

## ***INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LOS NIÑOS TARTAMUDOS: RETOS TÉCNICOS Y COMPROMISO ÉTICO PARA LOS ESPECIALISTAS EN AUDICIÓN Y LENGUAJE.***

José Fco. Cervera.

Amparo Ygual.

**Escuela Universitaria de Magisterio EDETANIA  
(Adscrita a la Universitat de Valencia).**

**Publicado en:**

**Edetania, Estudios y propuestas de Educación- Febrero 2002. Páginas 9:35**

### ***RESUMEN***

En este trabajo analizamos las dificultades que supone la intervención educativa que realizan los Maestros de Audición y Lenguaje con niños disfémicos dentro del marco escolar. Intentaremos definir lo que, en nuestra opinión, sería una buena práctica profesional

La complejidad de este trastorno (que implica aspectos de habla y comunicación, aspectos psicológicos y aspectos sociales) supone un verdadero reto técnico para los profesionales. La tartamudez plantea interrogantes que la ciencia no ha podido resolver todavía. Los niños tartamudos padecen las consecuencias de una sociedad que valora las capacidades y castiga las diferencias. El sufrimiento de estos niños puede ser alto o moderado en función, entre otras variables, de cómo la escuela valore las diferencias personales y asuma valores de respeto a todas las personas.

La intervención psicoeducativa debe implicar a varios profesionales e influir en toda la comunidad educativa.

### ***INTRODUCCIÓN***

A pesar de haber acumulado muchos conocimientos durante la segunda mitad de siglo veinte, seguimos sin tener las claves de la tartamudez o disfemia. Cualquiera que se aproxime a la literatura científica podrá percibir una sensación de que, junto a una gran cantidad de datos y conocimientos, falta todavía la comprensión profunda del problema. Probablemente los avances acerca del funcionamiento del cerebro que se avecinan en las próximas décadas proporcionen esa pieza fundamental que haga que encajen todos los datos acumulados y podamos responder sin ningún tipo de ambigüedad a la pregunta clave: ...pero ¿qué es la tartamudez?

La tartamudez comienza siempre en la edad preescolar o en los primeros cursos de la edad escolar. Remite en un pequeño porcentaje de los casos durante la etapa comprendida entre los seis y doce años y continúa durante toda la vida en el resto. La mayoría de niños tartamudos aprenden las consecuencias sociales de la tartamudez en las aulas de primaria. Su sufrimiento puede ser intenso o moderado según la propia personalidad y el comportamiento de profesores y compañeros.

Los Maestros Especialistas en Audición y Lenguaje, junto con los Psicopedagogos, realizan la intervención educativa para afrontar este problema. Tal

intervención es difícil porque carecemos de todas las claves para su comprensión y porque las medidas de tratamiento no consiguen eliminar la tartamudez en muchos casos.

En este trabajo nos proponemos reflexionar sobre cómo debe ser la atención educativa a estos niños en el marco escolar. Para entender la complejidad del problema revisaremos el estado de los conocimientos en algunos aspectos, pero nuestro esfuerzo se centrará en intentar definir la buena práctica profesional en el marco escolar.

## **PREVALENCIA DE LA DISFEMIA**

Aproximadamente un tercio de la población de niños entre los 2,5 y 5 años pasan por un periodo de tartamudeo. En la gran mayoría la tartamudez remitirá sin dejar ningún tipo de huella. A este periodo se le ha venido a llamar “tartamudez fisiológica” o “tartamudez evolutiva”. Ninguno de los nombres es adecuado porque apuntan a conceptos erróneos o todavía no suficientemente aclarados.

No hay un acuerdo entre los autores acerca de la naturaleza y significación de este periodo. Para algunos, este periodo transitorio de tartamudeo no tiene que ver con la tartamudez crónica de edades posteriores. Para otros, la sintomatología evidente del tartamudeo denota que se trata del mismo problema aunque no evolucione en todos los casos de la misma manera.

Un porcentaje amplio de ese tercio de niños (aproximadamente entre el 75% y el 85%) que manifiesta un brote de tartamudez deja de tartamudear espontáneamente en un periodo no superior a los catorce meses. Algunos pueden hacerlo en pocas semanas.

En los casos más leves se puede hacer un diagnóstico diferencial certero basándose en los síntomas (Ver cuadro 1). En esas ocasiones se puede determinar claramente que estamos ante un caso benigno cuya sintomatología desaparecerá en un periodo muy breve de tiempo. En el caso contrario no es posible determinar con absoluta seguridad un pronóstico acerca de la cronificación del problema o de su desaparición. Ante esta situación el especialista debiera realizar un consejo familiar. Casi ningún autor recomienda realizar ningún tipo de intervención (psicológica o logopédica) destinada a mejorar la fluencia.

Cuadro 1.  
DIFERENCIAS ENTRE LA TARTAMUDEZ EVOLUTIVA Y LA DISFEMIA

<b>TARTAMUDEZ EVOLUTIVA</b>	<b>DISFEMIA</b>
Los síntomas de tartamudeo duran entre escasa semanas y algunos meses	Los síntomas duran mas de catorce meses
Inconsciente No reacciona Sin conductas de evitación	Consciente del TTM Reacción emocional Conductas de evitación a personas, situaciones, habla...
No hace fuerza al hablar	fuerza evidente
Repite palabras enteras (“yo, yo, yo) , principalmente palabras función o sintagmas (“mi mamá, mi mamá, es que yo, es que yo”)	Predominan bloqueos-pausa con tensión Alargamientos de vocales Interrumpe cualquier palabra en cualquier sílaba o repite sílabas con tensión (predominantemente iniciales de grupo fónico: Te.....léfono) Repite dos o más veces la misma sílaba (ca, ca, ca..sa)
No realiza movimientos asociados	Movimientos asociados en ojos, cara y cuello

El resto de ese tercio (entre el 25% y el 15%) mantendrá el tartamudeo un periodo superior a 14 meses de duración. Solo un pequeño porcentaje de este grupo se convertirá en adultos tartamudos. Por tanto, un grupo de niños de edad superior a cinco años presenta síntomas de tartamudeo que remiten en algún momento antes de llegar a la juventud o a la edad adulta. Los adultos tartamudos representan menos de un 1% de la población. (ver cuadro 2)

## **INFLUENCIA DEL SEXO Y OTRAS VARIABLES**

Los registros históricos permiten asegurar que ha habido tartamudos en todas las culturas, idiomas y épocas históricas precedentes.

Otra de los datos que conviene tener en cuenta es la distribución desigual por sexos: por cada mujer que la padece se pueden contar 4 o 5 hombres.

