



---

**Universidad de Valladolid**

# Las alteraciones del lenguaje: la incidencia de la disfemia en las aulas

---

Trabajo de Fin de Grado en Educación  
Infantil

Autora: María Salas Martín

Tutor: Andrés Palacios

4º Grado en Educación Infantil

Curso 2014/2015

Campus María Zambrano. Facultad de Educación. Segovia

## **RESUMEN**

Este Trabajo de Fin de Grado pretende reflejar la investigación realizada sobre una de las alteraciones del lenguaje oral que más afecta a la fluidez del habla, la disfemia. Esta investigación tiene como objetivo establecer cuál es la incidencia de la tartamudez en las aulas de Infantil y Primaria, así como la intervención educativa más adecuada tanto dentro como fuera del centro escolar. Para ello, apoyándose en una fundamentación teórica, se utiliza una metodología mixta basada en la recogida de datos a través de instrumentos cualitativos y cuantitativos.

## **PALABRAS CLAVE**

Educación Infantil, Educación Primaria, alteraciones del lenguaje oral, disfemia, tartamudez, disfluencias verbales.

## **ABSTRACT**

This final Project tries to reflect the investigation about one of the physical language that affects the most to the easiness of speaking, the stutter. The main purpose of this investigation is to establish which is the main problem of stammering within the classrooms, along with the most effective intervention both inside and outside of the school. In order to make this study more effective, I've used a mix methodology based in the data collection thanks to many qualitative and quantitative instruments.

## **KEYWORDS**

Pre-school education, elementary education, variation language, stutter, verbal replay

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	6
<b>3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA</b> .....	6
<b>4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b> .....	7
4.1. El lenguaje oral como medio de comunicación. ....	8
4.2. Evolución y desarrollo del lenguaje en el niño. ....	8
4.3. Las alteraciones del lenguaje oral. ....	10
4.4. Tartamudeo o disfemia. ....	15
4.4.1. Características del niño tartamudo. ....	16
4.4.2. Factores etiológicos de la disfemia. ....	17
4.4.3. Tipos y fases de aparición de la disfemia.....	19
4.4.4. Tratamiento de la disfemia e intervención educativa.....	20
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	23
5.1. La muestra.....	23
5.2. Instrumentos utilizados .....	25
5.3. Recogida de información .....	31
5.4. Análisis estadístico .....	32
<b>6. RESULTADOS</b> .....	33
6.1. Resultados de las entrevistas a logopedas.....	33
6.2. Resultados del cuestionario para el alumnado .....	36
6.3. Resultados del cuestionario para los docentes .....	43
<b>7. CONCLUSIONES FINALES</b> .....	56
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	58
<b>ANEXOS</b> .....	60

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> <i>Características de la disfemia. Fuente: elaboración propia.</i> .....	16
<b>Tabla 2.</b> <i>Resumen de datos generales sobre los cuestionarios.</i> .....	25
<b>Tabla 3.</b> <i>Frecuencia de “me pongo muy nervioso/a cuando hablo con un compañero que tiene problemas de fluidez verbal, es decir, que tartamudea”</i> .....	37
<b>Tabla 4.</b> <i>Frecuencias de “no me altera tener en clase un compañero tartamudo”</i> .....	37
<b>Tabla 5.</b> <i>Frecuencia de “me gusta gastar bromas a una persona tartamuda”</i> .....	38
<b>Tabla 6.</b> <i>Frecuencia de “la disfemia nunca debería ser objeto de burla”</i> .....	39
<b>Tabla 7.</b> <i>Frecuencia de “la disfemia solo tendría que ser tratada por los logopedas”</i> .....	40
<b>Tabla 8.</b> <i>Frecuencia de “comprendo lo difícil que es intentar hablar y que no salgan las palabras de forma fluida”</i> .....	42
<b>Tabla 9.</b> <i>Frecuencias de “los niños tartamudos nunca hablan en público. Parece que tuvieran miedo”</i> .....	43
<b>Tabla 10.</b> <i>Frecuencias de los años dedicados a la enseñanza.</i> .....	44
<b>Tabla 11.</b> <i>Frecuencias del nivel y curso actual del profesorado.</i> .....	45
<b>Tabla 12.</b> <i>Frecuencia de las alteraciones del lenguaje oral en el aula</i> .....	46
<b>Tabla 13.</b> <i>Frecuencias sobre si se diagnosticó al alumno por medio de un especialista</i> .....	49
<b>Tabla 14.</b> <i>Frecuencias de “me pongo muy nervioso/a cuando hablo con niños que tienen problemas de fluidez verbal”</i> .....	50
<b>Tabla 15.</b> <i>Frecuencias de “no me altera tener en clase un niño/a tartamudo”</i> .....	50
<b>Tabla 16.</b> <i>Frecuencias de “la disfemia solo tendría que ser tratada por los logopedas”</i> .....	52
<b>Tabla 17.</b> <i>Frecuencias de “considero que es necesario explicar a los compañeros del niño/a tartamudo en qué consiste su problema”</i> .....	53
<b>Tabla 18.</b> <i>Frecuencias de “cuando un niño/a tartamudea intento corregirle rápidamente”</i> .....	54
<b>Tabla 19.</b> <i>Frecuencias de “me muestro impaciente cuando escucho lo que el niño/a tartamudo me quiere decir”</i> .....	54

## ÍNDICE DE GÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> <i>Clasificación de las alteraciones del lenguaje oral. Fuente: elaboración propia</i> .....	11
<b>Gráfico 2.</b> <i>Tipos de disfemia. Fuente: elaboración propia.</i> .....	20
<b>Gráfico 3.</b> <i>Frecuencia de "me hace mucha gracia oír tartamudear a una persona" ....</i>	38
<b>Gráfico 4.</b> <i>Frecuencia de "creo que la tartamudez no es un problema tan grave y tiene fácil solución" .....</i>	39
<b>Gráfico 5.</b> <i>Frecuencia de "no considero importante tratar la tartamudez en la escuela" .....</i>	40
<b>Gráfico 6.</b> <i>Frecuencias de "cuando un compañero tartamudea intento corregirle rápidamente" y "me muestro impaciente cuando mi compañero tartamudo intenta decirme algo" .....</i>	41
<b>Gráfico 7.</b> <i>Frecuencia de "los niños tartamudos son muy tímidos y casi no se relacionan con los demás compañeros" .....</i>	43
<b>Gráfico 8.</b> <i>Frecuencias de alumnos con disfemia en el aula .....</i>	47
<b>Gráfico 9.</b> <i>Frecuencias de "opino que la tartamudez nunca debería ser objeto de burla" .....</i>	51
<b>Gráfico 10.</b> <i>Frecuencias de "opino que la tartamudez debería considerarse dentro de las necesidades educativas especiales" .....</i>	52
<b>Gráfico 11.</b> <i>Frecuencias de "no conozco qué estrategias seguir dentro del aula para trabajar esta alteración" .....</i>	53
<b>Gráfico 12.</b> <i>Frecuencias de "trato que el niño/a tartamudo lea en voz alta delante de todos sus compañeros" .....</i>	55
<b>Gráfico 13.</b> <i>Frecuencias de "considero imprescindible la función del logopeda para tratar la disfemia" y "trabajar de forma conjunta con un especialista me permitiría intervenir mejor ante algunas situaciones" .....</i>	55

# 1. INTRODUCCIÓN

El Trabajo de Fin de Grado que se presenta a continuación, surge de la necesidad de exponer y resaltar la importancia que tiene el lenguaje durante la primera etapa de vida de un niño. El lenguaje oral es uno de los principales medios de comunicación que utiliza el ser humano para relacionarse con su entorno. Por este motivo, cualquier dificultad a la hora de adquirir el lenguaje puede influir en la forma de interactuar con el medio y en el desarrollo de la persona.

Como futuros docentes, especialmente de Educación Infantil, es fundamental conocer cuáles son las distintas etapas del desarrollo del lenguaje en el niño, los procesos que siguen y las alteraciones que pueden ir surgiendo durante estos primeros años de vida. Un maestro debe ser capaz de detectar la existencia de posibles alteraciones en ese lenguaje y así iniciar una atención temprana. Por este motivo, el presente trabajo se basa en las distintas alteraciones del lenguaje oral que podemos encontrar, pero centrandó nuestra especial atención en la tartamudez.

La disfemia es una de las alteraciones del lenguaje oral que más afectan a la comunicación de la persona, ya que como indica Sangorrín (2005) la tartamudez influye en la fluidez del habla ocasionando que la persona adopte conductas de esfuerzo y tensión a la hora de emitir las palabras. Por estos motivos consideramos muy importante conocer cuál es la incidencia de esta alteración en las aulas educativas e identificar todos los aspectos más relevantes de la misma con el fin de realizar una intervención adecuada.

La tartamudez puede surgir desde la etapa de Educación Infantil, sin embargo este trabajo abarcará también la etapa de Primaria con el fin de observar el proceso de evolución que tiene esta alteración del habla. Por esta razón, tras exponer los objetivos que pretendemos lograr con dicho trabajo y la justificación a la hora de seleccionar este tema, realizaremos una revisión bibliográfica para obtener la mayor información posible y conformar así una fundamentación teórica que sustente la investigación posterior.

Una vez realizada la fundamentación teórica, indicaremos la metodología que llevaremos a cabo en nuestra investigación mostrando una descripción de la muestra, los instrumentos utilizados y cómo se realizó la recogida de datos. Asimismo, toda investigación requiere un análisis de los datos y por lo tanto una extracción de los

resultados obtenidos a través de los instrumentos empleados. Tras realizar ese análisis, finalizaremos nuestro trabajo con una serie de conclusiones basadas en dichos resultados.

## **2. OBJETIVOS**

Antes de comenzar con el desarrollo del trabajo, era necesario plantearse una serie de objetivos a conseguir para llevar a cabo la investigación sobre la disfemia. Los objetivos tanto generales como específicos que pretendemos lograr con este trabajo son:

- ✚ Conocer las fases de adquisición del lenguaje oral centrandolo la atención en la etapa de Educación Infantil.
- ✚ Diferenciar cada una de las alteraciones del lenguaje oral atendiendo a sus características más relevantes.
- ✚ Identificar las características más representativas de la disfemia.
- ✚ Descubrir la presencia que tiene la disfemia en las aulas de Educación Infantil y Primaria.
- ✚ Investigar sobre qué metodologías o tratamientos son los más adecuados para trabajar con personas tartamudas dentro y fuera del aula.
- ✚ Observar qué conocimientos tiene el profesorado de algunos centros de la provincia de Segovia sobre las alteraciones del lenguaje oral, concretamente la disfemia.
- ✚ Aprender el grado de aceptación que tienen los niños tartamudos entre el resto de compañeros.

## **3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA**

La temática que presenta este Trabajo de Fin de Grado basado en las alteraciones del lenguaje, está motivado por la escasa formación en esta área durante la carrera. Durante la misma, solo hemos tenido una asignatura relacionada con el lenguaje. Sin embargo, la fundamentación teórica se centraba en abordar las etapas del desarrollo del lenguaje, la lectoescritura y denominar algunas alteraciones que podemos encontrar en el habla de los niños de la etapa de Infantil. Como esta información no era suficiente, decidimos realizar una investigación sobre las alteraciones del lenguaje oral. En un primer

momento, pretendíamos abordar todas las alteraciones del lenguaje e investigar sobre cada una de ellas. Sin embargo, tras comentarle la idea al tutor, optamos por centrarnos en una única alteración del lenguaje, ya que esto sería mucho más adecuado y específico a la hora de enmarcar la investigación.

Tras tomar esta decisión, acordamos centrarnos en la disfemia o también denominada tartamudez. La razón por la cual seleccionamos dicha alteración es por un desconocimiento personal sobre la misma. Es decir, existe una gran variedad de alteraciones del lenguaje que aparecen durante la etapa de Educación Infantil pero la disfemia no es de las más comunes aunque sea muy conocida en el ámbito público. Por lo tanto, como futura maestra me gustaría conocer cuáles son sus síntomas, la razón por la cual se origina, los tratamientos más adecuados y qué clase de intervención sería necesario realizar dentro de un aula.

Este trabajo pretende cumplir todas estas expectativas así como conocer de primera mano cuál es la incidencia real de esta alteración del habla oral dentro de un aula tanto de Infantil como de Primaria, ya que a pesar de realizar un Grado en Educación Infantil, decidimos ampliar nuestra investigación hasta la etapa de Primaria por razones que se descubrirán a lo largo del trabajo.

Tal y como indica el Decreto 122/2007, “el currículo se orienta a lograr un desarrollo integral y armónico de la persona en los aspectos físico, motórico, emocional, afectivo, social y cognitivo” (p.6). Para que esta afirmación se cumpla y se logre un desarrollo integral del alumnado, es fundamental una buena adquisición del lenguaje oral y para ello, como futuros maestros debemos conocer todos aquellos aspectos que pueden interferir en la consecución de ese lenguaje con el fin de corregirlos a través de una atención temprana.

#### **4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

A continuación, presentaremos la fundamentación teórica basada en la revisión bibliográfica relacionada con el tema en cuestión. La información recogida se expondrá dividida y clasificada en diferentes apartados para lograr un mayor entendimiento del tema.

#### **4.1. El lenguaje oral como medio de comunicación.**

Como nos indica Busto (2007) comunicar consiste en transmitir distintos mensajes entre varios individuos, como mínimo dos personas. Es decir, para que haya un acto de comunicación tiene que haber un emisor del mensaje y un receptor del mismo. Para realizar este acto de comunicación, las personas solemos utilizar distintos tipos de lenguajes (verbales y no verbales), dentro de los cuales destacamos el lenguaje oral como un medio de comunicación que nos permite relacionarnos con los demás a través de las palabras. Como afirma Torres (1996) “en el ser humano, el lenguaje oral es el más representativo, pero no el único modo de comunicación” (p. 11).

El lenguaje oral es un instrumento que nos permite intercambiar información utilizando un código específico, donde emisor y receptor deben participar de forma activa. Cualquiera que sea el medio de transmisión, las señales emitidas deben ser percibidas e interpretadas por la otra persona. Para Alegre y Pérez (2008), “si todo ha ido bien, el significado que estaba en la mente de la primera persona habrá llegado a la de la otra. Si no ha sido así, habrá que averiguar por qué” (p.16).

La adquisición del lenguaje es un aprendizaje natural y simultáneo al desarrollo del niño y de la niña<sup>1</sup>. Por esta razón, hay que tener en cuenta que el lenguaje se relaciona con las funciones nerviosas cerebrales, la interacción con el medio, la influencia cultural, social, afectiva y emocional. Asimismo, esa adquisición del lenguaje también se relaciona con la coordinación de los órganos bucofonatorios, elemento fundamental para emitir sonidos que una vez desarrollados se convertirán en palabras y frases (Torres, 1996).

#### **4.2. Evolución y desarrollo del lenguaje en el niño.**

Teniendo en cuenta la información aportada anteriormente por varios autores, se puede establecer cómo el lenguaje oral es uno de los principales medios de comunicación que utilizamos los seres humanos para interaccionar con el mundo que nos rodea. Por esta razón y atendiendo a la temática seleccionada para este trabajo, consideramos que es necesario señalar cómo va evolucionando el lenguaje en sus

---

<sup>1</sup> A partir de este momento, se sustituirá esta doble referencia por una sola, en concreto el término masculino para referirse a los dos géneros. Esto se debe a que consideramos que el masculino engloba ambos géneros sin ningún tipo de referencia sexista.

diferentes etapas centrándonos en el periodo correspondiente a la etapa de Educación Infantil, es decir, de 0 a 6 años de edad.

En primer lugar, Bruner (1986) indica que para lograr la adquisición y el desarrollo del lenguaje en el niño es fundamental que exista una interacción comunicativa con el adulto. Generalmente esta interacción comunicativa tendrá más éxito si se realiza con las figuras de apego del niño. Estos hechos se basan en la propuesta de este autor de la existencia de un Sistema de Apoyo de la Adquisición del Lenguaje por el cual la interacción que se produce entre los seres humanos ayuda a dominar el uso del lenguaje a aquellos que están comenzando a aprenderlo.

Los niños pasan por diferentes etapas a la hora de adquirir y asimilar las estructuras del lenguaje oral. Torres (1996) destaca la existencia de dos etapas esenciales. La primera de ellas, llamada prelingüística, dura hasta los 12 meses de edad. Atendiendo a los aspectos más relevantes, es necesario indicar que en esta etapa la primera manifestación verbal que surge en un recién nacido es el llanto. Más adelante la actividad fonatoria del bebé se empieza a diferenciar y surgen los primeros balbuceos. A través de estas vocalizaciones, el niño siente que está jugando, lo que ocasiona que experimente placer por ello y vaya ejercitando su musculatura fonatoria de forma inconsciente. Es a partir de este momento cuando el niño tiende a ir emitiendo monosílabos repetidos acompañados por un lenguaje gestual que adquiere un papel de acompañamiento expresivo.

Asimismo y como señala Busto (2007), es necesario tener en cuenta que en esta etapa es cuando se empiezan a desarrollar los aspectos sociales y cognitivos para lograr una buena adquisición del lenguaje. Por esta razón, son muy importantes las interacciones comunicativas con el bebé por parte de su entorno más cercano, es decir, su familia.

Respecto a la segunda etapa, la lingüística, podría definirse como la fase donde se construye el lenguaje. Esta comienza a partir de los 12 meses cuando el niño emite su primera palabra intencionada y con un significado. En este momento surge el periodo denominado “palabra-frase”, en el cual el niño utiliza una palabra para referirse a distintos objetos, personas, lugares, etc. El vocabulario que se utiliza va aumentando progresivamente a medida que la persona va creciendo y desarrollándose. Entre los 18

meses y los 2 años de edad aparece la primera frase a través de la asociación de dos palabras con una intención significativa. Es a partir de este momento cuando el lenguaje se desarrolla con gran rapidez, ocasionando una explosión léxica desde los 2 a los 3 años. De forma general, se destaca la aparición de adverbios, pronombre y sobre todo la concepción del “yo”; es decir, comienzan a tener conciencia de sí mismos lo que les permite relacionarse con adultos y con sus iguales. A partir de los 4 años se considera que el lenguaje de base ya se ha adquirido, por lo que a partir de este momento éste irá evolucionando de forma progresiva, adecuándose al momento evolutivo del niño (Torres, 1996).

