



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

XIII JORNADES DE XARXES D'INVESTIGACIÓ EN DOCÈNCIA UNIVERSITÀRIA

Noves estratègies organitzatives i metodològiques en la formació
universitària per a respondre a la necessitat d'adaptació i canvi



JORNADAS DE REDES DE INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA **XIII**

Nuevas estrategias organizativas y metodológicas en la formación
universitaria para responder a la necesidad de adaptación y cambio

ISBN: 978-84-606-8636-1

Coordinadores

María Teresa Tortosa Ybáñez

José Daniel Álvarez Teruel

Neus Pellín Buades

© **Del texto: los autores**

© **De esta edición:**

Universidad de Alicante

Vicerrectorado de Estudios, Formación y Calidad

Instituto de Ciencias de la Educación (ICE)

ISBN: 978-84-606-8636-1

Revisión y maquetación: Neus Pellín Buades

Publicación: Julio 2015

Cómics para la Disfemia

P. Pomares-Puig

Departamento de Innovación y Formación Didáctica

Facultad de Educación

Universidad de Alicante

RESUMEN

Desde la Facultad de Educación se vienen desarrollando diversas estrategias para fomentar el uso del cómic en distintos niveles escolares y profundizar en el conocimiento del mismo y ampliar la labor de divulgación que realiza la asociación de Unicómic <http://unicomic.blogspot.com>, centrándonos en los aspectos didácticos. La disfemia es un trastorno de la fluidez verbal y del ritmo del habla caracterizado por disfluencias consistentes en repeticiones y prolongaciones de sonidos y dificultad para iniciar la frase, pese a que el sujeto sepa lo que quiere decir. El sujeto reacciona con conductas de esfuerzo y tensión para hablar, añadiéndose también comportamientos de evitación, logofobia y repercusión negativa en el rendimiento escolar, social y más tarde, laboral. El trastorno tiene consecuencias psicológicas negativas al cronificarse y complicarse con la evolución. Se propone el uso de cómics como estrategia de intervención, para abordar la disfemia en alumnos adolescentes, con el objetivo principal de describir la eficacia de su uso en diferentes materiales didácticos contra la tartamudez, introduciendo el humor para desdramatizar los problemas que conlleva este trastorno.

Palabras clave: Cómic, Disfemia, Didáctica de la Lengua, Unicómic, Logopedia

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Problema

Entre los diferentes trastornos de la fluidez verbal, la tartamudez se distingue por importantes dificultades en el ritmo del habla, caracterizadas por repeticiones y prolongaciones de sonidos, así como dificultades para iniciar la frase, a pesar de que el sujeto sepa lo que quiere decir. La disfluencia resulta imposible de evitar y el sujeto reacciona con conductas de esfuerzo y tensión para hablar, añadiéndose también comportamientos de evitación y escape, logofobia y repercusión negativa en el rendimiento escolar, social y más tarde laboral. La tartamudez o disfemia suele comenzar en la edad preescolar, sin que exista en la mayor parte de los casos, un motivo desencadenante de la misma. En general, hay un componente familiar de predisposición a la tartamudez. Es más frecuente observarla en niños/as con algún familiar que también la padece.

El trastorno no parece ser consecuencia de un problema psicopatológico, sino que tiene consecuencias psicológicas negativas al no ser atendida correctamente y complicarse con la evolución, llegando a convertirse crónicas. A diferencia de la normal falta de fluidez de la mayor parte de los alumnos/as niño en Educación infantil, la tartamudez se da en el 5% de estos niños, que pueden identificarse a tiempo para facilitar la fluidez de su habla y prevenir (generalmente mediante intervención indirecta, por medio de orientaciones y asesoramiento a padres y profesores), las consecuencias de su persistencia. Aunque es un trastorno independiente, se presenta frecuentemente asociada en otros trastornos (retraso del lenguaje, retraso del habla y ansiedad).