Tenemos seguridad de que no influyen ninguna otra variable social (clase social, nivel académico, etc.) y tampoco el nivel de inteligencia (los tartamudos no son ni más ni menos inteligentes que el resto de la población).

Hasta ahora no ha sido posible demostrar ningún perfil psicopatológico en las personas tartamudas. No hay un rasgo de personalidad que los defina y entre ellos se da gran variabilidad en este aspecto.

Los niños tartamudos (y también los adultos) no suelen rechazar la comunicación y los contactos sociales. Su comportamiento dista mucho de las personas con “fobia social”, aunque un pequeñísimo porcentaje solapa estos dos problemas. Los tartamudos sufren las consecuencias sociales de su problema y en ocasiones reaccionan con introversión y cierto aislamiento pero la mayoría quiere relacionarse normalmente con su entorno y lo intenta a pesar de la crueldad y falta de comprensión hacia su problema.

**CUADRO 2**  
**PORCENTAJES DE LA POBLACIÓN QUE MANIFIESTAN ALGÚN PERIODO DE TARTAMUDEO**

<b>66% de la población</b>	Nunca tartamudean.	
<b>33% de la población</b>	Presentan síntomas de tartamudeo entre los 2,5 y los 5 años durante, al menos, un corto periodo.	
	75-85% → remisión espontánea antes de los 14 meses (en ocasiones dura escasas semanas)	<b>15% al 25% de la población</b>
	15% al 25% → remite durante la infancia o adolescencia.	<b>5% al 10% de la población</b>
	<1% → Tartamudez crónica.	<b>&lt;1% de la población</b>

## **CAUSAS DE LA TARTAMUDEZ**

Actualmente se concibe la tartamudez como la interacción compleja entre un componente biológico (la tendencia innata al tartamudeo que padecen algunas personas), un componente psicológico y las consecuencias sociales del problema.

Sobre la existencia del componente orgánico no parece haber grandes dudas. Los trabajos del Departamento Nacional de Salud de Estados Unidos, entre otros, acerca de la herencia parecen ser concluyentes: sabemos que la tendencia al tartamudeo es heredable en un porcentaje muy alto de los casos ( Ambrose N, Cox NJ, Yairi E., 1997).

En las próximas décadas probablemente se confirmarán los descubrimientos sobre el distinto comportamiento cerebral de las personas tartamudas. Se trata de un aspecto complejo que relaciona redes neuronales de la corteza lingüística con redes neuronales que intervienen en la vida emocional. (Foundas, A.L et al. 2001).

Los aspectos psico-sociales son necesarios, tanto para comprender la propia génesis de la tartamudez, como para entender al niño tartamudo, su situación y conducta.

Para explicar la interacción entre los aspectos psicológicos y orgánicos se han desarrollado varios modelos. Uno de ellos es el de Starkweather denominado “teoría de las capacidades y demanda” (Rodríguez Morejón, 2001). Según este modelo, todos nacemos con una determinada capacidad constitucional para hablar fluidamente. Esta capacidad es consecuencia de la herencia en alto porcentaje. Pero la fluidez está condicionada, además, por una serie de demandas internas y externas. Las demandas internas proceden del propio organismo y se refieren tanto a aspectos de desarrollo físico y neurológico como de desarrollo lingüístico y emocional de la persona. Las demandas externas proceden del medio social y de la actividad cotidiana del niño.

Según este modelo podríamos realizar una clasificación en tres grandes grupos:

1. Algunas personas nunca serán tartamudas porque su capacidad constitucional para ser fluente es tan alta que solo llegan a tartamudear ligeramente en determinadas situaciones sociales extremas en las que la demanda de fluidez es extraordinaria y se ven sometidas a un estado emocional intenso. Son las personas “normofluidas” que solo padecen situaciones esporádicas de temblor, farfuleo o tartamudeo en momentos de mucha emoción y con responsabilidad comunicativa muy alta.
2. Otras personas con capacidad constitucional para la fluidez extraordinariamente baja tartamudearán casi siempre ante la más mínima demanda de fluencia como pueda ser hablar tranquilamente en situaciones de estrés muy bajo. Son los casos más graves de tartamudez en los que la persona tartamudea prácticamente siempre que interacciona con cualquiera en cualquier lugar o situación. Corresponden con los niveles 3, 4 y 5 en la escala Wingate (ver cuadro 3). El medio social tiene muy poca importancia en cuanto al origen del problema y su mantenimiento. Sí lo tiene en cuanto al sufrimiento que puede infligir en la persona que tartamudea.
3. En una situación intermedia pueden estar otras personas que solo manifiestan el problema ante situaciones de cierta demanda de fluidez: tartamudean en

situaciones que detectan como peligrosas o de alta responsabilidad comunicativa y no lo hacen en situaciones que no les suponen ninguna responsabilidad. Se trata de los casos que se pueden clasificar como nivel 1 y 2 en la escala Wingate (ver cuadro 3). El concepto de responsabilidad comunicativa es muy subjetivo y está influenciado por la propia historia y la forma de almacenar las vivencias. El medio social familiar y escolar tiene una responsabilidad muy alta en estos casos. Para estos niños la demanda social, el tipo de crianza, la actitud de profesores y compañeros puede ser crucial, al menos en los años en los que se escriben las primeras páginas de la historia personal donde anotamos cuáles son los problemas y cómo respondemos a ellos.

**CUADRO 3**  
**CUADRO-GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA TARTAMUDEZ**  
**(M.E. WINGATE)**

EVALUACIÓN GLOBAL	EVALUACIÓN DESCRIPTIVA		
	FRECUENCIA (por palabras habladas)	ESFUERZO	RASGOS SECUNDARIOS
<b>1. Muy ligera</b>	1/100 1%	Ninguna tensión aparente	Ninguno
<b>2. Ligera</b>	1/50 2%	Tensión perceptible, pero con "bloques" superados con facilidad.	Mínimos (ojos abiertos, parpadeos, movimiento de la musculatura facial)
<b>3. Moderada</b>	1/15 7%	Clara identificación de tensión o esfuerzo durante dos segundos (aprox.) de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial
<b>4. Grave</b>	1/7 15%	Clara identificación de tensión o esfuerzo durante dos a cuatro segundos de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial
<b>5. Muy grave</b>	1/4 25%	Esfuerzos considerables; cinco a más segundos de duración; intentos repetidos y consistentes	Actividad muscular enérgica. Facial u otra cualquiera

## **ETAPAS EVOLUTIVAS Y TRATAMIENTO DE LA TARTAMUDEZ**

### **2 a 5 años. Perfil: TTM evolutiva.**

Aunque por esta etapa pasa aproximadamente el 33% de la población la mayoría de estos casos no llegan a detectarse debido a que el periodo de síntomas dura escasas semanas. En ocasiones algunos padres de estos niños sí consultan a los especialistas. Casi siempre es posible detectar a través de los síntomas (ver cuadro 1) si se trata del cuadro evolutivo.