#### **4.3. Las alteraciones del lenguaje oral.**

A continuación se expondrán las distintas alteraciones que se producen en el lenguaje oral del niño haciendo referencia a sus principales características así como a posibles métodos o tratamientos que se pueden utilizar para intentar solucionar dicha alteración o disminuir sus efectos en el habla de la persona afectada. En un primer momento, antes de exponer cada una de las alteraciones del lenguaje consideradas más representativas, es necesario establecer una clasificación de las mismas.

Según los Logopedas del Equipo de Atención Temprana (2004) las alteraciones o trastornos primarios; es decir, aquellos que no están relacionados con la pérdida auditiva, la parálisis cerebral, el retraso mental o los trastornos motores, se suelen producir en el proceso de adquisición del lenguaje. Continuando con estos autores, estas alteraciones primarias necesitan una intervención transitoria si se detectan y trabajan adecuadamente. Sin embargo, en el caso de que esto no ocurra así, puede generar problemas en el proceso de enseñanza-aprendizaje del niño así como en la adquisición e integración de la lectoescritura.

Teniendo en cuenta la importancia de realizar una atención temprana y aplicar un tratamiento adecuado a estos posibles trastornos del lenguaje oral tanto por parte de la familia como de la escuela, continuaremos con la descripción de cada uno de ellos. Siguiendo las directrices de Gallardo y Gallego (1995) podemos clasificar las alteraciones del lenguaje oral infantil en distintas categorías, las cuales se muestran en el Gráfico 1.

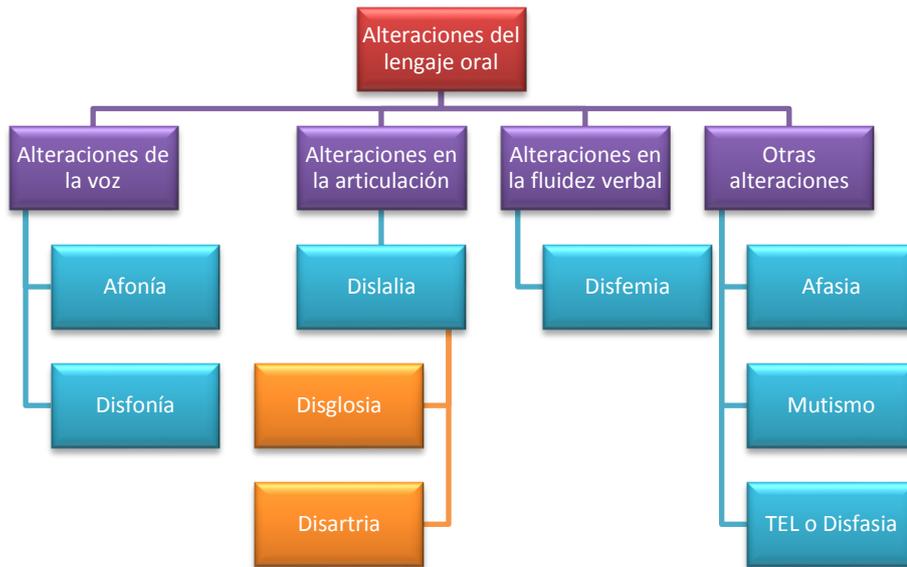


Gráfico 1. *Clasificación de las alteraciones del lenguaje oral. Fuente: elaboración propia*

Una vez expuesta la clasificación de las distintas alteraciones del lenguaje oral, pasaremos a desarrollar cada una de ellas, centrándonos especialmente en la disfemia o tartamudez en el apartado posterior.

#### ✚ Alteraciones de la voz.

Las alteraciones de la voz pueden influir tanto en la intensidad, el tono y el timbre como en la duración de la misma. Estas alteraciones suelen ser frecuentes en la edad escolar con una mayor frecuencia en las voces masculinas. En éstas podemos distinguir dos tipos: a) la afonía o pérdida total de la voz y b) la disfonía, en la cual la voz se ve alterada por trastornos a nivel orgánico o incluso por una mala utilización de la misma (Busto, 2007).

Respecto a los factores etiológicos, es decir, el origen de estas alteraciones, podemos encontrar múltiples como los factores fisiológicos, los orgánicos, los psicológicos y los ambientales. Algunos ejemplos de los más frecuentes son las enfermedades en el aparato respiratorio, malformaciones en la laringe, mal uso de la respiración, traumatismos, el ambiente familiar y social, etc. Una vez que conocemos este tipo de alteración, los Logopedas de los Equipos de Atención Temprana (2004), nos indican que la intervención con estos problemas de la voz

debe ser realizada por logopedas y que la escuela, en este caso los maestros, solo intervendrían en función del grado de la misma.

#### ✚ Alteraciones de la articulación

Dentro de esta clasificación podemos encontrar distintos tipos de alteraciones relacionadas con dificultades en la articulación de los fonemas. Uno de los problemas del lenguaje más común que se puede observar, sobre todo en la etapa de Educación Infantil, es la dislalia. Según Mendoza (1985), las dislalias consisten en una articulación incorrecta de uno o varios fonemas ya sean por ausencia, sustitución o alteración de algunos sonidos.

Los orígenes de las dislalias pueden ser múltiples y por ello es necesario señalar su etiología siguiendo las indicaciones de Pascual (1988, citado en Gallardo y Gallego, 1995):

- Dislalias evolutivas: este tipo de dislalia surge cuando se produce el desarrollo del lenguaje en el niño y éste no logra articular correctamente o distorsiona algunos fonemas. Ésta no requiere una intervención concreta puesto que suele desaparecer antes de los 4 años.
- Dislalia audiógena: se produce por una deficiencia auditiva puesto que al no poder escuchar bien, el niño tampoco podrá articular correctamente ya que confunde aquellos fonemas que son similares. La intervención con este tipo de dislalia consiste en aumentar la discriminación auditiva del niño afectado, pero requeriría la intervención de un especialista de audición y lenguaje.
- Dislalia funcional: se puede definir como aquella en la cual los órganos articulatorios presentan un mal funcionamiento. Este tipo de dislalia es la más frecuente y los errores más comunes que podemos observar en el habla de los niños son de sustitución, distorsión, omisión e inserción. La sustitución hace referencia a que ante la incapacidad de producir un determinado fonema, el niño emite otro que le resulta más fácil. La distorsión consiste en que el niño emite un sonido de una forma incorrecta pero muy similar al fonema adecuado. La dislalia por omisión es un error

que consiste en que los niños no articulan aquellos fonemas que no dominan. Por último, la inserción es lo contrario a la omisión puesto que la persona añade un fonema entre otros más difíciles para facilitar la articulación de esa palabra. Todo este grupo de dislalias necesitan una intervención logopédica en la cual se trabajarán los aspectos articulatorios y respiratorios.

- Dislalia orgánica: este tipo de dislalias está ocasionada por problemas de tipo orgánico. Dentro de estas dislalias, distinguimos dos tipos en función de aquellos elementos que estén afectados. Uno de estos tipos se denomina disglosia. Como nos indica Torres (1996), las disglosias están provocadas por anomalías congénitas o adquiridas en los órganos de la articulación como el labio, la lengua, los dientes, el paladar y la mandíbula. En función de qué órgano este afectado se puede clasificar las disglosias en un tipo u en otro. Por otro lado, si se produce una lesión en el sistema nervioso central y ésta afecta de forma considerable al acto de hablar de una persona, es una alteración llamada disartria.

#### Otras alteraciones

En este apartado expondremos aquellos aspectos más relevantes de algunas alteraciones del lenguaje que no entran dentro de la clasificación hecha anteriormente, pero siguen siendo igual de importantes e incluso están presentes en la vida escolar de algunos niños.

En primer lugar, destaca el mutismo o la ausencia del habla que se puede definir como “el lenguaje oral que no se manifiesta a una edad en la que los demás niños/as hablan normalmente” (Gallardo y Gallego, 1995, p. 267). Siguiendo a estos autores, las razones por las cuales un niño puede dejar de hablar se deben a varias causas como la sobreprotección familiar, la falta de estimulación lingüística, un trastorno familiar, situaciones de bilingüismo mal integrado e incluso la incapacidad de comunicación por algún trastorno específico.

Dentro del mutismo podemos encontrar varios tipos en función de determinadas situaciones contextuales. Por un lado, el mutismo total hace referencia a la ausencia absoluta del habla por parte del niño. Por otro lado, el mutismo electivo es un

trastorno asociado generalmente con la escuela o con determinadas situaciones sociales pero de escasa frecuencia. Este se caracteriza por la ausencia del habla en algunas circunstancias concretas o incluso frente a determinadas personas. Esto se produce en niños que ya han adquirido el lenguaje de una forma correcta puesto que hablan perfectamente en otras situaciones (Alegre y Pérez, 2008).

Tras conocer esta información, podemos deducir que el tratamiento del mutismo debe basarse en lograr la reducción de los niveles de ansiedad y aumentar la confianza del niño en contextos sociales tras una evaluación previa del desarrollo y evolución del mismo.

En segundo lugar, otra alteración del lenguaje que es necesario destacar es la afasia. Ésta se puede definir como “una privación o alteración del lenguaje provocada por una lesión cerebral en un individuo que ya había adquirido el lenguaje” (Logopedas de los equipos de Atención Temprana, 2004, p. 13). Como bien se expone en la definición que da este grupo de profesionales, las afasias surgen en el momento en el que una lesión cerebral daña una parte del cerebro que afecta en mayor o menor medida a la capacidad comunicativa del niño. Las afasias se clasifican en función de la zona del cerebro que esté dañada, por lo que siguiendo a Chaves y Revuelta (1995) las que más destacan se clasifican en:

- Afasia de Broca o expresiva
- Afasia de Wernicke o receptiva
- Afasia global o total
- Afasia de conducción
- Afasia sensorial transcortical
- Afasia infantil

En último lugar, hay que destacar al denominado Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) o también conocido como Disfasia. Como nos indican los Logopedas de los Equipos de Atención Temprana (2004), éste se caracteriza por presentar grandes dificultades a la hora de adquirir el lenguaje oral tanto a nivel expresivo como comprensivo. En muchos casos, algunos individuos muestran una coexistencia de habilidades lingüísticas que son propias de su edad junto a una falta de otras capacidades teóricamente más simples.

Seguindo a Medina (2008), se afirma que generalmente los TEL desaparecen a medida que el niño va creciendo, sin embargo aquellos retrasos más importantes suelen necesitar una intervención logopédica. Asimismo, es fundamental, como en todos los descritos anteriormente, realizar un diagnóstico precoz puesto que esto ocasionará más ventajas a largo plazo. Esto se debe a que una intervención tardía puede generar la aparición de dificultades mucho mayores que afecten a los procesos de lectoescritura o a las habilidades sociales y por lo tanto al posterior desarrollo integral del niño.

#### **4.4. Tartamudeo o disfemia.**

La disfemia o el tartamudeo es la alteración del lenguaje sobre la cual se basará la investigación realizada en este trabajo. Por esta razón, la información que se aportará sobre ésta será mucho más amplia que la tratada en las alteraciones anteriores, puesto que el conocimiento de todo lo relacionado con la disfemia es fundamental para el desarrollo de la investigación posterior.

En primer lugar, y si seguimos la información expuesta anteriormente, podemos establecer que la disfemia o tartamudez es una alteración de la fluidez del habla, sobre la cual encontramos un gran número de definiciones aportadas por distintos autores como las siguientes:

- ✓ “La tartamudez infantil, también llamada disfemia, es una alteración en el ritmo del habla y de la comunicación, caracterizada por repeticiones o bloqueos espasmódicos que dificultan la melodía del discurso” (Morales, 2010, p. 1).
- ✓ “La tartamudez es un trastorno especial del ritmo del habla caracterizado por disfluencias consistentes en repeticiones y prolongaciones de sonidos verbales y dificultad para iniciar la frase, pese a que el sujeto sepa lo que va a decir” (Sangorrín, 2005, p. 43).
- ✓ “La disfemia es el defecto de la elocución caracterizado por la repetición de sílabas o palabras, o paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal, acompañada de angustia” (Alegre y Pérez, 2008, p. 183).
- ✓ “La disfemia, también denominada tartamudeo, es una alteración en el ritmo del habla que se manifiesta con interrupciones en la fluidez de la palabra. Consiste en la

repetición o alargamiento involuntario de sonidos, sílabas o palabra” (Torres, 1996, p.42).

Como se puede observar en estas definiciones, todos los autores hacen alusión a las dificultades que tienen las personas que presentan cierto grado de disfemia a la hora de emitir palabras y comunicarse con los demás. Aspecto que en muchos caso genera inseguridad, stress y bloqueos emocionales.

Sin embargo, es necesario realizar una aclaración, ya que como nos indica Groesman (2010) se pueden apreciar alteraciones en la fluidez del habla entre los 2 y los 5 años de edad del niño que luego pueden llegar a remitir. Por esta razón y para evitar colocar la etiqueta de niño “tartamudo”, se denomina a esta falta de fluidez inicial disfluencias verbales.

Siguiendo a la misma autora, la tartamudez afecta al 2% de la población adulta, sin embargo, el 5% de los niños pasan por un periodo de disfluencias verbales en su niñez. Éstas suelen remitir con el paso del tiempo y con la interiorización de las estructuras del lenguaje adquiridas en esta etapa, aunque puede haber casos que deriven en el tartamudeo propiamente dicho. Asimismo, los estudios demuestran que la disfemia afecta a más personas del sexo masculino que del sexo femenino.

#### 4.4.1. Características del niño tartamudo.

Los niños que presentan disfemia muestran unos síntomas característicos que facilitan su detección. Además de las repeticiones o interrupciones en la fluidez, pueden mostrar los siguientes síntomas con mayor o menor intensidad según nos indican diferentes autores (Tabla 1).

Tabla 1.

*Características de la disfemia. Fuente: elaboración propia*

Mendoza (1985)	Navas (2011)	Luque (2009)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tartamudean en las palabras que empiezan por consonantes, las palabras largas y las</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilización de muletillas verbales.</li> <li>Entonación monótona y prolongaciones al</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultades a la hora de ordenar y construir una frase.</li> <li>Experimentación de</li> </ul>

<p>palabras que están al comienzo de la frase.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleo de perífrasis.</li> <li>• La tartamudez suele desaparecer con el canto, ya que este prolonga la duración de la frase y la velocidad del habla es más lenta.</li> <li>• Otro elemento que también disminuye la tartamudez, es la lectura en voz alta.</li> </ul>	<p>hablar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición de tics que acompañan al tartamudeo.</li> <li>• Fragmentación de las palabras.</li> <li>• Aparición de ansiedad y tensión ante situaciones verbales.</li> <li>• Economía en la expresión verbal.</li> </ul>	<p>miedo al hablar o también denominado logofobia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentan movimientos compulsivos y espasmódicos que afectan a la musculatura facial y del cuello.</li> <li>• Alteraciones fonorrespiratorias al hablar.</li> <li>• Rubor, sudoración, palpitación y temblor.</li> </ul>
--	---	--

A pesar de que los síntomas de las personas tartamudas son bastante claros, en ciertas ocasiones es difícil diagnosticar si en una persona hay disfemia o no. Esto se debe a que los síntomas descritos anteriormente pueden variar en función de la época del año, del momento de inicio de la misma, etc. Por lo tanto y según nos indican Alegre y Pérez (2008) “no hay dos casos de disfemia que se presenten igual” (p.190).

#### **4.4.2. Factores etiológicos de la disfemia.**

A pesar de ser un tema bastante investigado, hay que señalar que no se conocen con exactitud cuáles son las causas de la disfemia. Sin embargo y como nos recuerdan Gallardo y Gallego (1995) en sus publicaciones, la disfemia presenta una etiología multifactorial porque:

A pesar de existir muchas teorías propuestas, no existe un único factor responsable y único desencadenante del trastorno; más bien se trata de un conjunto de factores que se asocian de diversas formas con algún predominio de uno sobre los demás. (p.246)

Teniendo esto en cuenta, señalaremos algunas posibles causas de la disfemia atendiendo a los aspectos destacados por Alegre y Pérez (2008):

- Influencia de la herencia. Este factor está aceptado como posible causa del tartamudeo aunque todavía no ha sido probado con certeza. No se puede considerar como un factor desencadenante porque cada individuo no tiene la misma predisposición a tartamudear, pero es una variable importante.
- Trastornos de la lateralización. Se puede establecer que existe una cierta relación entre la disfemia y los sujetos que son zurdos contrariados; es decir, su lateralidad no está adquirida correctamente puesto que la relación con uno de los hemisferios cerebrales no es la correcta.
- Sexo de la persona. La tartamudez afecta en un porcentaje mayor a personas del sexo masculino que a personas del género femenino. Sin embargo, la explicación a este fenómeno no existe a día de hoy. Según ciertas investigaciones se podría deber al hecho de que las niñas comienzan a hablar y adquirir las bases del lenguaje antes que los niños.
- Alteraciones lingüísticas. Este factor hace referencia al hecho de que los niños tartamudos generalmente presentan dificultades en las primeras articulaciones, en la adquisición de la estructura sintáctica y en la semántica. A pesar de estas coincidencias, un mal desarrollo del lenguaje no tiene por qué provocar una falta de fluidez en el habla.
- Teorías orgánicas. Estas teorías se basan en asignar la disfemia a una alteración neuronal o lesiones cerebrales que impidieran coordinar la musculatura bucofonatoria correctamente en el momento preciso.
- Teorías audiógena. En este caso, existen un conjunto de teorías que hacen referencia a la influencia que puede llegar a tener que el niño presente cierto grado de hipoacusia. La falta de entendimiento de los fonemas puede ocasionar que el niño intente reproducirlos de forma diferente a la habitual, lo que le ocasione problemas en su fluidez oral.

