en su superación, el no saber que hacer antes situaciones de bloqueo en el lenguaje de su hijo/a, qué conducta seguir ante las frustraciones del niño/a inevitablemente pueden agravar y estabilizar el trastorno, es por ello que la primera recomendación consiste en:

Informar a la familia.

Con un lenguaje claro le explicamos a los padres en qué consiste el trastorno así cómo el tratamiento a seguir, sus objetivos, cómo debe cooperar la familia, cómo enfrentarse a situaciones generadoras de ansiedad y cuál es el papel del maestro y del logopeda en la atención sistemática al niño y a la familia.

Hable con el niño y muéstrele su amor y apoyo.

Su hijo/a se sentirá mejor en un hogar donde sea querido, aceptado y escuchado con tranquilidad, donde se le ofrezca seguridad y aceptación y no existan peleas, gritos, ni insultos. Velará por su adecuada higiene, alimentación y régimen del día que ordenen la actividad diaria del niño/a, tener conciencia de que los desajustes en este sentido influyen en la esfera emocional del niño/a y se pueden incrementar los niveles de ansiedad.

Cómo evitar las situaciones generadoras de ansiedad en el niño.

Haga acopio de paciencia, no realice gestos, exclamaciones o comentarios que puedan dañar al niño/a cuando le falta fluidez al hablar, mantenga una actitud de indiferencia cuando se evidencian estas dificultades y espere el tiempo necesario para su expresión oral, no le llame la atención por su dificultad, no cree situaciones conflictivas con el niño que puedan ocasionarles frustraciones, mantenga un modelo correcto de pronunciación y expresión sin ninguna entonación que de la sensación de corrección al niño. Fortalezca las experiencias positivas del mismo, su autovalidismo y otros éxitos. No le exija expresiones verbales en estado de fatiga o de sueño y no lo someta a un exceso de actividad que pueda perjudicar su desempeño verbal. Se recomienda que el niño/a visite parques y lugares abiertos donde logre relajarse y sensibilizarse con el ritmo pausado de la naturaleza.

Estas y otras recomendaciones serán explicadas por el maestro o el logopeda y en los casos muy necesarios de padres autoritarios, exigentes, preciosistas o con severos conflictos en el hogar se requerirá de la intervención del psicólogo con el fin de modificar las conductas respecto al niño/a.