La intervención en los casos de disfemia evolutiva consiste en indicar a los padres que el problema desaparecerá en unos pocos meses y aconsejarles que no presten atención a las disfluencias del niño.

El profesional debe explicar a los padres que si su diagnóstico es acertado los síntomas no suelen durar más de catorce meses. Estadísticamente este diagnóstico corresponde entre el 75% y el 85% de los niños que manifiestan algún periodo de tartamudez, lo que equivale en la población total de niños entre el 15% y el 25%.

### **2 a 5 años. Perfil: DISFEMIA en periodo de establecimiento.**

Usando el mismo perfil diagnóstico que en el caso anterior (cuadro 1) es posible detectar un grupo de niños cuyos síntomas coinciden con el cuadro no evolutivo. Su diagnóstico debiera ser el de “disfemia en periodo de establecimiento”. Sabemos que en un porcentaje de los casos (entre el 15% y el 25%) la tartamudez remitirá. Pero estos niños atravesarán un periodo de su vida donde la comunicación puede verse afectada y el sufrimiento personal y familiar puede ser intenso. Por otra parte, no sabemos distinguir cuando la tartamudez remitirá y cuando se establecerá definitivamente y se mantendrá durante toda la vida.

En cualquiera de estos casos el medio ambiente, sobre todo la familia y la escuela, parecen tener una incidencia importante en la fluidez del niño.

La intervención en estos casos debe pasar por un trabajo serio de asesoramiento a la familia y quizás de una intervención con el niño aunque no directamente en la sintomatología de la disfluencia.

### **Intervención familiar de niños con “Disfemia en periodo de establecimiento”.**

Los estudios parecen demostrar que no existe un tipo de crianza típico de padres de niños tartamudos común a familias de Oriente y Occidente, de clase social alta o baja, en familias estructuradas o no estructuradas, completas o monoparentales, etc.

En nuestra opinión, tampoco contemplamos a los padres de estos niños como personas ansiosas que transmiten ansiedad y estrés además de un mal modelo de habla. La mayoría de los niños tartamudos que vemos en nuestros colegios tienen padres normales que responden emocionalmente a la tartamudez de su hijo y tratan de evitarla corrigiéndole y aconsejándole, pero que transmiten ansiedad y temor al tartamudeo y promueven inconscientemente que su hijo haga maniobras de evitación.

La intervención familiar o “intervención ambientalista” pretende:

1. Introducir cambios en el ambiente para disminuir la demanda y potenciar la fluidez.

2. Trabajar con los padres para que transmitan conductas adecuadas por imitación ante el tartamudeo y eviten las correcciones explícitas e implícitas que originan en el niño maniobras de evitación de la tartamudez.
3. Modificar la respuesta emocional de los padres ante el tartamudeo. Sustituir la visión del niño-sufriente-tartamudo por la de persona que puede realizar en su vida un proyecto pleno superando las dificultades propias del crecimiento personal.

La intervención “ambientalista” en estos casos consiste en trabajar con los padres en dos frentes: su conducta hacia el tartamudeo del hijo y las emociones que este desencadena. Los padres deben saber que los intentos por corregir abiertamente el tartamudeo de su hijo se vuelven en su contra. El niño acumula ansiedad y temor porque aprecia que sus padres no prestan atención a lo que dice sino que están obsesionados y sufren porque él habla mal. Ese niño detecta que “algo tiene que hacer” y comienza maniobras de control o de evitación del habla cargadas de temor y ansiedad. Esas maniobras acaban por complicar el problema y acrecentar las consecuencias psicológicas del tartamudeo.

A los padres tratamos de transmitirles el mensaje de que sus hijos necesitan tiempo para conseguir la fluencia normal del habla. Que su sistema nervioso madura lentamente y está intentando “aprender a controlar el habla”, pero que esto debe ser inconsciente e involuntario. El niño necesita tiempo y tranquilidad para realizar esta conquista. Si transmitimos ansiedad y temor intentará realizar de forma consciente algo que debe hacer de forma inconsciente. Por tanto, la conducta que tratamos de desarrollar en los padres es la de no corregir y prestar atención a lo que dice y no a cómo lo dice. Se trata de no corregir explícita o implícitamente. Algunos adolescentes nos han informado de la sutileza de las miradas rehuídas o de padres que abandonan la habitación o interrumpen la conversación. Tales formas de corregir son terribles y cargan de culpa y sentimientos de impotencia a los niños.

Sin embargo no basta con no corregir. Lo más importante es a la vez lo más difícil: hay que conseguir no reaccionar emocionalmente ante el tartamudeo del niño. Si los ataques de tartamudeo crean en los padres una respuesta emocional intensa, transmiten la angustia al niño, corrijan o no corrijan. Es necesario que los padres racionalicen su vivencia del tartamudeo y aprendan a comprender a su hijo, incluso aceptando su disfemia. Tienen que apreciar y potenciar todo lo bueno y maravilloso que su hijo tiene como persona. Se trata de transmitirle su amor, de aprender a ver en él toda la persona, de comunicar la fe en que la vida puede realizarse con plenitud y no solo imaginar el sufrimiento que la sociedad le puede infligir.

En esta etapa de la vida el niño no es consciente de su tartamudez pero puede llegar a ser consciente del sufrimiento que ella genera en su familia. El libro de Anne Irwin (1994) o el artículo de Rodríguez Morejón (2001) pueden servir como materiales para asesorar a los padres. Añadimos en el **anexo 1 (“Mi hijo se engancha mucho...”)** un escrito que puede servir como introducción para facilitar el trabajo con padres de niños tartamudos.

En los casos en que los padres realmente son un factor de demanda excesiva de fluidez la intervención en el medio familiar suele ser rápida y eficaz. Pero no hay que olvidar que, según nuestra visión actual del problema, puede darse la situación de niños con capacidad constitucional muy baja para la fluencia donde el ambiente prácticamente no influye en la disminución de la tartamudez y nunca llegan a ser fluentes. En el polo opuesto pueden estar niños que dependen de las demandas exteriores para ser fluentes. En estos casos un ambiente negativo (que controla excesivamente a través de las

correcciones y reaccionar emocionalmente ante el tartamudeo) puede ser decisivo para que el niño mantenga un comportamiento de tartamudez y no consiga unos niveles de fluencia que podrían ser accesibles si el medio realizara menos demandas de fluencia. En ambos casos estas medidas contribuyen, al menos, a evitar consecuencias y agravantes psicológicos y sociales de la tartamudez.