#### **4.4.3. Tipos y fases de aparición de la disfemia.**

Una vez que conocemos cuáles son las características principales de las personas tartamudas así como sus posibles factores etiológicos, podemos deducir que no todos los casos son iguales y que cada individuo necesitará una intervención o tratamiento específico. Antes de realizar esta intervención, es necesario diferenciar los distintos tipos de disfemia que existen en función de los tipos de errores que se producen y el momento en el que aparece.

Mendoza (1985) considera que tradicionalmente los tipos de tartamudez se han diferenciado en dos clases: la tartamudez clónica y la tartamudez tónica. En primer lugar, se considera que un niño tiene una tartamudez clónica cuando emite repeticiones convulsivas de un conjunto de sílabas durante la construcción de una frase. Es decir, en este caso la falta de fluidez en el habla del niño se produce de forma repentina y no suelen tener una larga duración durante la emisión de las frases. En segundo lugar, nos encontramos con la tartamudez tónica, la cual hace referencia a una interrupción casi total del habla con contracciones continuas que ocasionan la emisión de la frase o la palabra de una forma repentina. Asimismo, los Logopedas de los Equipos de Atención Temprana (2004) indican la existencia de un tipo de disfemia que combina los tipos descritos anteriormente. Esta se denomina como tartamudez mixta, la cual se caracteriza por mezclar los síntomas tanto de la disfemia clónica como de la tónica de forma alternativa.

Una vez que conocemos las diferentes formas en las que se puede presentar la disfemia atendiendo a los tipos de errores, es adecuado mencionar otro tipo de clasificación en función de las fases o el momento en el que aparece. Según Gallardo y Gallego (1995), existen tres momentos en los que puede aparecer esta alteración en la fluidez del habla:

- El primero de ellos aparecería en torno a los tres años de edad y se podría denominar como tartamudeo inicial. Como ya se ha mencionado anteriormente, en este momento el niño está sentando las bases del idioma por lo que esos cortes verbales o disfluencias pueden considerarse manifestaciones normales. En este momento se debe evitar realizar correcciones al niño o darle demasiada

importancia, ya que eso podría agravar la situación y derivar en un tartamudeo real. Por lo general, este tipo inicial suele desaparecer con la edad.

- A partir de los cinco años podríamos encontrar el segundo momento de aparición. En este caso se denominaría tartamudeo episódico, puesto que ocurre en ocasiones esporádicas y no presenta mayores complicaciones. Sería suficiente con una intervención orientativa a la familia para evitar problemas mayores.
- En último lugar, si el tartamudeo aparece entorno a los diez años como consecuencia de emociones bruscas o causas imprecisas, debemos considerarlo como la disfemia o el tartamudeo propiamente dicho. En este caso sería necesario realizar una intervención específica.

A continuación se muestra un esquema sobre los tipos mencionados anteriormente, con el fin de aclarar las posibles dudas que puedan existir sobre esta clasificación (Gráfico 2).



Gráfico 2. Tipos de disfemia. Fuente: elaboración propia.

#### 4.4.4. Tratamiento de la disfemia e intervención educativa.

Como afirma Mendoza (1985), la disfemia es una alteración del habla muy difícil de tratar. Esto se debe a la posibilidad de reducir el tartamudeo en determinados ambientes controlados a través de algunos tratamientos, mientras que en la vida cotidiana del niño es más difícil que esos programas sigan haciendo el mismo efecto

que en esas situaciones controladas. A parte de esta dificultad de controlar el habla en diferentes situaciones, algunos de los tratamientos más extendidos para la disfemia son muy complicados de desarrollar con niños de menor edad. Esto se debe al hecho de que los niños en la etapa de Educación Infantil generalmente siguen siendo inmaduros en muchos aspectos relacionados con su desarrollo y aprendizaje.

A pesar de estas dificultades y centrándonos en la etapa de Educación Infantil, es importante realizar una detección y atención temprana en aquellos casos en los que se pueda manifestar cierto grado de tartamudeo, que como se expuso anteriormente no debe confundirse con las disfluencias verbales propias de la edad. Recordamos que para que exista un caso de disfemia, sobre todo en esta etapa educativa, debemos observar que el niño muestre situaciones de tensión articulatoria, esfuerzo durante la emisión de los fonemas, interrupciones bruscas en las frases o bloqueos espasmódicos durante el habla.

Teniendo estos aspectos en cuenta, la disfemia debe tratarse con la ayuda de un especialista. Sin embargo, el primer nivel de detección y observación es el entorno más cercano del niño, en este caso el maestro y la familia. Como maestros es importante recordar que el niño no es capaz de eliminar el problema de forma voluntaria, por lo que el hecho de interrumpirle, corregirle mientras habla, hacerle repetir la frase e incluso anticipar aquello que nos quiere decir, es algo contraproducente y dañino para él (Medina, 2008).

Los maestros deben crear un ambiente de seguridad y adoptar una actitud de espera, tranquilidad y escucha activa. Esto permitirá al niño aumentar su confianza en el maestro e intentar superar esa logofobia en determinadas situaciones. Porque como afirma Tough (1996), el hecho de crear una atmósfera relajada y cómoda para el niño, en la cual se eviten las situaciones en las que todo el mundo está pendiente de él cuando habla, permitirá ayudarlo de una forma más positiva.

Medina (2008), nos aporta ciertos recursos que son muy útiles para disminuir la tensión y los síntomas de la disfemia en el aula. Las actividades de psicomotricidad son fundamentales para conseguir un mayor control corporal y lograr la liberación de las tensiones acumuladas. Asimismo, el habla se vuelve mucho más fluida cuando el niño canta o lee en voz alta, sin embargo esta última correspondería a niños de otras etapas

educativas. Es necesario señalar que todas estas indicaciones son extrapolables al ámbito familiar. Generalmente, la familia suele generar situaciones de estrés y angustia para los niños tartamudos puesto que en muchas ocasiones actúan como un factor de mantenimiento del problema.

Por otro lado, a parte del papel fundamental del maestro y la intervención que puede realizar dentro del aula, es necesario trabajar con otros profesionales de distintos ámbitos. Para Mendoza (1985), el psicólogo y el logopeda tienen un papel primordial. Debido al factor emocional que presenta la disfemia, el papel del psicólogo puede ser muy importante para intentar eliminar o reducir esa ansiedad ante situaciones verbales. Asimismo, el logopeda debe ser la figura central del tratamiento, puesto que es una alteración de la fluidez del habla. El objetivo de estos profesionales es lograr un habla fluida basándose en dos constantes que la caracterizan; el ritmo y la velocidad. Para ello se realizan dos tratamientos complementarios: el enlentecimiento del habla y el habla rítmica.

Para conseguir estos objetivos y desarrollar estos tratamientos, la misma autora nos indica lo importante que es realizar con el niño una educación respiratoria que le permita trabajar de forma conjunta la foniatría. De forma complementaria, la educación rítmica es fundamental para lograr que el niño siga un ritmo al realizar las emisiones verbales, reduciendo así la tartamudez. Enseñar y trabajar el ritmo con los niños preescolares suele ser más complicado que con adultos, puesto que adecuarse a un ritmo lento impuesto por el especialista les puede resultar muy complicado. Para suprimir este problema, los logopedas han encontrado una posible solución en el método de enseñanza del pedagogo musical Carl Orff. Para este, el lenguaje en sí mismo es armonía, melodía y ritmo, matices que le dan fluidez. Por lo tanto, una forma de enseñar el ritmo a los niños de esta etapa y mejorar su fluidez es a través de la música.

Para Alegre y Pérez (2008), la relajación también es un elemento muy importante dentro de los tratamientos con niños tartamudos. El hecho de aprender a relajar los músculos del cuerpo para eliminar la tensión acumulada y sobre todo de la cabeza y el cuello puede suponer una mejora considerable en la articulación.

Observando los beneficios que pueden suponer para el niño la aplicación de estos tratamientos de una forma conjunta, consideramos que es fundamental que todos estos

profesionales mantengan una constante relación e intercambio de información con el fin de realizar una intervención positiva y completa para el niño.

## **5. METODOLOGÍA**

En este apartado, se expondrán aquellos aspectos más relevantes para el desarrollo de nuestra investigación sobre la incidencia que tiene la disfemia en los centros escolares. En primer lugar, nos tuvimos que plantear cómo íbamos a desarrollar esta investigación, por lo que era necesario establecer una metodología concreta. Teniendo esto en cuenta, la metodología seleccionada para realizar nuestra investigación ha sido tanto la metodología cuantitativa como la cualitativa puesto que consideramos que ambas nos pueden beneficiar a la hora de llevar a cabo dicho proyecto. A continuación, pasaremos a describir cada una de ellas, con el fin de exponer y resaltar aquellos aspectos que las caracterizan.

Según López (2002) la metodología cualitativa se caracteriza por ser un método que genera teorías e hipótesis donde el investigador es el que recoge los datos. Asimismo, la metodología cualitativa se caracteriza por la inexistencia de un método de recogida de datos. Las variables no quedan definidas operativamente ni se pueden medir; es decir, es una metodología flexible, holística y que no permite análisis estadísticos.

Por otro lado, respecto a la metodología cuantitativa, podemos establecer que ésta recoge información de aspectos con los que se pueden realizar operaciones de medición. Por lo tanto, se puede considerar que debido a su naturaleza siempre vamos a obtener un resultado numérico. Es una investigación que necesita cierto grado de rigurosidad a la hora de aplicar las técnicas correspondientes, por lo que la secuencia de estos pasos requiere mucha minuciosidad en la elaboración de cada uno de éstos así como su validación (Aravena, Kimelman, Micheli, Torrealba y Zúñiga, 2006).

### **5.1. La muestra**

A continuación, se expondrá una descripción de la muestra sobre la que se ha realizado la investigación. Los datos recogidos y utilizados en esta investigación proceden de dos centros educativos de la provincia de Segovia. Uno de los centros, el colegio Claret, es un colegio católico cuya titularidad es la Congregación de Misioneros

Claretianos. Éste promueve la educación y formación de niños y jóvenes impartiendo diversos niveles educativos. Es decir, desde el primer ciclo de Infantil hasta la etapa de Bachillerato. Asimismo, el centro se acoge al Régimen de Conciertos Educativos con el fin de estar abierto a todas las familias, pero este concierto solo afecta a los niveles de Educación Infantil, Primaria y ESO, ya que la educación postobligatoria es privada.

El otro centro educativo del cual pudimos extraer más información, es el Centro Rural Agrupado los Almendros, cuya cabecera se encuentra situada en la localidad de La Lastrilla a 4 kilómetros de la ciudad de Segovia. Al ser un Centro Rural Agrupado, se compone de tres centros de distintas localidades de la provincia de Segovia. Además, es necesario señalar que la localidad de Mata de Quintanar también pertenece a esta agrupación, pero el hecho de no contar con un centro escolar propio ocasiona que el alumnado sea trasladado al colegio de La Lastrilla. Los otros centros que pertenecen al CRA Los Almendros son el municipio de Bernuy de Porreros y el barrio de Zamarramala, ambos situados cerca de la capital segoviana. Asimismo, este CRA imparte al alumnado los niveles pertenecientes al segundo ciclo de Educación Infantil y la etapa de Educación Primaria.

Una vez que conocemos el contexto de los centros en los cuales se han recogido los datos para nuestra investigación, es necesario señalar que en ambos colegios se pasó un cuestionario al profesorado tanto de Educación Infantil como de Educación Primaria. Recogimos un total de 21 cuestionarios entre los dos centros educativos, de los cuales el 90% fueron contestados por mujeres y el 10% por hombres. Respecto al porcentaje de maestros que respondieron de las etapas educativas de Infantil y Primaria, establecemos que el 52.4% de los maestros que respondieron pertenecían a Infantil, mientras el 48% restante eran maestros de Primaria.

Asimismo, solo en el CRA los Almendros, realizamos unos cuestionarios para el alumnado del tercer ciclo de Primaria. Obtuvimos un total de 26 cuestionarios de alumnos de 5º de Primaria; es decir, niños cuyas edades oscilan entre 10 y 11 años de edad. Además, de estos cuestionarios podemos establecer que el 53.8% del total eran niñas mientras el 46.2% restante corresponde al sexo masculino. A continuación, se muestra un resumen de los datos indicados anteriormente (Tabla 2):

Tabla 2.

*Resumen de datos generales sobre los cuestionarios*

	Total	Centro	Sexo	Curso escolar
Cuestionario para docentes	21	Claret	Mujer 90%	Infantil 52.4%
		CRA los Almendros	Hombre 10%	Primaria 48%
Cuestionario para alumnos	26	CRA los Almendros	Mujer 53.8%	5° Primaria
			Hombre 46.2%	

Por último, con el fin de completar esta investigación, se realizó una entrevista oral a tres logopedas cuyo lugar de trabajo es bastante diferente dentro del ámbito educativo. De los tres logopedas, dos eran mujeres mientras que el logopeda restante era hombre. Una de las logopedas es maestra con especialidad en Audición y Lenguaje, por lo tanto trabaja en un centro educativo con aquellos alumnos que presenten algún tipo de dificultad en el lenguaje. Otro de los logopedas también es psicólogo por lo que trabaja en el ámbito privado a través de una consulta propia de logopedia en la cual trabaja tanto con niños como con personas adultas. La última logopeda entrevistada, también tenía una doble titulación en psicología y logopedia. Ésta trabaja en el Equipo de Atención Temprana de la provincia de Segovia y asiste a varios centros para diagnosticar al alumnado perteneciente a la etapa de Educación Infantil.

## **5.2. Instrumentos utilizados**

Como se expuso anteriormente, los instrumentos que hemos utilizado en esta investigación han sido los cuestionarios y las entrevistas. En primer lugar, describiremos cómo ha sido el proceso de elaboración de los cuestionarios tanto del profesorado como del alumnado. A continuación, realizaremos el mismo proceso para explicar la elaboración de las entrevistas.

El cuestionario es uno de los instrumentos que se utilizan con la metodología cuantitativa. Este instrumento es una de las técnicas de investigación social más utilizadas y consisten en formular preguntas muy concretas con el fin de que las personas a las que van dirigidas puedan aportar su opinión (Cea D´Ancona, 1998). A continuación, expondremos las fases que se siguieron a la hora de crear los cuestionarios tanto del alumnado como del profesorado.

En primer lugar, realizamos una revisión bibliográfica con el objetivo de conocer en profundidad la temática de la investigación y poder establecer cuáles son las variables que se deben medir. Posteriormente, atendiendo a las variables y a los indicadores medibles, se crea una selección amplia de ítems que conformarán el posterior cuestionario. Estos ítems fueron revisados por el tutor con el fin de seleccionar aquellos más adecuados para el objeto de estudio.

Una vez descrito el proceso de creación de los cuestionarios, se expondrá el contenido de los mismos atendiendo a las categorías establecidas; es decir, a la temática que responde cada una de las preguntas. Respecto al cuestionario del alumnado, podemos encontrar dos preguntas relacionadas con la identificación de los sujetos atendiendo a dos criterios, el sexo y el curso escolar. La tercera y última pregunta, trata de una escala de opinión con varios ítems sobre actitudes referentes a la disfemia. Estos ítems se responderán atendiendo a una escala que muestra el grado de acuerdo o de desacuerdo con la afirmación. Es decir, el alumno tendrá que marcar la casilla atendiendo a la siguiente escala: Desacuerdo total, desacuerdo, de acuerdo, bastante de acuerdo y totalmente de acuerdo. Los ítems a evaluar son:

- Me pongo muy nervioso/a cuando hablo con un compañero que tiene problemas de fluidez verbal, es decir, que tartamudea.
- No me altera tener en clase un compañero tartamudo.
- Me hace mucha gracia oír tartamudear a una persona.
- Me gusta gastar bromas a una persona tartamuda.
- Opino que la tartamudez nunca debería ser objeto de burla.
- Creo que la tartamudez no es un problema tan grave y tiene fácil solución.
- No considero importante tratar la tartamudez en la escuela.
- La tartamudez solo tendría que ser tratada por los logopedas.

- Considero que el maestro/a tendría que explicarnos en qué consiste esta alteración del habla.
- Cuando un compañero tartamudea intento corregirle rápidamente.
- Me muestro impaciente cuando mi compañero tartamudo intenta decirme algo.
- Comprendo lo difícil que es intentar hablar y que no salgan las palabras de forma fluida.
- Los niños/as tartamudos son muy tímidos y casi no se relacionan con los demás compañeros.
- Los niños/as tartamudos nunca hablan en público. Parece que tuvieran miedo.

Respecto al cuestionario destinado a los docentes de Educación Infantil y Primaria, podemos encontrar una primera parte que se basa en preguntas personales con el fin de obtener algunos datos contextuales. Estas preguntas son las siguientes:

- Sexo
- Centro al que pertenece
- Años dedicados a la enseñanza
- Especialidad (Infantil, Primaria, EF, PT...)
- Nivel y curso actual

A continuación, se establecen una serie de ítems generales sobre las alteraciones del lenguaje. En este caso, los maestros tendrán que responder a través de una escala. Las preguntas que podemos encontrar con esta temática son:

- ¿Recuerda haber tenido algún alumno/a que presentara alguna de las siguientes alteraciones en el lenguaje oral? Marque con una X aquello que se corresponda en la siguiente escala.

	Ninguno	Alguno	Bastante	Mucho	NS/NC
a. Disfonías					
b. Afonías					
c. Dislalias					
d. Disartrias					
e. Disglosias					

f. Afasia					
g. Mutismo					
h. TEL					
i. Retraso madurativo del lenguaje					
j. Otras					

- En caso de tener en el aula un alumno/a con alguna alteración en el habla, ¿qué procedimientos se siguen? Marque todas las que proceda.
  - Hablar con la familia.
  - Comunicarlo a la dirección del centro.
  - Realizar una evaluación al niño.
  - Realizar una observación directa durante un tiempo estipulado por parte del maestro.
  - Pedir la opinión de un especialista.
  - Derivar el caso a un logopeda.
  - Otras.
- ¿En el centro hay alguna persona especialista dedicada a la atención del lenguaje?

A continuación, el cuestionario presenta un conjunto de preguntas abiertas relacionadas exclusivamente con la disfemia o tartamudez. Estas preguntas solo se pueden responder en el caso de que el maestro haya tenido en su aula algún alumno con esta alteración del habla. Las preguntas son las siguientes:

- ¿Recuerda haber tenido algún niño o niña (alumno) con tartamudez?
- ¿Qué síntomas o comportamientos mostraba en el aula?
- ¿La interacción con sus iguales y los adultos era la misma? ¿Cómo se comportaba ante estas situaciones sociales?
- ¿Conoce si el alumno/a mostraba disfluencias verbales en la etapa de Educación Infantil? ¿Cuándo se convirtieron esas disfluencias en un caso de tartamudez propiamente dicho?
- ¿Hubo algún especialista que diagnosticó al alumno/a?

- Una vez diagnosticado el alumno/a, ¿qué procedimientos se siguieron?  
Marque todas las que proceda.
  - Hablar con la familia.
  - Comunicarlo a la dirección del centro.
  - Realizar una evaluación al niño.
  - Realizar una observación directa durante un tiempo estipulado por parte del maestro.
  - Pedir la opinión de un especialista.
  - Derivar el caso a un logopeda.
  - Otras.
- ¿Se realizó alguna intervención en el aula? ¿Qué métodos o pautas se siguieron?

Por último, el cuestionario para maestros, al igual que el cuestionario para el alumnado presenta una tabla con una serie de ítems a valorar sobre la disfemia. Estos ítems están relacionados con la actitud que tiene un maestro ante determinadas situaciones con un alumno que tenga disfemia. Esta tabla presenta una escala que muestra el grado de acuerdo y de desacuerdo, como se indicó anteriormente en el otro cuestionario. Estos ítems son los siguientes:

- Me pongo muy nervioso/a cuando hablo con niños/as que tienen problemas de fluidez verbal.
- No me influye de forma negativa tener en clase un niño/a tartamudo.
- Opino que la tartamudez nunca debería ser objeto de burla.
- Creo que la tartamudez debería considerarse dentro de las necesidades educativas especiales
- No considero importante tratar la tartamudez en la escuela.
- La disfemia solo tendría que ser tratada por los logopedas.
- Considero que es necesario explicar a los compañeros del niño/a tartamudo en qué consiste su problema.
- No conozco qué estrategias seguir dentro del aula para trabajar esta alteración.
- Cuando el niño/a tartamudea intento corregirle rápidamente.

- Me muestro impaciente cuando escucho lo que el niño/a tartamudo me tiene que decir.
- Considero imprescindible la función del logopeda para tratar la disfemia.
- Trabajar de forma conjunta con un especialista me permitiría intervenir mejor ante algunas situaciones.
- Trato que el niño/a tartamudo lea en voz alta delante de todos sus compañeros.

Por otro lado, la entrevista será utilizada como un instrumento cualitativo de recogida de datos, como una herramienta muy útil que permite recopilar información detallada sobre un tema específico, en este caso la disfemia. La entrevista cualitativa, como nos indica Vargas (2012) es una conversación entre dos personas, el entrevistador y el entrevistado, en la cual se favorece la aportación de información sobre un tema establecido previamente. A la hora de planificar la entrevista, es necesario que el entrevistador plantee una serie de preguntas cuyas respuestas abarquen lo que se pretende conseguir en la investigación. Asimismo, es necesario que durante la entrevista, el entrevistador, no adopte un rol de autoridad, no haga valoraciones sobre la información que está recibiendo, sea comprensivo y empático, no discuta con la persona entrevistada y demuestre la seriedad y la legitimidad del estudio.

Como establecen Aravena et al. (2006), existen diversos tipos de entrevistas, pero todas se basan en la interacción social a través de la comunicación verbal. Teniendo esto en cuenta, llevaremos a cabo una entrevista no estructurada basándonos en una serie de preguntas abiertas y flexibles en las que la persona entrevistada es quién tiene que aportar la información. Además, las preguntas deben ser claras, simples y que impliquen una idea principal del tema que se quiere investigar.

La entrevista realizada a los tres logopedas consta de 13 preguntas abiertas agrupadas en varios temas. Un primer conjunto de 4 preguntas hacen referencia a aspectos personales relacionados con la profesión, el lugar de trabajo, los años dedicados a esa profesión, etc. Otro grupo de preguntas, en este caso 3, pretenden conocer a las personas que atienden diariamente y las alteraciones del lenguaje más frecuentes cuando trabajan.

Por otro lado, a partir de este momento de la entrevista, las preguntas hacen referencia a diversos ámbitos de la disfemia con el fin de extraer la máxima información posible. Estas preguntas son las siguientes:

- ¿Recuerda haber tenido algún caso de tartamudez o disfemia en la etapa escolar de Infantil o Primaria? ¿Qué síntomas presentaban?
- ¿Cuándo es necesaria la intervención de un especialista, en este caso un logopeda, cuando se trata de una disfemia?
- ¿Cómo trabaja con los niños o adultos tartamudos? ¿Qué tratamientos sigue? ¿Colabora con otros profesionales durante el tratamiento? ¿Cuánto tiempo se requiere?
- ¿Suele estar en contacto con los maestros y familiares del niño en cuestión para exponer sus avances?
- ¿Cómo considera que un maestro debería trabajar con los niños tartamudos dentro de un aula? ¿Qué orientaciones o pautas se da a las familias?
- ¿Podría afirmar que la disfemia es una de las alteraciones más difíciles de tratar? ¿Por qué?

### **5.3. Recogida de información**

Una vez expuestos los instrumentos que hemos utilizado para la realización de esta investigación, pasaremos a describir cómo se ha recogido la información. En primer lugar, era necesario pedir permiso tanto al colegio Claret como al CRA los Almendros para poder pasar los cuestionarios necesarios. Para ello, hablamos con los directores de ambos centros, exponiendo los motivos de la investigación y la necesidad de obtener la información a través de cuestionarios.

Al obtener el permiso correspondiente, enviamos a los centros los cuestionarios a través del correo electrónico con el fin de que lo recibieran los maestros de la etapa de Educación Infantil y Primaria. Asimismo, en el CRA los Almendros pasamos un cuestionario destinado al alumnado del tercer ciclo de Primaria, es decir, a alumnos de 10-12 años.

El director de este centro se comprometió a realizar el cuestionario con el alumnado de 5º de Primaria durante la clase de tecnología. Esto se debe a que los alumnos del tercer ciclo de Primaria cuentan con un campus virtual al que acceden a través de una

cuenta personal donde pueden encontrar los materiales necesarios para el aprendizaje de algunas asignaturas. Por lo tanto, el director del CRA los Almendros realizó los cuestionarios de forma conjunta con los alumnos de los dos cursos de 5º de Primaria.

Respecto a las entrevistas, éstas se realizaron de forma oral y presencial con cada uno de los logopedas. Previamente a esto, fue necesario contactar con cada uno de ellos y solicitar su permiso para realizar dicha entrevista. Con dos de las logopedas contactamos directamente en el centro en el que realizaba mis prácticas mientras que con el otro logopeda tuvimos que llamar a su consulta y concretar una cita para realizarla. Asimismo, es necesario señalar que dos de las entrevistas a los logopedas fueron grabadas a través de un teléfono móvil, sin embargo, una de las logopedas no quiso que se grabara dicha conversación. Asimismo, en todas las entrevistas tomamos notas de los aspectos más relevantes que iban narrando.

#### **5.4. Análisis estadístico**

Como se ha expuesto anteriormente, la metodología utilizada en nuestra investigación se basa en la cuantitativa y cualitativa, ya que ambas favorecen dicha propuesta y hemos utilizado instrumentos de cada una de estas metodologías como los cuestionarios y las entrevistas personales respectivamente.

Una vez que hemos recogido toda la información necesaria tanto de los centros como de los logopedas, es el momento de realizar su análisis y posteriormente extraer los resultados correspondientes. Respecto a las entrevistas, tras realizarlas con cada uno de los logopedas, pasamos a transcribirlas con el fin de tener todos los datos recogidos en un documento y de forma más clara. A continuación, nos disponemos a extraer la información aportada por cada uno de los logopedas y comparando las preguntas, sacaremos unas conclusiones claras.

Por otro lado, para extraer los datos de los cuestionarios del alumnado y el profesorado de los dos centros escolares hemos seguido los siguientes pasos. En primer lugar, volcamos todos los datos en una hoja Excel; es decir, establecimos como variables el número de cuestionarios respondidos y el número de preguntas a contestar. A cada una de las respuestas aportadas, salvo en aquellas preguntas que fueran abiertas, se les asignó un valor numérico. Esto se debe a que posteriormente utilizaremos el programa SPSS para obtener los datos que utilizaremos para extraer nuestros resultados.

En la asignatura de “Observación sistemática y análisis de contextos educativos” nos hablaron del programa SPSS para extraer los datos de una investigación. Teniendo esto en cuenta y con la ayuda del tutor, logramos la extracción de estadísticas en datos.

## **6. RESULTADOS**

Teniendo en cuenta las líneas de investigación que vamos a seguir y los aspectos que caracterizan a cada una de ellas, pasaremos a describir y exponer cuáles han sido los resultados obtenidos a partir de los instrumentos utilizados para dar respuesta a nuestra investigación.

### **6.1. Resultados de las entrevistas a logopedas**

Como se ha expuesto anteriormente, la entrevista es uno de los instrumentos utilizados como medio para la recogida de información a logopedas sobre el tema que tratamos en nuestra propuesta, la incidencia de la disfemia en los centros. En este caso, la entrevista se realizó de forma oral y presencial a tres logopedas cuyas labores profesionales en el ámbito de la educación y el lenguaje son totalmente distintas. A estos sujetos, con el fin de identificarlos a la hora de extraer los resultados, los denominaremos como Logopeda 1, Logopeda 2 y Logopeda 3. A continuación se extraerá la información más relevante para nuestra investigación de cada una de las entrevistas que se podrán encontrar transcritas y completas en el Anexo 1.

Tal y como nos indica la Logopeda 1, los niños con disfemia suelen presentar alteraciones en la comunicación y en la fluidez de su habla. Esta falta de fluidez se caracteriza por repeticiones o bloqueos esporádicos que afectan al ritmo que tienen en su lenguaje y en la melodía del discurso. A diferencia de lo que muchas personas piensan, en la disfemia no existen anomalías en los órganos de la fonación. Esto unido a la falta de claridad en cuanto a sus factores etiológicos y otros elementos relacionados con el desarrollo evolutivo del niño, ocasiona que la disfemia sea una de las alteraciones más difíciles de tratar.

Como afirma la Logopeda 3, es uno de los casos patológicos más complicados de trabajar puesto que influyen muchos factores externos como es la ansiedad, la baja autoestima, los problemas de conducta, etc. Además, es una alteración que influye en

casi todas las áreas del desarrollo de una persona como el área afectivo-social. Es necesario añadir que cualquier logopeda, maestro o especialista que vaya a trabajar con una persona tartamuda debe tener claro que no es una enfermedad, por lo que no tiene cura. Es decir, el Logopeda 2 indica que a través de tratamientos se puede reducir o controlar los bloqueos y las repeticiones así como mejorar la frecuencia y la intensidad en determinadas situaciones, pero la eficacia de la intervención es incierta, ya que influyen muchos elementos externos que son muy difíciles de controlar.

Respecto al origen o los factores etiológicos que influyen en la aparición de la disfemia, podemos encontrar diferentes opiniones entre estos profesionales. Para la Logopeda 3, a medida que pasan los años y la ciencia avanza en el ámbito de la investigación, muchas de las teorías o hipótesis existentes para clarificar el origen de esta alteración del habla oral han ido refutándose, como es el caso de la teoría sobre la lateralidad cruzada mal adquirida. Para esta profesional, el origen de la disfemia está muy relacionado con la herencia genética de la persona, donde la actividad neuronal y los procesos bioquímicos tienen mucha importancia. Sin embargo, el Logopeda 2 tiende a favorecer la influencia que tiene el ambiente externo de la persona durante su periodo de adquisición del lenguaje; es decir, la familia, la estimulación, la personalidad del niño, su socialización, etc.

Por otro lado, todos los Logopedas confirman que en la etapa de Educación Infantil hay muy pocos casos claros de tartamudez propiamente dicha. Esto se debe, entre otros aspectos, al hecho de que durante los primeros años de su vida, los niños están desarrollando y adquiriendo las bases del lenguaje por lo que es normal la aparición de repeticiones. Es lo que se denominan disfluencias verbales las cuales desaparecen al adquirir totalmente el lenguaje, según la Logopeda 3. Generalmente, suelen apreciarse más en el primer ciclo de Primaria aunque, como indica el Logopeda 2, solo el 5% de la población suelen terminar con disfemia. Esto se debe al hecho de que la tartamudez puede ser espontánea y remitir antes de los 12-14 años de edad. Pasada esa edad, la disfemia es permanente.

A pesar de estos datos, las Logopedas 1 y 3 nos confirman que pueden existir algunos casos de tartamudez en la etapa de Infantil que luego deriven en disfemia propiamente dicha. Es decir, son casos en los que el niño tiene un desarrollo normal del lenguaje y acorde a su edad, pero comienzan a presentar síntomas de nerviosismo,

bloqueos, tics gestuales, aleteos nasales, timidez ante determinadas situaciones, etc. Esto es lo que se podría denominar como un caso claro de disfemia durante la etapa de Infantil, diferenciándose claramente de aquellos que presentan disfluencias verbales normales durante el proceso de adquisición del lenguaje oral.

Respecto a la intervención que sería necesario realizar con ellos, los tres logopedas afirman que cuanto más temprana sea mucho mejor. Con esto hacen referencia al hecho de realizar una intervención sobre el ambiente del niño en cuestión; es decir, como bien se ha expuesto anteriormente la tartamudez puede remitir antes de los 12 años salvo en aquellos casos en los que el diagnóstico sea claro desde el primer momento. Por esta razón, y especialmente con los niños más pequeños, es necesario dar ciertas orientaciones a la familia y el colegio con el fin de no agravar esa situación y perjudicar en un futuro al niño.

La Logopeda 1 confirma esa información exponiendo que en los casos de niños de 3 o 4 años no se interviene directamente con ellos sino con los padres, los profesores o el entorno más cercano. Con ellos, la intervención consiste en darles orientaciones sobre cómo actuar o cómo no actuar. Por otro lado, a partir de los 10-12 años aproximadamente ya podemos hablar de tartamudeo propiamente dicho y sí se interviene tanto con el niño como con su entorno. A continuación, se exponen las orientaciones más significativas aportadas por los tres Logopedas sobre qué orientaciones dar a las familias y al maestro-tutor del niño:

- La intervención correctiva antes de los 7 u 8 años puede resultar ineficaz y hasta perjudicial. Eso puede servir más para fijar el trastorno que para corregirlo.
- No hay que manifestar preocupación excesiva por el tartamudeo infantil.
- No hacerles repetir cuando ha tartamudeado.
- Evitar burlas, riñas y castigos por su habla.
- Crear un clima de seguridad y respeto en torno al niño.
- No hacer consciente al niño de su habla lenta.
- Hablar con tranquilidad, articulando bien y ligando las palabras en frases, no interrumpir, cuidar la comunicación no verbal hacia ellos, etc.
- En el aula nunca leer el último sino el primero para evitar la ansiedad.
- Lograr que pierda el miedo ante determinadas situaciones de exposición social.

Asimismo, como ya se ha expuesto anteriormente, la disfemia afecta de una forma global a la persona, por lo que los Logopedas 2 y 3 afirman que en algunos casos es necesario realizar una intervención múltiple contando con otros profesionales como los psicólogos. Esto se debe a que la disfemia suele afectar a la personalidad, la autoestima y a las habilidades sociales de la persona.

Por último, respecto al tratamiento que se debe seguir con los niños que presentan disfemia, el Logopeda 2 y la Logopeda 3 indican que en primer lugar hay que realizar una valoración del propio niño, de la familia, de la interacción que existe entre ellos, el comportamiento en el centro y una observación del lenguaje oral en diferentes situaciones. Una vez hecho esto, es importante aplicar tratamientos que permitan trabajar la fluidez, el control respiratorio, el ritmo, la discriminación auditiva y sobre todo la relajación, aspecto fundamental en los niños más pequeños.

Con personas adultas, se suelen utilizar técnicas mucho más sofisticadas con el fin de tratar aspectos más complejos, sin embargo, el tratamiento temprano se basa fundamentalmente en la reconducción del habla y en la eliminación de aquello que sea transitorio. Para ello, un aspecto fundamental en la relajación y en el ritmo es la musicoterapia.

La Logopeda 1 añade que con los niños que presentan tartamudeo propiamente dicho hay que tener en cuenta que respecto a la relajación se trabaja la hipertoniá, la coordinación fonorespiratoria y elementos prosódicos del lenguaje. Además, en el tratamiento también se pueden utilizar técnicas auxiliares como el habla rítmica, enmascaramiento del habla, etc. Además, el Logopeda 2 indica que es fundamental que durante el tratamiento se solicite la participación de los familiares del niño en sesiones conjuntas.

## **6.2. Resultados del cuestionario para el alumnado**

A continuación, pasaremos a exponer los datos y las estadísticas de cada uno de los cuestionarios realizados. En primer lugar, analizaremos los cuestionarios pasados a un total de 26 alumnos de 5º de Primaria. Como mostramos anteriormente, de los 26 alumnos que respondieron el cuestionario, un 46.2% son niños mientras que un 53.8% son niñas.

Una vez que tenemos los datos que nos permiten identificar a los alumnos, iremos exponiendo los resultados de cada uno de los ítems contestados siguiendo una escala que muestre su grado de acuerdo con esas afirmaciones. Como se muestra en el primer ítem, “me pongo muy nervioso/a cuando hablo con un compañero que tiene problemas de fluidez verbal, es decir, que tartamudea”, la gran mayoría de los alumnos no muestran tener problemas a la hora de relacionarse con una persona tartamuda, ya que el 92.3% del total muestra su desacuerdo con dicha afirmación (Tabla 3).

Tabla 3.