### **Intervención “indirecta” (no basada en la fluencia) en niños con “disfemia en periodo de establecimiento”.**

Los niños que tartamudean no son conscientes del hecho hasta los cuatro o cinco años por muy intenso que sea el tartamudeo. Tampoco lo son sus compañeros a los tres años o incluso a los cuatro años. El descubrimiento del tartamudeo es siempre social. Tanto en la propia tartamudez como en la ajena, son los compañeros o la familia los que la hacen notar (...juega con fulanito pero no hables como él porque es “tartamudo” y se engancha al hablar...)

Durante esos años no parece conveniente realizar una intervención basada en evitar los síntomas ya que esto podría acrecentar las demandas de fluencia, resultando contraproducente y aumentando las emociones negativas y las maniobras de evitación. Sin embargo, sí se puede desarrollar una intervención positiva basada en la potenciación de los mecanismos de expresión natural y el placer por el uso expresivo de la comunicación oral.

En líneas generales podría ser beneficiosa cualquier actividad de expresión grupal realizada en un ambiente lúdico, con relaciones humanas satisfactorias y que no sobrecargase la demanda del niño para ser fluente sino que explotase sus recursos expresivos, incluidos los orales. Talleres de expresión corporal y dramática serían adecuados para estos niños si se realizan en las condiciones señaladas.

En esos talleres se puede introducir una terapia que suele ser bastante efectiva. Se trata de desarrollar en el niño formas de hablar diferentes, que responden a patrones prosódicos distintos del habitual. Por ejemplo: podemos aprender una forma de hablar lenta o rápida, con grupos fónicos largos (12 a 16 sílabas) o cortos (6 a 8 sílabas), con duración normal de vocales o con salmodia, etc. El niño imita o crea esas formas de hablar que se asocian a un muñeco. Por ejemplo: desarrollamos una forma de hablar para “el caballo” o “la tortuga”, para “el cantante” o “el capitán”. El niño inventa o imita la forma de hablar de estos personajes desarrollando un dominio sobre aspectos prosódicos de su voz y habla. Estos recursos enriquecen sus capacidades reales de control del habla al tiempo que contribuyen a crear en él mismo una imagen positiva sobre sus facultades vocales, expresivas y de comunicación.

### **6 años o más. Perfil DISFEMIA.**

Cuando los niños acuden al especialista por primera vez con seis o más años suelen presentar ya todos los problemas y consecuencia de la disfemia. Por definirlo con un juego de palabras: “son tartamudos que tienen tartamudez”. Ya se han desencadenado los tres aspectos claves de este problema: el tartamudeo se ha manifestado y establecido, la respuesta psicológica ante él es negativa y empieza a condicionar el sistema de pensamientos y creencias de la persona acerca de sí misma y el rol social ya se está definiendo, aunque todavía son muchas las experiencias que pueden agravar el problema.



Los reparos técnicos hacia la bondad o perversión de las terapias basados en la teoría diagnóstico-genética de Wendall Johnson acerca de la tartamudez (“existe la tartamudez porque se diagnostica socialmente”, Johnson, 1959) ya no intervienen directamente a esta edad. El niño de seis o siete años se reconoce como tartamudo, ya lo ha escuchado muchas veces y ya tienen una larga trayectoria intentando por su cuenta vencer el tartamudeo o escondiéndose de los actos de habla. En estas circunstancias se disipan las dudas acerca de si las terapias pueden causar el problema: el problema ya existe. Las terapias pueden acabar con el problema o no, pueden mitigarlo o aumentarlo, pero no pueden originarlo porque ya ha aflorado con toda su virulencia.

Mientras que los investigadores no aclaren las causas últimas de la tartamudez la postura de todo terapeuta sensato será afrontar el tratamiento de las personas disfémicas desde un punto de vista ecléctico, estudiando uno a uno cada caso, su problemática y sus respuestas a todas y cada una de las herramientas terapéuticas que hoy en día se consideran útiles.

El punto de vista logopédico ha demostrado ser útil en el tratamiento siempre que combine hábilmente dos aspectos del problema de la disfemia: terapia del habla (control del habla) y reestructuración cognitiva. En el caso de los niños la intervención social también es imprescindible.

Fiedler y Standop (1984) lo resumen perfectamente: *“Queremos señalar que el tratamiento de la tartamudez no se agota con la terapéutica de los trastornos de la palabra hablada. El terapeuta ha de convertir en objeto de tratamiento tanto la ampliación del cuadro social de los clientes, como el estímulo de sus facultades - especialmente de índole cognoscitiva- que les posibiliten también a largo plazo, el autocontrol y la propia modificación de la tartamudez”*

En el caso de niños pequeños hay que hacer varias consideraciones importantísimas ya que el tratamiento tiene óptimas oportunidades de tener éxito, siempre que se involucre al medio familiar y social del niño, incluida, claro está, la escuela.

Los grandes objetivos de la terapia se pueden formular de esta manera:

#### TERAPIA DE HABLA:

Conocer cómo puedo acercarme a la forma más fluente de hablar. Los tartamudos adultos saben perfectamente que los síntomas disminuyen o aumentan en función del comportamiento vocal o de la forma de hablar, aunque ese no sea todo el problema.

Tradicionalmente se han aplicado una serie de técnicas para aumentar la fluencia. Se pretendía que el niño aprendiese esas formas de hablar hasta generalizarlas y superar de esa manera el tartamudeo. Actualmente el papel de esas técnicas de fluencia ha variado. No se trata de imitar una forma extraña de hablar sino de descubrir los mecanismos que me hacen ser más fluente o menos fluente. Las técnicas son una forma de conocerme para acercarme a mi propia manera de hablar lo más fluentemente posible. Las técnicas de fluencia también “enseñan” las cosas que no hay que hacer, los errores en los que los tartamudos caen cuando intentan dejar de tartamudear y que todavía aumentan más su tartamudeo.

Es muy importante comprender el papel de estas técnicas por dos motivos: porque realmente tienen una efectividad y pueden hacer disminuir el tartamudeo de forma importante pero también porque si se aplican de forma inadecuada pueden convertirse en un auténtico castigo para el niño o adulto que las practica.

Las claves para una buena práctica con estas técnicas están en comprender que:

1. No buscamos que el tartamudeo desaparezca totalmente. Esto es casi imposible en la mayoría de los casos de forma mantenida y en el habla normal. Si el disfémico fija ese objetivo, con o sin ayuda de su terapeuta, tiene mucho riesgo de fracasar y aumentar así su sentimiento de impotencia, frustración e incluso, culpa.
2. Las técnicas pueden ser una forma de encontrar la forma personal, posible y cómoda de ser más fluente en la mayoría de situaciones. Se trata de usar las técnicas de fluencia para realizar un auto-descubrimiento y no para imitar un patrón de habla externo a la persona.