*Frecuencia de “me pongo muy nervioso/a cuando hablo con un compañero que tiene problemas de fluidez verbal, es decir, que tartamudea”*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válidos <sup>2</sup>	Desacuerdo total	16	61,5	61,5	61,5
	Desacuerdo	8	30,8	30,8	92,3
	De acuerdo	1	3,8	3,8	96,2
	Bastante de acuerdo	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Respecto al ítem “no me altera tener en clase un compañero tartamudo”, debemos señalar que no está bien formulado puesto que no debería ser una afirmación en negativo. Debido a esto, un 50% del alumnado ha mostrado su desacuerdo; es decir, siguiendo los datos que se muestran en la tabla siguiente, observamos como los niños sí se sienten incómodos al tener un compañero tartamudo en el aula. Sin embargo, como ya hemos mencionado anteriormente esto puede deberse a que no hayan comprendido bien la pregunta (Tabla 4).

Tabla 4.

*Frecuencias de “no me altera tener en clase un compañero tartamudo”*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desacuerdo total	11	42,3	42,3	42,3
	Desacuerdo	2	7,7	7,7	50,0

<sup>2</sup> Utilizaremos el término válidos para referirnos a todos los valores obtenidos en contraposición de aquellos valores perdidos que representan a los maestros que no han respondido los cuestionarios.

	De acuerdo	3	11,5	11,5	61,5
	Bastante de acuerdo	2	7,7	7,7	69,2
	Totalmente de acuerdo	8	30,8	30,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Por otro lado, respecto al ítem “me hace mucha gracia oír tartamudear a una persona” observamos cómo el 80.8% muestra su desacuerdo total ante dicha afirmación, por lo que podemos establecer que el alumnado de 5º de Primaria no considera gracioso que una persona tenga dificultades para comunicarse (Gráfico 3).

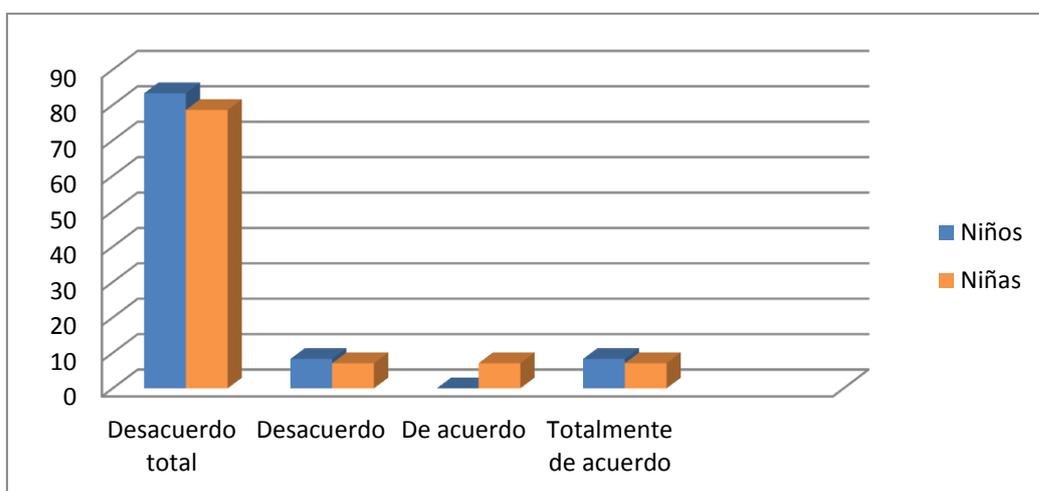


Gráfico 3. Frecuencia de "me hace mucha gracia oír tartamudear a una persona"

El siguiente ítem, hace referencia a la afirmación “me gusta gastar bromas a una persona tartamuda”. En éste podemos establecer que el 84.7% del alumnado no considera adecuado molestar o reírse de una persona con disfemia. Esto se puede observar en los datos que aparecen en la Tabla 5.

Tabla 5.

Frecuencia de “me gusta gastar bromas a una persona tartamuda”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desacuerdo total	22	84,6	84,6	84,6
	De acuerdo	2	7,7	7,7	92,3
	Bastante de acuerdo	2	7,7	7,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Por otro lado y como se observa en la Tabla 6, casi el total del alumnado, con un 92.3% opina que la disfemia nunca debería ser objeto de burla por parte de otras personas. Por lo tanto, si observamos los ítems anteriores, podemos establecer que los alumnos están a favor del respeto hacia las personas que presentan una alteración en la fluidez del habla.

Tabla 6.  
Frecuencia de "la disfemia nunca debería ser objeto de burla"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desacuerdo total	1	3,8	3,8	3,8
	Desacuerdo	1	3,8	3,8	7,7
	Totalmente de acuerdo	24	92,3	92,3	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Sin embargo, los datos nos muestran cómo los alumnos de 10-11 años de edad no consideran la tartamudez como un problema grave, sino que para ellos tiene fácil solución y por lo tanto no consideran adecuado que se trabaje en la escuela sobre este tema. Esto datos quedan reflejados de forma clara en los Gráficos 4 y 5 donde pasamos a realizar una diferenciación por sexos en ambos casos.

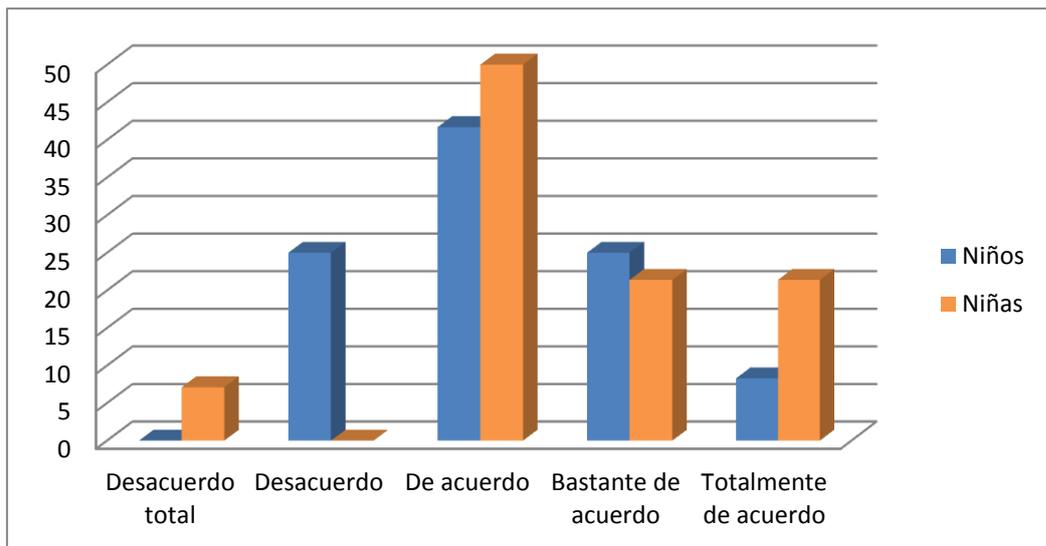


Gráfico 4. Frecuencia de "creo que la tartamudez no es un problema tan grave y tiene fácil solución"

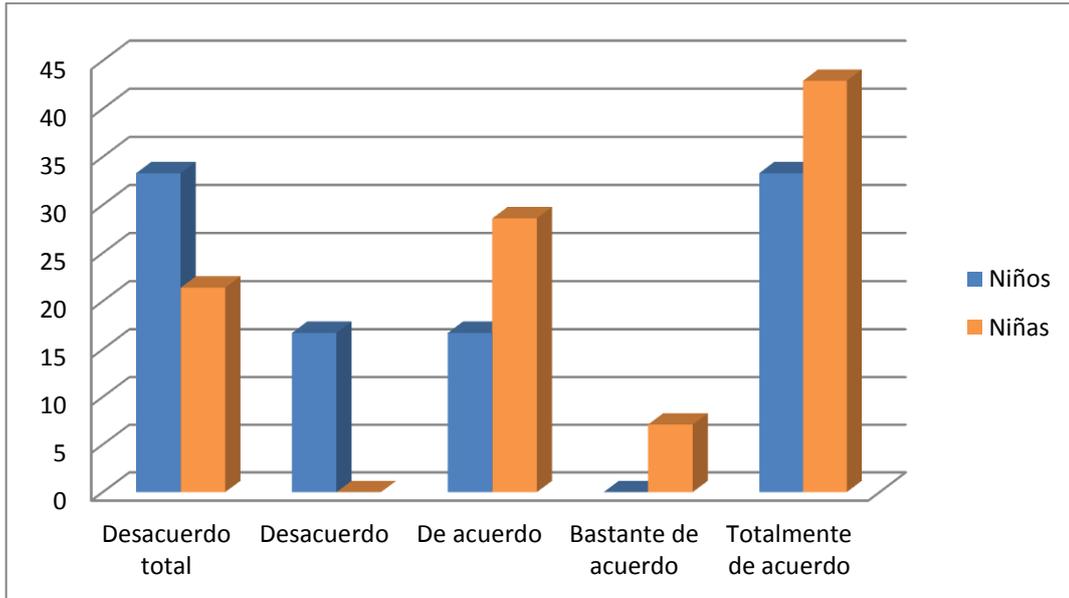


Gráfico 5. Frecuencia de "no considero importante tratar la tartamudez en la escuela"

Respecto al siguiente ítem del cuestionario, "la disfemia solo tendría que ser tratada por los logopedas", observamos que hay diversas opiniones entre el grupo de alumnos. Sin embargo, distinguimos que un porcentaje mayor del alumnado no está de acuerdo en que la tartamudez solo se trate a través de los logopedas. Esto se demuestra en la Tabla 7.

Tabla 7.  
Frecuencia de "la disfemia solo tendría que ser tratada por los logopedas"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desacuerdo total	10	38,5	38,5	38,5
	Desacuerdo	9	34,6	34,6	73,1
	De acuerdo	6	23,1	23,1	96,2
	Bastante de acuerdo	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

A partir de este momento, el alumnado comienza a responder una serie de cuestiones relacionadas con actitudes. A continuación, mostraremos los datos de tres ítems. El primero de ellos hace referencia a si consideran que el maestro debería explicar al grupo en qué consiste la disfemia en el caso de que en el aula haya algún alumno con estas características. En este caso, el 77% del alumnado opina que es muy

importante que el maestro explique en qué consiste la tartamudez con el fin de ayudar a comprender el problema de su compañero. Solo el 23% opina que no sería necesario trabajarlo en clase con todo el grupo-aula. Por otro lado, en el Gráfico 6 podremos observar con más claridad cómo el alumnado presenta opiniones diferentes ante dos cuestiones sobre la interacción con un alumno tartamudo.

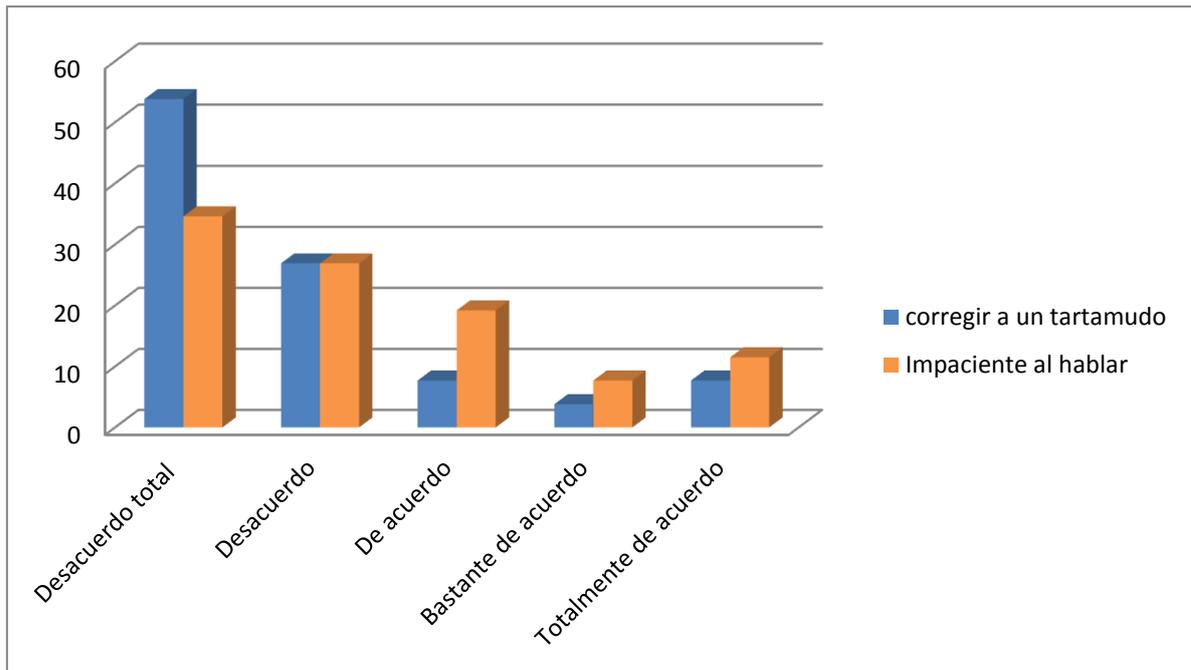


Gráfico 6. Frecuencias de "cuando un compañero tartamudea intento corregirle rápidamente" y "me muestro impaciente cuando mi compañero tartamudo intenta decirme algo"

Con estos datos podemos apreciar cómo el 80.7% del alumnado considera que no es adecuado corregir a un compañero cuando ha tartamudeado, frente al 19.2 % que muestra su conformidad ante el hecho de interrumpir a un compañero si tartamudea en alguna ocasión. Por otro lado, y en comparación con el ítem anterior, apreciamos que el 61.5% del alumnado no se mostrarían impacientes ante una conversación con una persona con alteración en la fluidez del habla. Sin embargo, encontramos un grupo mayor que en el ítem anterior, que reflejan su falta de paciencia ante esa situación. Esto se observa en el 38.5% del total.

Asimismo, al igual que el alumnado es consciente de aquellos aspectos que no debe realizar ante una persona con disfemia, han demostrado con un total del 96.1%, que comprenden la dificultad que tiene que suponer para una persona tartamuda

comunicarse. Como se aprecia en la Tabla 8, hay un mínimo porcentaje del 3.8% que no consideran que tengan tantas dificultades para hablar y comunicarse.

Tabla 8.

*Frecuencia de “comprendo lo difícil que es intentar hablar y que no salgan las palabras de forma fluida”*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desacuerdo total	1	3,8	3,8	3,8
	De acuerdo	2	7,7	7,7	11,5
	Bastante de acuerdo	3	11,5	11,5	23,1
	Totalmente de acuerdo	20	76,9	76,9	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Respecto a los dos últimos ítems, pasaremos a analizarlos de forma conjunta. Ambos hacen referencia a comportamientos que pueden mostrar las personas con disfemia como es el caso de una escasa interacción social o miedo a hablar en público. En el primer caso, es decir, la timidez del alumno tartamudo a la hora de relacionarse, podemos establecer diferencias entre los datos aportados por los niños y las niñas. En el caso de los niños, un 50% opinan que no están de acuerdo en que las personas tartamudas sean tímidas y que eso les influya a la hora de relacionarse con los demás, frente al otro 50% que creen que sí. Por parte de las niñas, observamos cómo el 35.7% se muestran desconformes con la afirmación, mientras la mayoría de ellas, un 64.3% consideran que los tartamudos son muy tímidos a la hora de relacionarse con sus iguales, por lo que apenas interactúan con ellos. Todos estos datos se pueden observar con mayor detenimiento en el Gráfico 7.

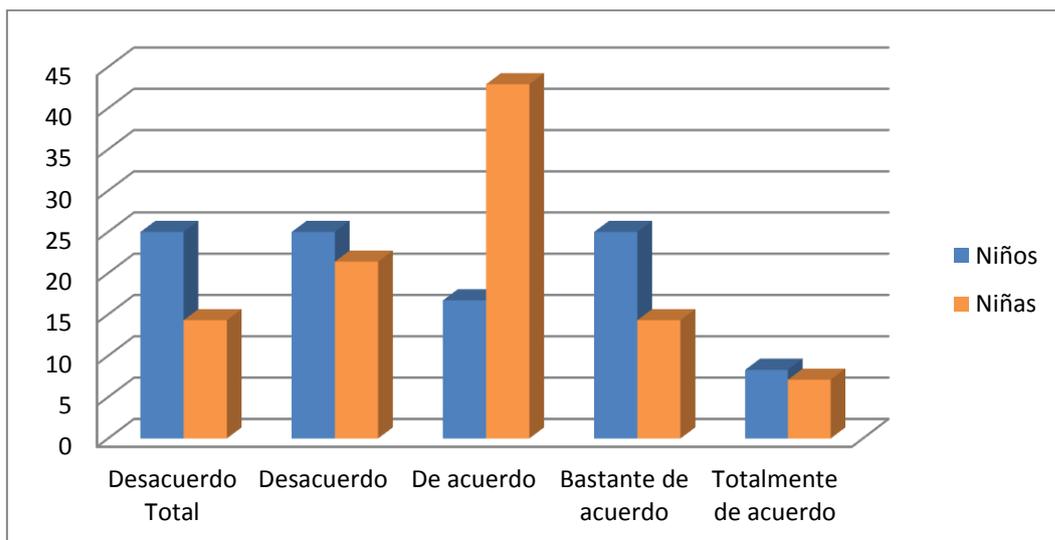


Gráfico 7. Frecuencia de "los niños tartamudos son muy tímidos y casi no se relacionan con los demás compañeros"

Por último, respecto a la logofobia de las personas con disfemia, el alumnado de 5° de primaria opina en su mayoría con un 53.8% que no están de acuerdo; es decir, no creen que tengan miedo a hablar en público o ante determinadas situaciones. Mientras que el otro 46.2% opina que sí les da miedo hablar ante un público que centra toda su atención en ellos. Todos estos datos aparecen reflejados en la Tabla 9.

Tabla 9.

Frecuencias de "los niños tartamudos nunca hablan en público. Parece que tuvieran miedo"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desacuerdo total	8	30,8	30,8	30,8
	Desacuerdo	4	15,4	15,4	46,2
	De acuerdo	6	23,1	23,1	69,2
	Bastante de acuerdo	3	11,5	11,5	80,8
	Totalmente de acuerdo	5	19,2	19,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

### 6.3. Resultados del cuestionario para los docentes

A continuación, pasaremos a exponer cuáles son los datos aportados en los cuestionarios de los docentes. Como se expuso anteriormente, el cuestionario se realizó

en los centros Claret y el CRA los Almendros obteniendo un total de 21 cuestionarios. De estos 21 cuestionarios podemos indicar que el 52.4% fueron rellenos por maestros del CRA los Almendros, mientras que el 46.7% proceden del colegio Claret. Asimismo, estos cuestionarios estaban destinados a docentes tanto de la etapa de Infantil como de Primaria.

Por lo tanto, tras la recogida de los cuestionarios, hemos observado que el 90.5% de los encuestados han sido mujeres mientras el 9.5% eran hombres. Además, del total de maestros que han respondido podemos establecer como hay una mayoría que se dedican a la etapa Educativa de Infantil con un 52.4%, mientras el 47.6% son maestros de Primaria. Por otro lado, es necesario indicar que en el profesorado predomina una media de 11 a 20 años dedicados a la enseñanza, tal y como se muestra en la Tabla 10.

Tabla 10.  
*Frecuencias de los años dedicados a la enseñanza*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0-10	1	4,8	4,8	4,8
	11-20	10	47,6	47,6	52,4
	21-30	9	42,9	42,9	95,2
	31-40	1	4,8	4,8	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Dentro del grupo del profesorado de ambos centros podemos indicar cuáles son sus cursos actuales; es decir, en qué nivel educativo están impartiendo clase actualmente. En el caso de la etapa de Educación Infantil, el curso en el que más maestros se encuentran actualmente es 1º; es decir, un 14.3% del profesorado actualmente da clase a niños de 3 años. Respecto a la etapa de Primaria, el curso que predomina entre los maestros encuestados es 5º con un 19% del total. Asimismo, es necesario destacar que un 9.5% de los docentes actualmente se encuentran en el departamento de apoyo. Todos estos datos se pueden apreciar en la Tabla 11 de una manera mucho más concreta y específica.

Tabla 11.

*Frecuencias del nivel y curso actual del profesorado*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1° Infantil	3	14,3	15,0	15,0
	2° Infantil	2	9,5	10,0	25,0
	3° Infantil	2	9,5	10,0	35,0
	1° Primaria	1	4,8	5,0	40,0
	2° Primaria	1	4,8	5,0	45,0
	3° Primaria	3	14,3	15,0	60,0
	5° Primaria	4	19,0	20,0	80,0
	6° Primaria	2	9,5	10,0	90,0
	Apoyo	2	9,5	10,0	100,0
	Total	20	95,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	4,8		
Total		21	100,0		

Una vez que hemos obtenido unos datos generales del profesorado, el cuestionario comienza con un conjunto de preguntas sobre las alteraciones del lenguaje a nivel general, es decir, sin centrarse en la disfemia. En estos apartados, una de las preguntas tiene el objetivo de determinar cuáles son las alteraciones del lenguaje oral que más presencia tienen dentro de las aulas. Una vez observado esto, podemos establecer que la alteración del lenguaje más común en un aula es el Retraso madurativo del lenguaje con un 95.2%. Asimismo, dentro de las alteraciones más frecuentes y después del Retraso madurativo del lenguaje se encuentran las dislalias con un 85.6%.

Seguidamente, encontramos un grupo de alteraciones que tienen cierta presencia en las aulas pero que generalmente no son muy frecuentes como es el caso de las disfonías (66.7%), las afonías (52.4%) y el mutismo (38.1%). Por otro lado, podemos encontrar algunas alteraciones que apenas se dan en las aulas como es el caso de las disartrias y el Trastorno Especifico del Lenguaje (TEL) con un 19.1% y un 14.3% de frecuencia respectivamente. Asimismo, es necesario destacar que hay ciertas alteraciones del lenguaje que algunos de los maestros encuestados desconocen como es el caso de las disglosias, las afasias e incluso el propio TEL. En la Tabla 12 presentamos todos los datos que reflejan las estadísticas de cada una de las alteraciones del lenguaje oral de una forma más detallada.

Tabla 12.

*Frecuencia de las alteraciones del lenguaje oral en el aula*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disfonía	Ninguno	7	33,3	33,3	33,3
	Alguno	14	66,7	66,7	100,0
	Total	21	100,0	100,0	
Afonía	Ninguno	9	42,9	42,9	42,9
	Alguno	11	52,4	52,4	95,2
	Bastante	1	4,8	4,8	100,0
	Total	21	100,0	100,0	
Dislalias	Ninguno	3	14,3	14,3	14,3
	Alguno	12	57,1	57,1	71,4
	Bastante	4	19,0	19,0	90,5
	Mucho	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	
Disartrias	Ninguno	15	71,4	71,4	71,4
	Alguno	1	4,8	4,8	76,2
	Bastante	2	9,5	9,5	85,7
	Mucho	1	4,8	4,8	90,5
	NS/NC	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	
Disglosias	Ninguno	13	61,9	61,9	61,9
	Alguno	4	19,0	19,0	81,0
	Mucho	1	4,8	4,8	85,7
	NS/NC	3	14,3	14,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	
Afasias	Ninguno	12	57,1	60,0	60,0
	Alguno	4	19,0	20,0	80,0
	Mucho	1	4,8	5,0	85,0
	NS/NC	3	14,3	15,0	100,0
	Total	20	95,2	100,0	
	Sistema	1	4,8		
		21	100,0		
Mutismo	Ninguno	11	52,4	52,4	52,4
	Alguno	8	38,1	38,1	90,5
	NS/NC	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	
TEL	Ninguno	10	47,6	50,0	50,0
	Alguno	3	14,3	15,0	65,0
	NS/NC	7	33,3	35,0	100,0
	Total	20	95,2	100,0	
	Sistema	1	4,8		
		21	100,0		
Retraso madurativo del lenguaje	Ninguno	1	4,8	4,8	4,8
	Alguno	11	52,4	52,4	57,1
	Bastante	5	23,8	23,8	81,0
	Mucho	4	19,0	19,0	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Tras conocer cuáles son las alteraciones más comunes en un aula escolar, planteamos una pregunta en la que los maestros deben indicar qué procedimientos se siguen cuando observan que tienen un alumno con algún tipo de alteración del lenguaje oral. En este caso, la gran mayoría del profesorado ha establecido que es fundamental hablar con la familia del alumno en cuestión tras realizar una observación directa durante un tiempo estipulado por el docente. A continuación, sería necesario que un especialista realizara una evaluación al niño y si fuera necesario aconsejar que lo derivaran a un logopeda dentro del propio centro o incluso fuera del mismo. Además, ante algunas situaciones más específicas sería necesario comunicárselo a la dirección del centro con el fin de que tengan conocimiento de los casos.

En relación con la cuestión anterior, consideramos importante conocer si cada uno de estos centros contaba con los servicios de un especialista del lenguaje. El 100% de los maestros expone que el centro cuenta o bien con un logopeda o con un maestro especialista en Audición y Lenguaje. Por otro lado, tras conocer estos aspectos sobre las alteraciones del lenguaje oral a nivel general, pasaremos a analizar los datos obtenidos de las cuestiones relacionadas con la disfemia.

En primer lugar, podemos establecer que la disfemia no es una alteración del habla que sea muy común en las aulas puesto que solo el 42.9% de los maestros ha tenido algún caso. Además, debemos establecer que de ese porcentaje positivo de casos de disfemia, el mayor porcentaje de casos se da en la etapa de Infantil con un 54.5% mientras que en Primaria solo el 30% del profesorado ha tenido un caso de tartamudez. Esto se refleja en el Gráfico 8.

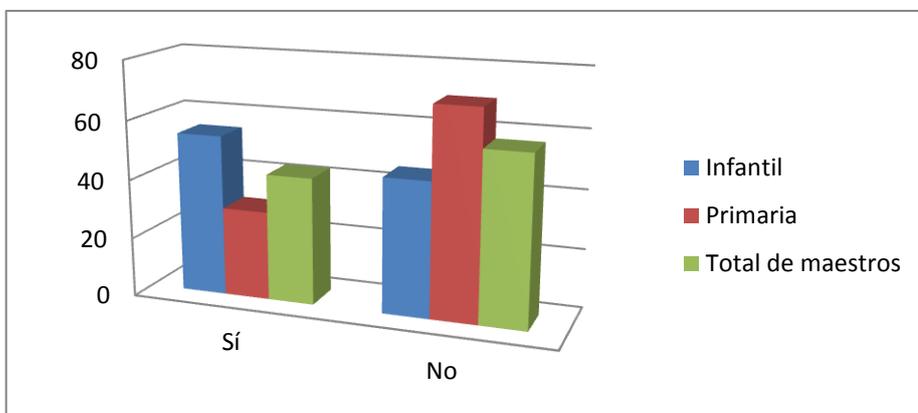


Gráfico 8. Frecuencias de alumnos con disfemia en el aula

A partir de este momento, aquellos maestros que indicaron en la pregunta anterior que habían tenido algún alumno con disfemia, respondían varias preguntas de carácter abierto sobre algunas cuestiones relacionadas con los comportamientos, la intervención realizada, etc. En la gran mayoría de los casos, los alumnos presentaban timidez y miedo a hablar delante del resto de sus compañeros por los posibles comentarios que pudieran realizar. Además, en algunos casos a esa timidez y logofobia se le añadía nerviosismo y tics gestuales. Todo esto ocasionaba que estos alumnos apenas participaran en las dinámicas del aula y no se sintieran cómodos entre sus propios compañeros.

Enlazando con la pregunta anterior, consideramos importante conocer cómo es la interacción de este tipo de alumnos con sus iguales e incluso con los adultos. Siguiendo las respuestas extraídas de los cuestionarios, se puede establecer que generalmente los alumnos con disfemia no suelen tener dificultades a la hora de relacionarse con sus iguales en pequeños grupos; es decir, al desaparecer las situaciones de ansiedad por hablar delante del gran grupo y participar en situaciones espontáneas sin sentirse observados, son capaces de interactuar y relacionarse con los demás. Sin embargo, algunos de estos niños evitan relacionarse con las personas adultas puesto que se sienten más presionados y observados a la hora de hablar.

Por otro lado, la mayoría de los alumnos con disfemia presentaban disfluencias verbales en la etapa de Educación Infantil que luego derivaron en tartamudez durante la Educación Primaria. Sin embargo, hay muchos maestros que desconocen si el alumno mostraba disfluencias verbales o síntomas de tartamudez antes de ser un caso de disfemia. A pesar de esto, consideramos que es necesario destacar dos casos puntuales. Uno de estos alumnos fue diagnosticado directamente en Infantil puesto que era un caso muy claro. El otro caso hace referencia a un niño que presentaba disfluencias verbales en Infantil y que posteriormente derivaron en tartamudez durante Primaria. Sin embargo, en la actualidad, con 12 años de edad, su tartamudez ha desaparecido, ya que en algunos casos puede remitir de forma espontánea antes de cumplir los 14 años.

En la mayoría de los casos de alumnos con disfemia, los maestros afirman con un 38.1% que dichos niños fueron diagnosticados por un especialista, en este caso un logopeda tal y como se muestra en la Tabla 13.

Tabla 13.

*Frecuencias sobre si se diagnosticó al alumno por medio de un especialista*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	8	38,1	88,9	88,9
	No	1	4,8	11,1	100,0
	Total	9	42,9	100,0	
Perdidos	Sistema	12	57,1		
Total		21	100,0		

Una vez que el alumno ha sido diagnosticado y presentan el informe en el centro, los docentes indican que es fundamental seguir una serie de procedimientos. En primer lugar, consideran fundamental hablar con la familia y establecer unas orientaciones de actuación conjuntas con el niño en cuestión. Tras realizar estas reuniones y comunicárselo a la dirección del centro, el profesorado indica que se debe derivar el caso a un logopeda o bien del centro o fuera del mismo así como realizar una observación de la evolución del niño dentro del aula por parte del maestro-tutor.

Respecto a si el maestro realizó alguna intervención en el aula debemos señalar que un grupo reducido siguieron las indicaciones aportadas por el logopeda o el especialista en Audición y Lenguaje del centro. Entre estas orientaciones aportadas destacamos las siguientes:

- Eliminar las situaciones de angustia o nerviosismo.
- Graduar las intervenciones del niño.
- Propiciar la comunicación en grupos reducidos.
- Ayudarle cuando se pare y dejarle terminar la frase a él mismo.
- No manifestar ansiedad o impaciencia al escucharle.
- Explicar a sus compañeros la situación de este niño para fomentar el respeto y evitar situaciones de burlas.

A pesar de estas orientaciones básicas, hay algunos maestros que no realizaron ningún tipo de actuación dentro del aula o bien porque desconocían como afrontarlo o porque consideraron que con la observación del alumno era suficiente.

Por último, al igual que en el cuestionario para el alumnado, planteamos una serie de ítems relacionados con actitudes hacia la disfemia en la cual los docentes deben mostrar

su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones. A continuación, iremos analizando cada uno de los ítems indicando los datos obtenidos. Como se muestra en el primer ítem, “me pongo muy nervioso/a cuando hablo con niños que tienen problemas de fluidez verbal”, la mayoría de los docentes no muestran tener problemas a la hora de relacionarse con una persona tartamuda, ya que el 85.7% del total muestra su desacuerdo con dicha afirmación (Tabla 14).

Tabla 14.

*Frecuencias de “me pongo muy nervioso/a cuando hablo con niños que tienen problemas de fluidez verbal”*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desacuerdo total	12	57,1	66,7	66,7
	Desacuerdo	6	28,6	33,3	100,0
	Total	18	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	3	14,3		
Total		21	100,0		

Respecto al ítem “no me altera tener en clase un niño/a tartamudo”, debemos señalar que no está bien formulado puesto que no debería ser una afirmación en negativo. Debido a esto, un 33.3% del profesorado ha mostrado su desacuerdo; es decir, siguiendo los datos que se muestran en la Tabla 15, observamos cómo los maestros sí se sienten incómodos al tener en el aula a un alumno con disfemia. Sin embargo, como ya hemos mencionado anteriormente esto puede deberse a que no hayan comprendido bien la pregunta, puesto que el 52.4% indican que no tendrían ningún problema si en su grupo-clase hay un alumno con estas características.

Tabla 15.

*Frecuencias de “no me altera tener en clase un niño/a tartamudo”*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desacuerdo total	4	19,0	22,2	22,2
	Desacuerdo	3	14,3	16,7	38,9
	De acuerdo	3	14,3	16,7	55,6
	Bastante de acuerdo	1	4,8	5,6	61,1
	Totalmente de acuerdo	7	33,3	38,9	100,0

	Total	18	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	3	14,3		
Total		21	100,0		

El siguiente ítem, hace referencia a la afirmación “opino que la tartamudez nunca debería ser objeto de burla”. En este caso tanto los maestros de Educación Infantil como los de Educación Primaria están a favor del respeto a cualquier persona que tenga disfemia, condenando la burla hacia ellos con un 85.7% del total. Hay una persona que contestó en el cuestionario que no estaba de acuerdo en que la disfemia no fuera objeto de burla. Consideramos que este hecho puede deberse a que la persona no ha entendido correctamente la pregunta, ya que el resto de maestros ha respondido totalmente lo contrario (Gráfico 9).

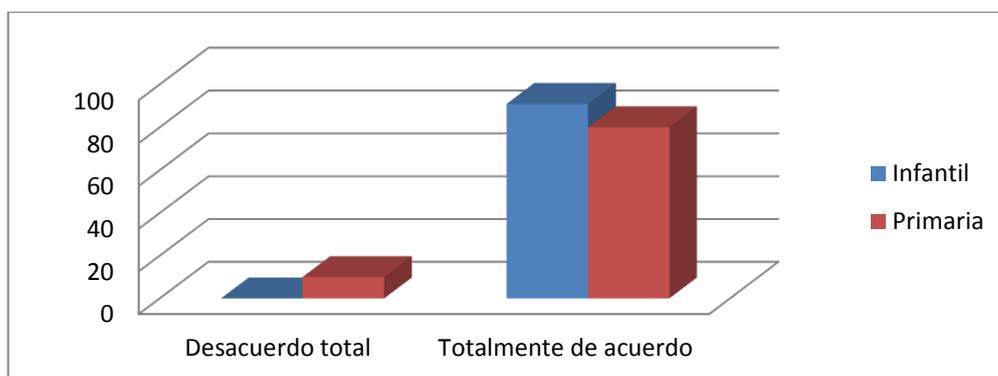


Gráfico 9. Frecuencias de "opino que la tartamudez nunca debería ser objeto de burla"

Por otro lado, en el siguiente ítem el cual afirma que la tartamudez debería considerarse dentro de las necesidades educativas especiales, podemos encontrar opiniones diversas entre los propios maestros. En esta cuestión trataremos los datos de los maestros de Infantil y de Primaria por separado. Del profesorado de Educación Infantil podemos establecer que el 81.9% está de acuerdo en considerar a la disfemia como una necesidad educativa especial, mientras que del profesorado de Primaria, solo el 60% estaría de acuerdo (Gráfico 10)

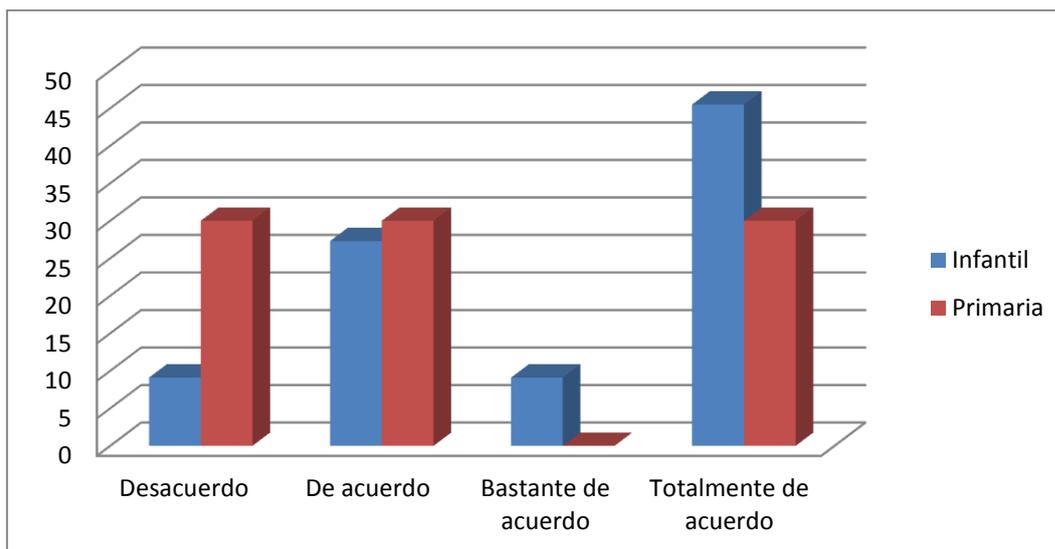


Gráfico 10. Frecuencias de "opino que la tartamudez debería considerarse dentro de las necesidades educativas especiales"

Analizando el siguiente ítem, descubrimos que para el 80.9% de los docentes encuestados es muy importante tratar la tartamudez en la escuela, ya sea con los propios alumnos o como formación para el profesorado. Datos que podemos contrastar con la siguiente pregunta en la cual nos referimos al hecho de que la disfemia solo debe ser tratada por los logopedas. En este caso el 61.9% del total de maestros no está de acuerdo con esta afirmación por lo que podemos considerar que opinan que la disfemia también tendría que tratarse por otros profesionales, tal y como se muestra en la Tabla 16.