Las técnicas más habituales se basan en principios fisiológicos como el efecto Lee o el ensordecimiento. Son técnicas antiguas aunque se han transformado y evolucionado mucho. Para comprenderlas bien pueden leerse manuales como los de Santacreu (1991) o Fiedler (1984) pero es necesario un entrenamiento con terapeutas que las conozcan, ya que no son fáciles de aplicar. Las más conocidas son: técnicas de ritmo, de respiración, de control del timing vocal, audición modificada (D.A.F.), ensordecimiento, lectura en sombra, uso de gestos, etc.

## REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La mayor parte de tartamudos adultos afirman que es necesario dejar de luchar por hablar bien para llegar a hablar bien.

La tartamudez afecta negativamente a la estructura de pensamientos de la persona acerca de sí mismo. Cambiar esa forma de pensar es imprescindible para poder llegar a hablar de forma suficientemente fluida.

El objetivo es aceptar el tartamudeo, saber manejarlo limitándolo al mínimo pero nunca aceptar que el tartamudeo anule las posibilidades expresivas, comunicativas y sociales. Tartamudear de forma fluida, “aceptar el tartamudeo pero no la tartamudez” o lo que es lo mismo: sus consecuencias psicológicas y sociales. La primera pregunta que tiene que resolver un tartamudo es la siguiente: ¿hasta dónde estoy dispuesto a dejarme vencer a causa del tartamudeo?

El sistema de pensamiento de la persona tartamuda es influido rápidamente a partir de los seis o siete años. Sin afrontar este problema es imposible que podamos plantear un “tratamiento de la tartamudez”. Normalmente esto supera las capacidades personales de los profesores de Audición y Lenguaje y entra de lleno con una intervención de tipo psicológica. En nuestra opinión no se puede realizar en el marco escolar únicamente intervención logopédica basada en aumentar la fluencia sin atender al aspecto psicológico de la cuestión.

## CONSECUENCIAS SOCIALES

Los niños tartamudos pueden ser ayudados en su fluencia, pero también en los aspectos emocionales y en sus habilidades sociales. Normalmente el tratamiento psicológico incluye estos dos últimos aspectos.

Queremos resaltar las posibilidades de intervención en el medio escolar a través de los profesores tutores y en general de cualquier profesor. La actitud del profesor hacia el niño tartamudo puede ser importante durante los cursos de primaria donde el niño puede acumular mucha frustración y angustia ante unos compañeros desaprensivos, o por el contrario, puede aprender a desarrollar su propia forma de comunicación, al tiempo que configura una personalidad que le permita afrontar el problema del tartamudeo.

Es necesario proporcionar a los profesores la mayor cantidad de información para desmontar muchos de los mitos acerca del tema. Los profesores necesitan saber que el niño tartamudo es un niño normal, que no tiene ningún trastorno de personalidad aunque su conducta está condicionada, en parte, por el problema que padece. Es necesario que adopten actitudes sinceras, haciéndoles saber que conocen su problema, que lo valoran y que están dispuestos a apoyarles dentro de lo que es normal. Las actitudes de ignorar el problema o minimizarlo son nefastas y dañan a los niños. Tampoco se debe subvalorar el problema achacándolo a debilidad o a un carácter pusilánime. Esa fue la actitud de John Wayne en una película en la que de un solo golpe (físico) hace desaparecer la tartamudez de un adolescente. Pero eso solo pasó en una película. La tartamudez no puede vencerse fácilmente solo con el deseo de hacerlo. Están totalmente equivocadas las personas que piensan que el tartamudeo es fácilmente corregible, que “si ellos realmente quisieran podrían...” Un pensamiento así denota simplemente ignorancia. Los profesores que tienen esas creencias o que actúan como si las tuvieran suelen producir un gran daño en los alumnos tartamudos. Normalmente acaban despreciándolos, ignorándolos o sintiéndose agredidos por su presencia.

Los profesores también pueden realizar una gran tarea con la conducta del resto de la clase hacia el niño tartamudo. Los niños deben ser educados en la tolerancia y en la comprensión de las limitaciones personales y ajenas. Deben aprender a valorar a las personas en sí mismas y no tanto en función de sus capacidades sobresalientes. Deben, por supuesto, aceptar normas de respeto mutuo. Son los maestros los que pueden estimular directa, decidida, constante y abiertamente esas normas.

En el **anexo 2 “Tengo un niño en mi clase que se engancha”** ofrecemos un documento que puede servir de reflexión para que los especialistas trabajen este tipo de aspectos sociales con los profesores de niños tartamudos.

## **EL PAPEL DE LOS MAESTROS DE AUDICIÓN Y LENGUAJE ANTE LOS NIÑOS DISFÉMICOS**

Los maestros de Audición y Lenguaje se ocupan de la atención logopédica a niños tartamudos. En el ámbito de la Comunidad Valenciana el marco que regula esta atención es la orden del 16 de julio de 2001 de la Consellería de Cultura y Educación. En ella se dice que:

*“2. Serán de atención preferente en Audición y Lenguaje aquellos alumnos y alumnas que presenten trastornos del lenguaje que afecten gravemente su desarrollo cognoscitivo y sus posibilidades de acceso al currículo, así como los alumnos o alumnas con gran afección en la expresión verbal que dificulte seriamente su habla.*”

3. *La intervención en Audición y Lenguaje se determinará en función de la patología (tal y como aparece a continuación) y de la edad del alumno o alumna (tendrán atención prioritaria los niños o niñas de menor edad), según el orden siguiente de preferencia:*

El orden que se le asigna a los niños tartamudos es el penúltimo puesto junto a niños disfónicos. Además se señala que se atenderá a “*Alumnos y alumnas con disfemia que dificulte gravemente su comunicación*”.

En la práctica real y dada la cantidad de recursos personales disponibles, es muy probable que muchos niños tartamudos no lleguen a ser atendidos, al menos con una intervención directa.

Las siguientes apreciaciones son personales, subjetivas y no generalizables. No todas o todos los maestros de Audición y Lenguaje tienen las mismas prácticas o actitudes. Nuestros comentarios deben tomarse como una reflexión para mejorar algunos aspectos de esa atención y no como una descalificación de un colectivo al que apreciamos y valoramos.

La tartamudez plantea a los especialistas una serie de retos profesionales que otros trastornos del lenguaje y la comunicación no lo hacen.

En primer lugar muchos casos de disfemia son resistentes a la “rehabilitación”, no mejoran con el tiempo o se estancan tras alguna mejoría o incluso producen retrocesos y recidivas.

Los especialistas descubren que al aplicar alguna técnica de fluencia la tartamudez disminuye pero el niño no consigue hablar naturalmente de forma fluida.

El paso del tiempo deja insatisfecho a los terapeutas que plantean la opción tartamudeo cero. Es posible que el terapeuta no sepa qué hacer con estos niños y mantenga entonces una atención trivial que no cambia nada pero que sí puede tener consecuencias negativas en los niños.

La tartamudez exige la colaboración íntima entre los psicopedagogos y los maestros de Audición y Lenguaje. Es necesario formular estrategias de intervención en aspectos cognitivos, emocionales y sociales. En la práctica, esto no es fácil de realizar en la mayoría de los casos.

Algunos especialistas tienden a no proporcionar atención a estos niños con excusas tan vagas como que “no se engancha siempre” (una constante en toda persona tartamuda), o que cuando vienen a “logopedia” habla bien (otra situación frecuente ante interlocutores privilegiados o situaciones de baja responsabilidad comunicativa).

En otras ocasiones el especialista ha “agotado su arsenal terapéutico” y no sabe ya que hacer con estos niños.

Desde nuestro punto de vista estas actitudes pueden plantear situaciones de serio castigo y perjuicio a los niños disfémicos: por un lado ellos mismos llegan a pensar que si no mejoran es porque son incapaces, inferiores o culpables; por otro lado, la familia puede reforzar esas ideas (...vas mucho tiempo a logopedia y no consigues nada...).

Insistimos en que estas situaciones no se dan siempre. Probablemente son las peores que se puedan dar y lo hacen en un porcentaje bajísimo de los casos, pero lo cierto es que las hemos visto en nuestras escuelas.

A nuestro modo de ver los maestros de Audición y Lenguaje y los logopedas debemos replantear algunas cosas acerca de nuestra intervención para poder ayudar realmente a los niños con la máxima dosis de eficacia:

1. Desconocemos cuál es la causa de la tartamudez.
2. Ignoramos por qué algunas niños dejan de tartamudear y otros no.
3. Ignoramos la eficacia real de nuestros tratamientos o de otros tipos de tratamientos.
4. Tenemos que asumir que algunas personas superan el tartamudeo y otras no.
5. La intervención debe abarcar aspectos de fluidez, psicológicos y sociales.
6. La intervención debe incluir a la familia, los tutores y los compañeros de clase, además del propio niño.
7. La tartamudez puede producir un sufrimiento intenso en los niños que la padecen. Incluso en sus formas moderadas o ligeras los niños tartamudos necesitan apoyo y ayuda en los tres aspectos del problema: habla, emocional y social.
8. El objetivo de los tratamientos es disminuir en la medida de lo posible el tartamudeo y evitar las consecuencias negativas en el habla, en la comunicación, en los aspectos emocionales y sociales.
9. El tratamiento debe plantearse qué hacer en los casos en que el niño no supera la tartamudez.
10. No podemos generalizar las metas que cada niño tartamudo debe alcanzar en los tratamientos basados en la fluencia (tratamientos logopédicos). La erradicación total del tartamudeo es posible en algunos casos. En otros, la meta no puede ser esa sino contribuir a disminuirlo para conseguir que el niño acepte su tartamudeo y consiga comunicar eficazmente.

## ***PRÁCTICAS ADECUADAS EN LA INTERVENCIÓN CON NIÑOS DISFÉMICOS EN EL MARCO ESCOLAR.***

Como consecuencia de lo expuesto, podemos definir nuestro concepto de buena práctica en la intervención en el marco escolar.

### A) niños preescolares:

- En la mayoría de los casos es posible determinar si se trata de tartamudez evolutiva. Si es así debemos informar a padres y profesores de la actitud a tener. Si los síntomas persistiesen más de catorce meses tendríamos que replantear el diagnóstico.
- En los casos en que los síntomas descartan la tartamudez evolutiva no podemos determinar si los síntomas desaparecerán espontáneamente o no. Las estadísticas son bastante favorables (ver cuadro 2) pero el diagnóstico individual puede ser difícil. Ante estos casos se propone normalmente una **intervención familiar** que nunca es el simple consejo de una visita, sino un trabajo de apoyo continuado para conseguir cambiar conductas, actitudes, emociones y creencias. También puede aplicarse una **intervención indirecta no basada en la fluencia** que potencia la expresión y la confianza en la comunicación en estos niños.

### B) Niños en educación primaria:

- No se puede minimizar el impacto que tiene la tartamudez en la mayoría de estos niños. Su sufrimiento es considerable y no podemos desatenderlos a causa de las lagunas que la ciencia tiene sobre el tema.
- La intervención debe abarcar el área de la comunicación-habla, de las emociones y los pensamientos y también el área social.
- Los especialistas de Audición y Lenguaje deberán coordinarse con los Psicopedagogos y con el resto de profesores para poder afrontar todos esos aspectos. Normalmente no podrán asumir todos los aspectos del tratamiento.
- Los tratamientos basados en la fluencia deben estar al día en cuanto a recursos técnicos pero deben ser redefinidos. La opción de “tartamudeo cero” no es fácilmente alcanzable para muchos niños. Las técnicas de fluencia deben potenciar las posibilidades comunicativas para que la tartamudez no sea una cárcel que limite al muchacho, pero no podemos pensar que todos pueden erradicarla.
- Es importantísimo dedicar todos los esfuerzos para que los compañeros de los niños tartamudos asuman con naturalidad el problema y no castiguen socialmente a estos niños. El papel de tutores y profesores es fundamental.

## BIBLIOGRAFÍA

Ambrose N, Cox NJ, Yairi E. (1997) **The genetic basis of persistence and recovery in sttutering**. Jornal of Speech and Hearing Reserch 1997; 40: 567-80

Fiedler y Standop (1984). **La tartamudez**. Herder

Foundas, A.L., MD; A.M. Bollich, PhD; D.M. Corey, PhD; M. Hurley, PhD; and K.M. Heilman, MD. (2001). **Anomalous anatomy of speech–language areas in adults with persistent developmental stuttering**. NEUROLOGY 2001;57:207 –215

Irwin, Anne (1994). **La tartamudez de los niños**. Mensajero

J. Santacreu (1991). **Tratamiento de la tartamudez**. Promolibro.

Johnson, W. (1959). **The onset of stuttering**. University of Minnesota Press.

Levy, Celia (1987). **Stuttering therapies: practical approaches**. Croom Helm.