Tabla 16.

Frecuencias de "la disfemia solo tendría que ser tratada por los logopedas"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desacuerdo total	2	9,5	11,1	11,1
	Desacuerdo	11	52,4	61,1	72,2
	De acuerdo	3	14,3	16,7	88,9
	Bastante de acuerdo	2	9,5	11,1	100,0
	Total	18	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	3	14,3		
Total		21	100,0		

Relacionado con los ítems anteriores, preguntamos a los maestros si consideraban necesario explicar al resto de compañeros del niño en cuestión en qué consiste la

disfemia. Ante esta pregunta, el 90.5% están a favor de comentar dicha situación dentro del aula. En esta cuestión tenemos que señalar, al igual que ha sucedido en otras anteriores, que hay un 9.5% que decidió no contestar a dicho ítem (Tabla 17).

Tabla 17.

*Frecuencias de "considero que es necesario explicar a los compañeros del niño/a tartamudo en qué consiste su problema"*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De acuerdo	7	33,3	36,8	36,8
	Bastante de acuerdo	2	9,5	10,5	47,4
	Totalmente de acuerdo	10	47,6	52,6	100,0
	Total	19	90,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	9,5		
Total		21	100,0		

Por otro lado, un resultado bastante llamativo nos muestra cómo hay algunos maestros que desconocen qué estrategias seguir si tuvieran un alumno con disfemia en clase. Analizando los datos por especialidades, podemos establecer que un 18.2% no sabría qué estrategias utilizar frente a un 72.7% que sí. Asimismo, en la etapa de Primaria, observamos cómo un 50% de maestros desconocen cómo actuar ante esta situación. Todos estos datos se pueden apreciar en el Gráfico 11.

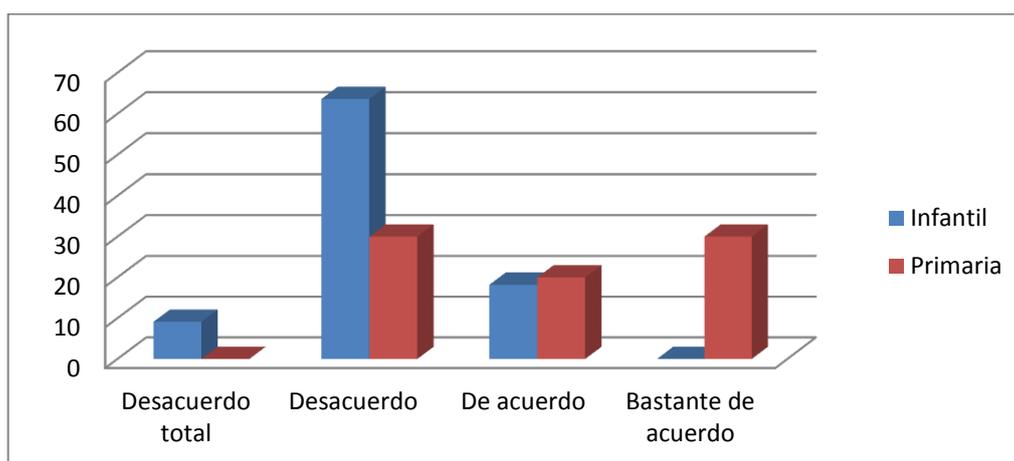


Gráfico 11. *Frecuencias de "no conozco qué estrategias seguir dentro del aula para trabajar esta alteración"*

A continuación, hay una serie de ítems relacionados con acciones o actitudes que podemos tener delante de un niño con disfemia. Por esta razón se analizarán de forma

conjunta. En primer lugar, el 81% de los maestros no comparten la idea de corregir a un niño tartamudo mientras está hablando. Además, el total de maestros que han respondido a esta pregunta; es decir, el 85.7% consideran que no es adecuado mostrarse impacientes cuando el alumno intenta comunicarles algo. Por otro lado, encontramos ciertas dudas entre los docentes sobre si es adecuado o no que un alumno con disfemia lea en voz alta delante de sus compañeros. Un total de 52.4% considera que no es adecuado mientras el 33.4% opina que sí. Tras analizar todos estos datos, consideramos necesario mostrar las estadísticas realizadas en la Tabla 18 y 19 así como en el Gráfico 12.

Tabla 18.

*Frecuencias de “cuando un niño/a tartamudea intento corregirle rápidamente”*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desacuerdo total	9	42,9	50,0	50,0
	Desacuerdo	8	38,1	44,4	94,4
	De acuerdo	1	4,8	5,6	100,0
	Total	18	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	3	14,3		
Total		21	100,0		

Tabla 19.

*Frecuencias de “me muestro impaciente cuando escucho lo que el niño/a tartamudo me quiere decir”*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desacuerdo total	13	61,9	72,2	72,2
	Desacuerdo	5	23,8	27,8	100,0
	Total	18	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	3	14,3		
Total		21	100,0		

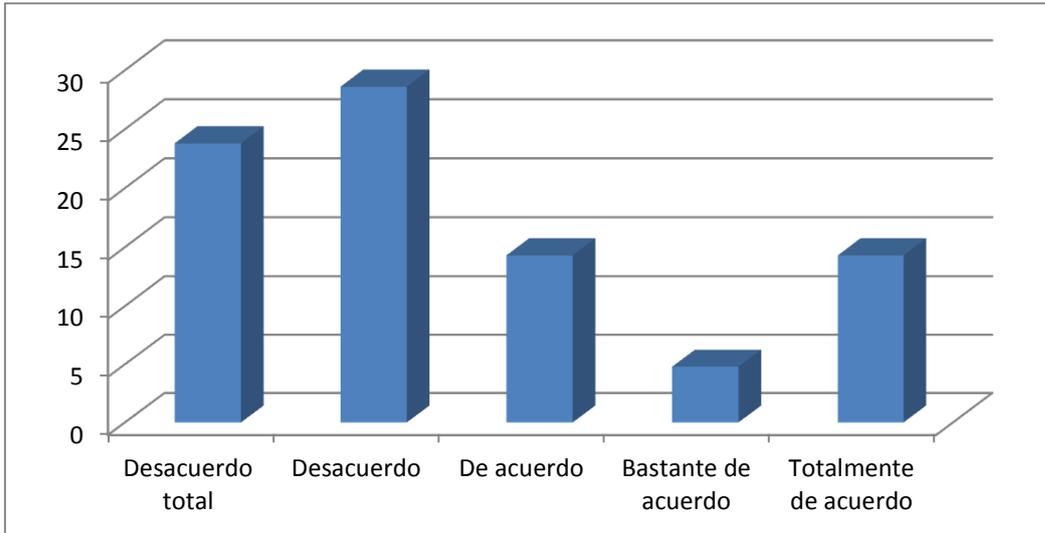


Gráfico 12. Frecuencias de "trato que el niño/a tartamudo lea en voz alta delante de todos sus compañeros"

Por último, encontramos dos ítems relacionados con la colaboración con logopedas u otros especialistas. En este caso, observamos que la mayoría del profesorado encuestado; es decir, el 71.4% considera fundamental la labor del logopeda en este tipo de alteración del habla oral. Asimismo, el 85.7% están a favor de trabajar con un especialista de forma conjunta con el fin de comprender e intervenir mejor dentro del aula en el caso de tener algún alumno con disfemia (Gráfico 13).

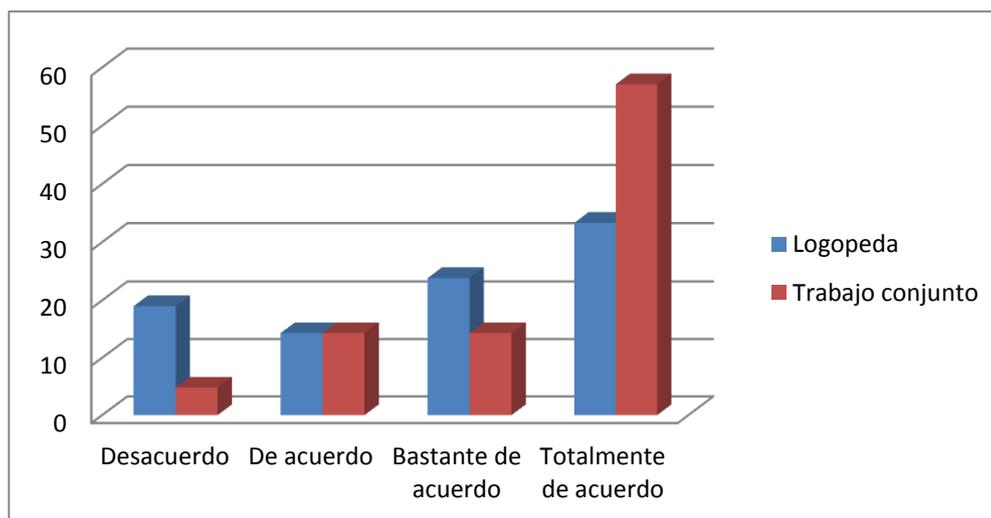


Gráfico 13. Frecuencias de "considero imprescindible la función del logopeda para tratar la disfemia" y "trabajar de forma conjunta con un especialista me permitiría intervenir mejor ante algunas situaciones"

## **7. CONCLUSIONES FINALES**

Una vez analizados los resultados obtenidos de cada uno de los distintos instrumentos metodológicos empleados en nuestra investigación, consideramos necesario aportar las siguientes conclusiones. En primer lugar y como se muestra en la fundamentación teórica de la investigación, el origen de esta alteración del habla oral es confuso puesto que no existe una teoría única que esclarezca los motivos de su aparición ni oriente en su tratamiento. Por este motivo, podemos concluir que es una de las alteraciones del lenguaje oral más difíciles de tratar y con un porcentaje de éxito pequeño. Es decir, es una alteración que no solo afecta a la fluidez del habla sino que tiene un impacto global en la vida de una persona, ya que influyen muchos factores externos.

En segundo lugar, otra conclusión que hemos podido establecer es que la disfemia tiene muy poca incidencia dentro de las aulas, ya que no es una de las alteraciones más frecuentes en los niños. Asimismo, existen muy pocos casos diagnosticados de disfemia en la etapa de Educación Infantil, puesto que se suelen observar más niños que presentan disfluencias verbales normales. Sin embargo, en ciertas ocasiones esas disfluencias verbales pueden derivar en disfemia.

En tercer lugar, la intervención tanto con las familias como con los maestros-tutores de los alumnos es fundamental e incluso más importante que el propio tratamiento en sí mismo. Es prioritario aportar una serie de orientaciones a la familia y al profesorado antes de realizar ningún tipo de intervención con el sujeto en cuestión, ya que hasta una determinada edad no se debe intervenir directamente con los niños. Además es muy recomendable realizar una evaluación previa del ambiente del niño y del lenguaje del mismo en distintas situaciones.

Por otro lado, podemos establecer que las personas conocen y comprenden a grandes rasgos en qué consiste la disfemia así como la dificultad que presenta una persona tartamuda a la hora de comunicarse. En su gran mayoría están a favor del respeto de estas personas y su integración en el grupo-clase evitando cualquier tipo de burla ante ellos, aspecto fundamental para crear un clima adecuado. Sin embargo y para nuestra sorpresa, hay cierto porcentaje de personas que no consideran que sea una alteración del lenguaje grave y que por lo tanto tiene un tratamiento sencillo que

posibilita la eliminación de la misma trabajando única y exclusivamente con un logopeda.

Asimismo, nos gustaría destacar que en algunos casos, los docentes desconocen en qué consisten algunas alteraciones del lenguaje oral como las disglosias o el Trastorno Específico del Lenguaje. Este tipo de alteraciones son muy poco comunes, por lo que es muy poco probable que hayan tenido un contacto directo con las mismas. Sin embargo, es fundamental saber aquellos aspectos que definan cada una de las alteraciones puesto que un maestro es la persona que está en contacto constante con el alumno y su detección temprana puede ser fundamental en muchos casos.

Esta investigación nos ha permitido descubrir cómo los niños con disfemia son capaces de interactuar con sus iguales sin ningún problema siempre que sean grupos reducidos. El hecho de realizar actividades o intervenciones dentro de un contexto o actividad educativa en la que se sienten observados por el resto de compañeros así como por el propio maestro, suele agravar su tartamudez. Sin embargo, al estar en un grupo pequeño con situaciones espontáneas y distendidas ocasiona que su interacción con los compañeros sea mucho mejor.

Por último, hemos podido observar cómo la intervención en el aula por parte del maestro en algunos casos no se realiza por desconocimiento de las pautas a seguir. Para esto consideramos fundamental la figura del logopeda y las orientaciones que debe aportar tanto a la familia como al maestro-tutor del niño en cuestión. Esto es fundamental para crear un clima adecuado dentro de clase y no generar más ansiedad o nerviosismo en el niño. Ante cualquier indicio de disfemia es fundamental atender a las orientaciones de un logopeda con el fin de impedir un agravamiento del problema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegre Villarroya, J. R. y Pérez Calleja, M. (2008). *Guía práctica de los trastornos del lenguaje: Descripción e intervención 1*. Barcelona: LEBRÓN S.L.
- Alegre Villarroya, J. R. y Pérez Calleja, M. (2008). *Guía práctica de los trastornos del lenguaje: Descripción e intervención 2*. Barcelona: LEBRÓN S.L.
- Aravena, M., Kimelman, E., Micheli, B., Torrealba, R. y Zúñiga, J. (2006). *Investigación Educativa I*. Chile: Universidad ARCIS.
- Bruner, J. (1986). *El habla del niño: Cognición y desarrollo humano*. Madrid: Paidós.
- Busto Barcos, M. C. (2007). *Manual de logopedia escolar: Niños con alteraciones del lenguaje oral en la Educación Infantil y Primaria*. Madrid: CEPE S.L.
- Cea D´Ancona, M. A. (1998). *Metodología cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Chaves Samaniego, B. y Revuelta Pérez, F. (1995). Afasias. En J. R. Gallardo Ruíz y J. L. Gallego Ortega. (Ed), *Manual de logopedia escolar: un enfoque práctico* (pp. 307-330). Málaga: Ediciones Aljibe.
- DECRETO 122/2007, de 27 de diciembre, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad de Castilla y León.
- Gallardo Ruiz J. R. y Gallego Ortega J. L. (1995). *Manual de logopedia escolar: Un enfoque práctico*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Groesman, C. P. (2010). *La tartamudez: Guía para docentes*. Recuperado de [http://www.fundacionttm.org/wp-content/uploads/2014/09/guia\\_docentes\\_ES.pdf](http://www.fundacionttm.org/wp-content/uploads/2014/09/guia_docentes_ES.pdf)
- Logopedas de los Equipos de Atención Temprana. (2004). *Guía para la atención educativa del alumnado con trastornos en el lenguaje oral y escrito*. Cáceres y Badajoz: Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología.
- López Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación*, (4). 167-179.

- Luque Jiménez, A. M. (2009). Trastornos del lenguaje. *Revista digital de innovación y experiencias educativas*, (15), 1-10. Recuperado de [http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_15/ANA%20MARIA\\_LUQUE\\_1.pdf](http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_15/ANA%20MARIA_LUQUE_1.pdf)
- Medina González, V. (2008). Intervención logopédica en Educación Infantil. *Revista digital de innovación y experiencias educativas*, (13), 1-8. Recuperado de [http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_13/VIRGINIA\\_MEDINA\\_1.pdf](http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_13/VIRGINIA_MEDINA_1.pdf)
- Mendoza Lara, E. (1985). *Hablar. Estudio de las alteraciones del lenguaje en la edad preescolar*. Granada: Gráficos ARTE S.A.
- Morales Gómez, A. (2010). La tartamudez o disfemia en Educación Infantil. *Revista digital de innovación y experiencias educativas*, (26), 1-10. Recuperado de [http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_26/ANA\\_MORALES\\_GOMEZ\\_01.pdf](http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_26/ANA_MORALES_GOMEZ_01.pdf)
- Navas Martínez, L. (2011). Dificultades en el desarrollo del lenguaje. En J. L. Castejón Costa y L. Navas Martínez. (Ed), *Dificultades y trastornos del aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria* (pp.107-129). Alicante: Club Universitario.
- Sangorrín, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *Revista Digital Neurológica*, (41), 43-46. Recuperado en <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/disfemiartartamudez.pdf>
- Torres Gil, J. (1996). *Cómo detectar y tratar las dificultades en el lenguaje oral*. Barcelona: Ediciones Ceac S.A.
- Tough, J. (1996). *El lenguaje oral en la escuela: Una guía de observación y actuación para el maestro*. Madrid: Visor Distribuciones S.A.
- Vargas Jiménez, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, 3(1), 126-127.