Rodríguez Morejón, A. (2000). **Intervención sobre la tartamudez temprana: criterios para tomar decisiones** Rev. Log. Fon y Aud 2000; XX: 136-150

Rodríguez Morejón, A. (2001). **Intervención sobre la tartamudez temprana** Rev. Log. Fon y Aud 2001; XXI(1): 2-16

Varios autores (1987) **La tartamudez. Actas y comunicaciones**. Amarú

Wall, Meryl J.; Myers, Florence L. (1995). **Clinical management of childhood stuttering**. Proed

## Anexo 1

# TENGO UN NIÑO QUE SE ENGANCHA...

Algunos consejos para familiares de niños que tartamudean.

*... este periodo de tartamudeo se alarga más tiempo del normal y llega a preocupar a la familia. La familia quiere ayudar pero no sabe cómo hacerlo. ¿Qué hacer entonces? ¿Qué se le dice al niño? ¿Hay que corregirle? ¿Cómo se le corrige?*

Todos sabemos que algunos niños tardan más que otros en hablar. Algunos tardan en pronunciar claro o en hacer frases normales. Otros pasan por un periodo de tartamudeo. En estas líneas vamos a hablar de este tartamudeo y de cómo ayudar a estos niños.

Es frecuente que algunos atraviesen un periodo en el cuál tengan muchos tartamudeos. Algunos repiten trozos de palabra, titubean, se atascan o alargan las vocales. En ocasiones esto es evidente para los que lo oyen mientras que el niño parece inconsciente. En la mayoría de estos casos el problema desaparece en pocas semanas o en algunos meses. Normalmente no dura más de catorce meses. Este periodo se conoce como “tartamudez fisiológica”. No deja ningún tipo de secuela y por tanto no debe preocupar ni a padres ni a maestros.

Otras veces este periodo de tartamudeo se alarga más tiempo del normal y llega a preocupar a la familia. La familia quiere ayudar pero no sabe cómo hacerlo. ¿Qué hacer entonces? ¿Qué se le dice al niño? ¿Hay que corregirle? ¿Cómo se le corrige?.

Es normal que cuando la familia acude a un especialista ya estén preocupados y se hayan equivocado totalmente en su actitud. A veces, al querer ayudar al niño la familia ha hecho todo lo contrario de lo que debía y ha empeorado la situación.

Lo que debemos hacer es seguir esta regla: NO CORREGIR y NO PREOCUPARNOS, al menos no manifestar nuestra preocupación.

Los especialistas en este tema sabemos que cuando se corrige a un niño se obtiene el efecto contrario al que buscamos. Puede que en un principio, aparentemente, el niño reaccione bien cuando le corregimos, pero a la larga es peor. Los trucos que el niño pone en práctica se vuelven contra él. El tartamudeo aumenta y puede afianzarse.

Si un niño no sufre presión para que hable bien suele mejorar en muy poco tiempo y aprende inconscientemente a hablar de forma fluida. Si el niño es

presionado intenta controlar artificialmente el habla, cosa que no es posible, y el tartamudeo aumenta.

La regla de oro es: que el niño sea inconsciente ante los “enganches” y dejar que la naturaleza y el tiempo hagan su papel. Pero para esto el niño debe estar tranquilo.

La familia puede corregir de muchas maneras. Corregimos cuando decimos: “respira antes de hablar”, “repite”, “tranquilízate”, “piensa lo que vas a decir”, etc., etc. Corregimos también con la mirada o con la actitud: apartamos la vista, cambiamos la posición cuando el niño se engancha, hacemos algún pequeño gesto con la cara o interrumpimos la conversación.

El niño detecta todas las formas de corrección. Se pone más nervioso. Llega a pensar a su manera que “algo va mal en su forma de hablar”. Intenta hacer “cosas extrañas” para mejorar su habla o simplemente empeora cuando se siente observado.

¿Qué debemos hacer entonces? Seguir la regla de oro: No corregir y no preocuparnos. Atenderle con paciencia y naturalidad. Fijarnos en qué dice y no en cómo lo dice. Cuando se engancha debemos mostrar naturalidad y cariño. Sabemos que a veces puede ser una tarea difícil pero merece la pena intentarlo.

La segunda parte de la regla es la más difícil de poner en práctica: no preocuparnos. Lo tenemos que conseguir porque es bueno para el niño. Hemos de conseguir no “reaccionar emocionalmente” cuando el niño se engancha. Es importante que nos esforcemos en ser sinceros en este aspecto. Debemos pensar que el niño mejorará con el tiempo siempre que no le presionemos. Debemos tranquilizarnos interior y exteriormente. Es la mejor forma para ayudarle. Tenemos que aprender a ver en él todo lo que tiene de positivo y maravilloso como persona y tener fe en que la vida puede desarrollarse con plenitud de muchas maneras.

Para acabar queremos resaltar que es importante que toda la familia y círculo de amigos que conviven con el niño este informada de que los padres están intentando tomar esta actitud y lo asuman también ellos.

La “regla de oro” se tiene que aplicar totalmente y durante un tiempo prolongado para permitir que el niño salga del bache y consiga hablar mucho mejor.



## Anexo 2

# TENGO UN NIÑO QUE SE ENGANCHA...

Algunos consejos para profesores de niños que tartamudean.

*Tener en clase un niño que tartamudea puede ser inquietante para cualquier profesor. ¿Cómo comportarse con él? ¿Hay que dar importancia al problema? ¿Hay que ignorarlo? ¿Se debe hablar con el niño? ¿Cómo hacerle participar en las actividades de clase? ¿Hay que hablar con la familia?...*

La conquista del habla fluente puede ser algo aparentemente fácil para algunos niños y muy difícil para otros. Durante el periodo pre-escolar es frecuente que algunos (especialmente chicos) pasen un periodo en el cuál tengan muchas “disfluencias”. Se manifiestan como titubeos, prolongaciones de sonidos y repeticiones de palabras. En los niños menores de cinco años estas faltas de fluencia pueden ser muy evidentes para el oyente mientras que el niño parece inconsciente. En la mayoría de estos casos el problema desaparece en pocas semanas o en algunos meses. Este periodo se conoce como “tartamudez fisiológica”. No deja ningún tipo de secuela y por tanto no debe preocupar ni a padres ni a maestro/as.

Puede que algún niño preocupe particularmente. Quizás sus disfluencias son muy intensas y frecuentes, quizás sean algo diferentes a las de otros niños. La consulta a un logopeda y el intercambio de opiniones con la familia serán necesarios entonces. Probablemente la única medida oportuna sea asumir todos la misma actitud ante el niño: no darle excesiva importancia, reaccionar de una forma no emocional ante la falta de fluencia del niño, mantener la calma en esos momentos y no realizar ningún tipo de “corrección”. Normalmente el habla del niño irá mejorando hasta desaparecer el problema.