## ANEXOS

### ➤ Anexo 1

#### Trascripción de la entrevista a la Logopeda 1:

1. ¿Cuál es su profesión?

Maestra con especialidad en Audición y Lenguaje.

2. ¿En dónde trabaja actualmente?

Trabajo en un Colegio Rural Agrupado de la provincia de Segovia, pero actualmente tengo el sitio fijo en un único centro del CRA.

3. ¿Cuántos años lleva desempeñando su profesión? ¿Siempre ha estado trabajando en el mismo lugar?

Llevo un total de 10 años y cada año o dos años como mucho cambio mi centro de trabajo.

4. ¿Qué tipo de personas atiende diariamente (niños, adultos...)?

Generalmente atiendo a niños de 3 a 13 años.

5. ¿Las personas que atiende, que problemas suelen presentar?

Todos los niños a los que atiendo presentan distintas alteraciones del lenguaje debido a diferentes causas.

6. ¿Ha tenido algún caso relacionado con las alteraciones del habla? ¿Eran personas adultas o niños?

Sí, he tenido casi siempre niños con alteraciones del habla, principalmente dislalias.

7. ¿Cuáles son las alteraciones más frecuentes que tiene que tratar?

Sobre todo alteraciones de la comunicación y del lenguaje. Muchos niños estaban diagnosticados de RSL (Retraso Simple del Lenguaje), dislalias, disglosias, alumnos con Retraso Mental, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Trastorno Específico del Lenguaje, trastornos generalizados del desarrollo y disfemias entre otras.

8. ¿Recuerda haber tenido algún caso de tartamudez o disfemia en la etapa escolar de Infantil o Primaria? ¿Qué síntomas presentaban?

Sí, he tenido tanto en Infantil como en Primaria. Este tipo de niños presentan alteraciones de la comunicación y en la fluidez de su habla. Esta falta de fluidez se caracteriza por repeticiones o bloqueos esporádicos que afectan al ritmo que tienen en su lenguaje y en la melodía del discurso. A diferencia de lo que muchos piensan, en la disfemia no existen anomalías en los órganos de la fonación.

9. ¿Cuándo es necesaria la intervención de un especialista, en este caso un logopeda, cuando se trata de una disfemia?

En los casos de niños de 3 o 4 años no se interviene directamente con ellos sino con los padres, los profesores o el entorno más cercano. Con ellos lo que tratamos de hacer es darles orientaciones sobre cómo actuar o cómo no actuar. Esta primera fase se denomina como tartamudeo inicial o episódico. Por otro lado, a partir de los 10-12 años aproximadamente ya podemos hablar de tartamudeo propiamente dicho y sí se interviene tanto con el niño como con su entorno.

10. ¿Cómo trabaja con los niños o adultos tartamudos? ¿Qué tratamientos sigue? ¿Colabora con otros profesionales durante el tratamiento? ¿Cuánto tiempo se requiere?

Con los niños que presentan tartamudeo propiamente dicho hay que tener en cuenta que lo que vamos a trabajar es la relajación, la respiración y la fonación. Respecto a la relajación, se utiliza para tratar la hipertonia, la coordinación fonorespiratoria y elementos prosódicos del lenguaje. En el tratamiento también se pueden utilizar técnicas auxiliares como el habla rítmica, enmascaramiento del habla, el habla con sombra... Además, en el tratamiento colaboraremos con otros

profesores, familiares del niño, etc. Para tratar el tartamudeo se requiere muchos años de tratamiento pero siempre teniendo en cuenta que la tartamudez no se cura porque no es ninguna enfermedad, sino que se van superando distintas situaciones y ayudando al sujeto a controlarse en todas ellas.

11. ¿Suele estar en contacto con los maestros y familiares del niño en cuestión para exponer sus avances?

Sí, siempre. Considero que esto es algo fundamental.

12. ¿Cómo considera que un maestro debería trabajar con los niños tartamudos dentro de un aula? ¿Qué orientaciones o pautas se da a las familias?

El profesorado y las familias deben saber que la intervención correctiva antes de los 7 u 8 años puede resultar ineficaz y hasta perjudicial. Eso puede servir más para fijar el trastorno que para corregirlo. Además, no hay que manifestar preocupación excesiva por el tartamudeo infantil y no hacerles repetir cuando ha tartamudeado.

Asimismo, es necesario evitar todo tipo de burlas, riñas y castigos por su habla con el fin de crear un clima de seguridad en torno al niño. Para ello es muy importante hablar con tranquilidad, articulando bien y ligando las palabras en frases. Además, hay que evitar que tomen conciencia de su habla.

13. ¿Podría afirmar que la disfemia es una de las alteraciones más difíciles de tratar? ¿Por qué?

La disfemia no es una enfermedad por tanto no se puede decir que tenga cura. Lo que sí es correcto decir es que es una alteración de la fluidez verbal donde las recaídas son frecuentes y la eficacia de la intervención incierta.

Trascripción de la entrevista al Logopeda 2:

1. ¿Cuál es su profesión?

Psicólogo y logopeda.

2. ¿En dónde trabaja actualmente?

Trabajo en una consulta privada de mi propiedad en la cual atendemos cualquier tipo de problema psicológico o logopédico.

3. ¿Cuántos años lleva desempeñando su profesión? ¿Siempre ha estado trabajando en el mismo lugar?

Llevo un total de 33 años ejerciendo mi profesión y siempre en el ámbito privado. Sin embargo, he trabajado en otras entidades como la UVA, en APADEFIN, en el centro de Nuestra Señora de la Esperanza y en el Ayuntamiento entre otros.

4. ¿Qué tipo de personas atiende diariamente (niños, adultos...)?

Atiendo adultos y niños indistintamente puesto que es una consulta abierta a todo tipo de problemas y a cualquier persona que lo necesite. Sin embargo, actualmente atiendo más niños sobre todo de la etapa de Primaria que adultos.

5. ¿Las personas que atiende, que problemas suelen presentar?

Suelen presentar problemas a la hora de emitir la voz o alteraciones en el lenguaje oral.

6. ¿Ha tenido algún caso relacionado con las alteraciones del habla? ¿Eran personas adultas o niños?

Sí, he tenido casi siempre casos relacionados con alteraciones del habla oral, aunque ahora hay muchos casos relacionados con el lenguaje escrito. Generalmente son niños aunque siempre hay casos de adultos.

7. ¿Cuáles son las alteraciones más frecuentes que tiene que tratar?

Generalmente, los problemas más repetidos son las dislalias, los Trastornos Específicos del Lenguaje y las dislexias. Sin embargo, en la consulta tratamos todas las alteraciones posibles como afasias, mutismos, disfemias, etc. Asimismo, muchos adultos vienen a la consulta para mejorar su respiración y proyección de la voz a la hora de hablar.

8. ¿Recuerda haber tenido algún caso de tartamudez o disfemia en la etapa escolar de Infantil o Primaria? ¿Qué síntomas presentaban?

Trato muchos casos de disfemia pero generalmente son niños del primer ciclo de Primaria en adelante. También he tenido algún caso de disfemia en personas adultas pero no es lo más común. Estos niños vienen a mi consulta ya diagnosticados de disfemia o tartamudez. Generalmente suelen ser niños en los que las situaciones externas les influyen mucho. Socialmente son muy retraídos con dificultades en sus relaciones sociales, puesto que evitan muchas circunstancias, por lo que su personalidad suele ser distinta. Además hay muchos padres exigentes y muy protectores, factor que acentúa su problema y esa personalidad miedosa y reticente a comunicarse.

9. ¿Cuándo es necesaria la intervención de un especialista, en este caso un logopeda, cuando se trata de una disfemia?

Cuanto más temprana sea la intervención mucho mejor para el niño. Sobretudo considero imprescindible intervenir en el ambiente propiamente dicho, es decir, con la familia y el centro del niño. Atender a niños siempre es mejor que a adultos que presentan este problema, puesto que la disfemia puede ser evolutiva y desaparecer con la edad. Considero que para este tipo de alteración de la fluidez del habla es fundamental la intervención de un logopeda desde el momento en el que el niño está diagnosticado. Si el niño presenta disfluencias pero no es seguro si presenta tartamudez, es mejor realizar solo una intervención con la familia y el centro a través de una serie de orientaciones.

10. ¿Cómo trabaja con los niños o adultos tartamudos? ¿Qué tratamientos sigue? ¿Colabora con otros profesionales durante el tratamiento? ¿Cuánto tiempo se requiere?

Lo primero que solemos hacer es una valoración de los niños tartamudos a través de la observación, los informes de diagnóstico, etc. Después pasamos a realizar una valoración del ambiente más cercano; es decir, la familia del niño, de la interacción que hay entre ellos, el comportamiento que muestran en el centro al que asisten, etc. Una vez hemos hecho esto, pasamos a una observación directa del lenguaje oral a través de la exposición del niño a algunos estímulos naturales propuestos por nosotros, como juegos en los que deban construir frases, etc. Siempre partimos de lo sencillo a lo más complejo.

Desde mi forma de entender el trabajo con tartamudos, considero que con los niños es fundamental realizar sesiones conjuntas con sus familias para que trabajemos los problemas en grupo y dar orientaciones a los padres desde la propia terapia. Por otro lado es fundamental la relajación y el canto para ir introduciendo un ritmo en el habla que facilite esa fluidez que falta en estos casos. Durante los tratamientos, en casos que sean muy necesarios, colaboramos con psicólogos. Esto se debe a que la tartamudez puede influir en muchos aspectos de la vida de una persona por lo que la figura del psicólogo es fundamental a la hora de trabajar la autoestima, las habilidades sociales y la personalidad.

11. ¿Suele estar en contacto con los maestros y familiares del niño en cuestión para exponer sus avances?

Sí, sobre todo con la familia. Como ya he dicho antes, nosotros trabajamos con sesiones conjuntas entre familia y niño realizando un estudio previo de su ambiente. Las sesiones que realizamos con la familia las grabamos en video para mostrárselo posteriormente con el fin de enseñar el modelo que siguen y darles unas orientaciones adecuadas. Asimismo, también realizamos unas sesiones individualizadas con los padres del niño.

12. ¿Cómo considera que un maestro debería trabajar con los niños tartamudos dentro de un aula? ¿Qué orientaciones o pautas se da a las familias?

Las orientaciones a las familias y a los maestros suelen ser muy similares. Centrándonos en las orientaciones al centro, es importante que los niños tartamudos no lean nunca los últimos. Esto les genera mucha ansiedad porque piensan todo el rato que van a ser los siguientes en leer. Para evitar esto, es preferible que lean de los primeros sino el primero de todos. Por otro lado, es muy positivo que lean a coro con varias personas o a dúo.

Otro aspecto fundamental es el hecho de que el profesorado debe incidir en la evitación de risas o burlas hacia este tipo de niños. Deben lograr la aceptación de los mismos. Asimismo, es muy importante que el maestro hable tranquilo con ellos, no interrumpir nunca y esperar a que terminen de hablar. Cuidar ese lenguaje no verbal que se muestra hacia el niño puesto que se puede dar mucha más información de lo que se cree en un primer momento.

Por último, es fundamental lograr que el niño elimine o pierda ese miedo a hablar en público y a determinadas situaciones sociales que le producen esa ansiedad incontrolada.

13. ¿Podría afirmar que la disfemia es una de las alteraciones más difíciles de tratar?  
¿Por qué?

Sí. Para responder a esta pregunta es necesario mencionar a un tartamudo llamado Van Riper el cual propuso su terapia principal para mejorar el tartamudeo como “dejar que las palabras fluyan sin esfuerzos a través de nuestros labios”. Con esto quería decir que la tartamudez no tenía cura y por lo tanto solo se podría mejorar a través de diferentes tratamientos.

### Trascripción de la entrevista a la Logopeda 3:

1. ¿Cuál es su profesión?

Psicóloga y logopeda.

2. ¿En dónde trabaja actualmente?

Trabajo en el Equipo de Atención Temprana (EAT) de la provincia de Segovia. Este está formado por un trabajador social, una orientadora y una logopeda.

3. ¿Cuántos años lleva desempeñando su profesión? ¿Siempre ha estado trabajando en el mismo lugar?

En el EAT de Segovia llevo 25 años. Nosotros trabajamos solo con 7 centros de la provincia de Segovia centrándonos únicamente en la etapa de Educación Infantil. El EAT no hace una intervención directa con el alumnado sino orientaciones y observaciones sobre los niños que van a entrar en el colegio o aquellos que los tutores indiquen. Yo me encargo de realizar diagnósticos, asesoramientos, estimulación temprana, informes de lenguaje, pero no tratamientos.

4. ¿Qué tipo de personas atiende diariamente (niños, adultos...)?

Atiendo niños de la etapa de Educación Infantil, es decir, el primer y el segundo ciclo incluidos. Procuramos observar a los niños menores de 3 años con el fin de detectar posibles problemas antes de que entren en el centro educativo. En estos casos nos encontramos con muchos ACNEES. Para poder realizar este diagnóstico trabajamos con las familias de forma conjunta puesto que consideramos necesario dotar al centro de la información necesaria y los recursos oportunos para atender satisfactoriamente a este tipo de alumnos.

5. ¿Las personas que atiende, que problemas suelen presentar?

Suelen presentar problemas relacionados con las alteraciones en el lenguaje oral.

6. ¿Ha tenido algún caso relacionado con las alteraciones del habla? ¿Eran personas adultas o niños?

Sí, he tenido casi siempre casos relacionados con alteraciones del habla oral, siempre niños entre 4 y 6 años de edad.

7. ¿Cuáles son las alteraciones más frecuentes que tiene que tratar?

Generalmente, los problemas más repetidos son las dislalias múltiples, las disfasias, los retrasos simples del lenguaje, los Trastornos Específicos del Lenguaje y las disfemias.

8. ¿Recuerda haber tenido algún caso de tartamudez o disfemia en la etapa escolar de Infantil o Primaria? ¿Qué síntomas presentaban?

Generalmente, no suele haber casos de disfemia diagnosticada en Infantil, sino que se pueden apreciar casos de disfluencias que luego pueden llegar a derivar en una disfemia durante la etapa de Primaria. Algunos de los síntomas más claros que se pueden apreciar a la hora de diagnosticar un caso de disfemia están muy asociados al desarrollo del lenguaje. Cuando un niño presenta un buen desarrollo del lenguaje y comienza a tener síntomas de nerviosismo, aleteos nasales, tics gestuales, timidez ante los extraños y falta de fluidez en las palabras, podemos establecer que es un caso claro de disfemia.

Sin embargo, hay otros casos que no son tan claros de diagnosticar o prever. Estos atienden a niños cuyo lenguaje es más pobre y comienzan con el nerviosismo. Estos quieren comunicarse pero su falta de lenguaje se lo impide por lo que comienzan con los bloqueos y disfluencias normales para su edad. Estas disfluencias normales hay que seguir observándolas para ver si desaparecen de forma espontánea o perduran en el tiempo y derivan en un tartamudeo propiamente dicho. En estos casos nunca hay que alarmar a los padres sino darles orientaciones.

9. ¿Cuándo es necesaria la intervención de un especialista, en este caso un logopeda, cuando se trata de una disfemia?

Cuanto más temprana sea la intervención mucho mejor para el niño. Hay casos que a los 5 años ya están muy claros y se puede comenzar a trabajar con el niño y con la familia de forma conjunta. Es fundamental que haya una coordinación entre la familia y el centro a la hora de seguir las orientaciones.

10. ¿Cómo trabaja con los niños o adultos tartamudos? ¿Qué tratamientos sigue? ¿Colabora con otros profesionales durante el tratamiento? ¿Cuánto tiempo se requiere?

A pesar de que nosotros no tratamos a los niños de forma directa, es necesario trabajar la fluidez, el control respiratorio, el ritmo, ejercicios de discriminación auditiva, la atención y sobre todo la relajación. Luego hay unas técnicas mucho más sofisticadas para trabajar aspectos mucho más complejos pero que solo deben emplearse con los jóvenes o adultos.

Es fundamental aportar un tratamiento temprano a estos niños cuando sus casos ya están claros puesto que lo que se pretende es reducirlo y eliminar aquello que sea transitorio. Un aspecto muy importante que cobra cada vez más fuerza es la musicoterapia como herramienta para lograr establecer un ritmo en el habla.

La disfemia es una alteración que no solo afecta a la fluidez del habla sino también a otras áreas de la vida de una persona, es lo que se llama una alteración global. Por eso es muy importante trabajar con psicólogos, fisioterapeutas, etc.

11. ¿Suele estar en contacto con los maestros y familiares del niño en cuestión para exponer sus avances?

Sí, esto es algo fundamental. Para realizar los informes necesitamos la autorización de los padres y del maestro tutor por lo que nuestra colaboración con ellos es imprescindible.

12. ¿Cómo considera que un maestro debería trabajar con los niños tartamudos dentro de un aula? ¿Qué orientaciones o pautas se da a las familias?

Las orientaciones a las familias y a los maestros son similares. Pero las orientaciones a los tutores van en función de los conocimientos que tienen los niños, el número de alumnos que tienen en clase, etc. Esta orientación es más académica,

como cuidar las asambleas, no ponerle en constante tensión y sobre todo no hacerles conscientes de que presentan un habla lenta.

13. ¿Podría afirmar que la disfemia es una de las alteraciones más difíciles de tratar?  
¿Por qué?

Sí, es de las más difíciles de tratar. Es de los casos patológicos más complicados porque se ve influenciado por factores externos como la ansiedad, la baja autoestima, problemas de conducta, influye en otras áreas, etc. Además, suele haber muy pocos porcentajes de éxito. La dificultad en su tratamiento, considero que también viene ocasionada por el desconocimiento de su origen. A lo largo de los años ha habido muchas teorías que han intentado explicar cuál ha sido el posible origen de la disfemia. Pero actualmente existen algunas teorías que no son válidas como es el caso de la lateralidad cruzada. Desde mi punto de vista, creo que el origen debe estar relacionado con la herencia genética. Algún aspecto neurológico o de los transmisores bioquímicos afectan a la fluidez del habla.