El logopeda puede, en muchos de estos casos, aportar su criterio y experiencia para tranquilizar a la familia acerca del pronóstico de su hijo. Si esto es así, conseguiremos inmediatamente algo muy importante: los padres dejan de preocuparse y de preocupar al niño. Éste se siente menos observado y presionado sobre su habla. Como consecuencia la fluencia se establece en poco tiempo.

En otros casos las disfluencias de los niños tienen un carácter diferente. Además de los titubeos, repeticiones y prolongaciones de sonidos realizan unas pausas tensas al tiempo que hacen fuerza con la garganta, con la boca o con el cuello. Son bloqueos que se superan con esfuerzo e impiden al niño hablar momentáneamente. A veces son casi imperceptibles y muy cortos. Otras son muy evidentes y llegan a durar varios segundos. Es posible que el niño lo detecte y le produzca malestar, limitando su charla ante la frustración.

La consulta al logopeda puede ser necesaria para tomar alguna medida particular.

La actitud de los niños ante la falta de fluidez puede ser muy variada. Desde la inconsciencia hasta la fobia al habla. Desde el niño desenvuelto que habla y participa en clase normalmente al niño tímido que rechaza y sufre tal participación.

La actitud de sus profesores puede ser importante. El niño debe sentir y saber que se le acepta sin juzgarlo por su falta de fluidez. La actitud de los maestros debe ser sincera en este sentido, en caso contrario el niño no sentirá que se le acepta. Además hay que hacérselo saber explícitamente. Para ello el maestro o la maestra puede hablar con él, a solas y aprovechando alguna circunstancia, para explicarle que es normal que algunas personas tarden más que otras en hablar con soltura. También es normal que algunas personas necesiten más tiempo para organizar sus palabras o se traben al decir algunas que le son más difíciles. Es importante que le haga saber que no le preocupa en absoluto su falta de fluidez, que le anime a participar en clase tomándose su tiempo porque le interesa sus opiniones y su colaboración.

Se trata de que el niño se sienta aceptado y se libere del peso de tener que ocultar su falta de fluencia. El maestro le ha dicho que conoce su problema pero que le interesa más lo que tiene que decir que cómo lo dice.

Lógicamente hay que acompañar esta “declaración” con las medidas consecuentes. Concederle tiempo para que el niño organice sus intervenciones y asegurarse de que el resto de la clase así lo hace. Mostrar interés y satisfacción por que el niño se tome ese tiempo para responder adecuadamente, con lógica y sin precipitar la respuesta. Responder de una forma tranquila y no emocional a las disfluencias. Prestar atención a lo que el niño dice sin reaccionar a cómo lo dice. Escucharle con satisfacción y alabarle sinceramente cuando nos explica algo interesante o adecuado.

Cuando haya que hacer intervenir a toda la clase se puede pedir al niño que hable de los primeros ya que la larga espera al turno puede ser angustiada y perjudicar la fluencia.

Por el contrario las actitudes que suponen corrección directa (consejos sobre la forma de hablar, respirar, etc.), correcciones indirectas (apartar la mirada, adivinar la palabra que va a decir, etc.) o incluso peticiones para que repita las frases, son contraproducentes. Puede que algunos de esos recursos parezcan positivos pero a la larga empeoran el problema.

Si los compañeros se burlan hay que tomar dos medidas:

- Hablar con el niño a solas para explicarle que mucha gente recibe burlas de cualquier cosa y por cualquier motivo. Que no tiene mucha importancia y que el mismo se debe defender, contestando sin achicarse.
- Hablar uno a uno con los chicos que se burlan frecuentemente para advertirles, con seriedad pero sin castigarles ni reprenderles, que ese compañero tiene dificultades para hablar deprisa. Que si le insultan todavía le es más difícil hablar, y que si se le escucha y nos hacemos amigos suyos le podemos ayudar mucho. Hay que hacerle saber que contamos con su colaboración para ayudar a cualquier compañero.

Es importante que no se castigue a ningún niño, ni individualmente ni de forma colectiva, por haber insultado al chico que tartamudea. Esto puede volverse en su contra.

Leer en voz alta puede ser positivo para algunos de estos niños ya que mejoran su fluidez. Si esto es así conviene reforzárselo y mostrar satisfacción por su forma de leer. No es oportuno que comparemos su forma de hablar.

Otros niños empeoran al leer en voz alta. La solución puede ser habituarse a leer en parejas. El niño que tartamudea encontrará mucho más fácil esta modalidad y ello le estimulará a leer mejor de forma individual. Por supuesto esto implica que no sea el único que practique esta forma de leer ya que, de ser así, el niño lo detectaría como una discriminación negativa.

También la norma de reservarle uno de los primeros turnos de intervención para leer puede ser adecuada

## DEBEMOS SABER QUE:

- El nombre científico más difundido para la tartamudez evolutiva no causa por traumatismo cerebral es el de DISFEMIA.
- La disfemia se manifiesta en el desarrollo del niño y no se debe a ningún tipo de enfermedad o lesión cerebral.
- A pesar de existir gran número de investigaciones sobre el tema todavía desconocemos cuál es la causa real de la tartamudez.
- Se han hecho grandes progresos para comprender que mecanismos contribuyen a su mantenimiento. Estas páginas intentan contribuir positivamente a que los niños no afiancen la tartamudez.
- Actualmente no existe tratamiento médico para la tartamudez evolutiva. La tartamudez debida a daño cerebral no se incluye en esa afirmación. En ocasiones puede haber tratamiento médico para aliviar algunas situaciones que acompañan a la tartamudez pero no para la propia tartamudez.
- La tartamudez no tiene relación con la inteligencia. No se es ni más ni menos inteligente por el hecho de tartamudear.
- Sabemos que existen personas que tartamudean en todas las culturas y razas.
- Se calcula que en el mundo hay 40 millones de tartamudos.
- Afecta más a los hombres que a las mujeres. Puede que por cada mujer que tartamudea al menos haya 4 hombres.
- La intervención terapéutica se realiza desde varias tendencias. El enfoque logopédico (intervención directa en la fluencia) debe ser acompañado por un enfoque psicológico que incluya intervención en aspectos cognitivos y en habilidades sociales.
- No se recomienda intervención directa en fluencia antes de los seis años o al menos antes de que el niño sea consciente de los síntomas y los asume como algo extraño. Hasta ese momento se realizan intervenciones indirectas a través de la familia y medio escolar.
- Algunos adultos nunca superan su tartamudez. Otros sí lo hacen, tanto de forma individual como resultado de una gran fuerza de superación, como a través de intervención terapéutica.