Las habilidades sociales, emocionales y cognitivas en los últimos cursos de la escuela primaria o en el instituto, están muy influenciadas por la actitud de los padres, las del profesorado y, especialmente, por la vergüenza que siente el alumno/a ante su grupo clase. El niño que tartamudea a menudo se enfrenta con una no-inclusión dentro del grupo de iguales, siendo el blanco de burlas y bromas. Ante esta dificultad social, el joven siente la necesidad de ocultar sus bloqueos desarrollando una serie de actitudes para poder lograrlo. El chico se siente avergonzado y diferente por su tartamudez. El impacto psicológico en la infancia, del temor hacia las bromas y burlas en los alumnos que tartamudean puede ser devastador y perdurar hasta la edad adulta. Consecuencia de ello pueden ser: baja autoestima, bajo rendimiento o fracaso escolar, rechazo o fobia social, depresión y sentimientos de impotencia y soledad. Para los niños y jóvenes que

tartamudean, estas consecuencias son aún más graves ya que se produce un círculo vicioso, a mayor temor ante posibles burlas, mayor es su lucha con su habla, por lo tanto tartamudeará más, aumentando así la vergüenza y un deseo intenso de evitar y esconder el tartamudeo a toda costa.

El material de intervención y orientación disponible para alumnos jóvenes y adolescentes es árido, poco motivador y manejable, por lo que nos disponemos a adaptar materiales en formato cómic, introduciendo el humor para desdramatizar algunos de los problemas que conlleva este trastorno y asumirlo, como primer paso para abordar la tartamudez. Van Riper (1982) propone aprender maneras mejores de afrontar la disfemia, abandonando las conductas de evitación y lucha que el tartamudo tiene automatizadas y afianzadas, de manera que deje de interferir con los valores y aspiraciones que mueven la vida del tartamudo.

Esperamos que con los ejercicios y estrategias que presentamos en formato tebeo, nuestro alumnado los asimile de manera más visual y simple, al ser más fáciles de recordar.

1.2. Revisión de la literatura

A pesar de haber acumulado muchos conocimientos durante la segunda mitad de siglo veinte, seguimos sin tener las claves de la tartamudez o disfemia. La tartamudez contiene todavía grandes misterios para los profesionales que la estudian y conlleva un sufrimiento profundo para las personas que la padecen.

Cualquiera que se aproxime a la literatura científica podrá percibir una sensación de que, junto a una gran cantidad de datos y conocimientos, falta todavía la comprensión profunda del problema. Probablemente, los avances acerca del funcionamiento del cerebro que se avecinan en las próximas décadas proporcionen esa pieza fundamental que haga que encajen todos los datos acumulados y las piezas de este rompecabezas encajen.

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

Especialistas en Audición y Lenguaje, junto con los Orientadores Escolares, realizan la intervención educativa para afrontar este problema. Tal intervención es difícil porque carecemos de todas las claves para su comprensión y porque las medidas de tratamiento no consiguen eliminar la tartamudez en muchos casos.

Para entender la complejidad del problema revisaremos el estado de los conocimientos en algunos aspectos.

Una de las definiciones más actuales es la recogida por el DSM 5, que caracteriza la Disfemia como Trastorno de la Fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) con los siguientes criterios:

A. Alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje, persisten con el tiempo y se caracterizan por la aparición frecuente y notable de uno (o más) de los siguientes factores:

1. Repetición de sonidos y sílabas.
2. Prolongación de sonido de consonantes y de vocales.
3. Palabras fragmentadas (p. ej., pausas en medio de una palabra).
4. Bloqueo audible o silencioso (pausas en el habla, llenas o vacías).
5. Circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas).
6. Palabras producidas con un exceso de tensión física.
7. Repetición de palabras completas monosilábicas (p. ej., “YoYo-Yo-Yo lo veo”).

B. La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, la participación social, el rendimiento académico o laboral de forma individual o en cualquier combinación.

C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo. (Nota: Los casos de inicio más tardío se diagnostican como trastorno de la fluidez de inicio en el adulto.)

D. La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensitivo del habla, disfluencia asociada a un daño neurológico (p. ej., ictus, tumor, traumatismo) o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Existen diversos tipos de disfemia:

- Tónica: caracterizada por las múltiples interrupciones ocasionadas por espasmos. Durante las interrupciones el paciente muestra rigidez y tensión faciales. Es la que presenta peor diagnóstico.
- Clónica: caracterizada por las repeticiones de sílabas y palabras enteras, más frecuentes en consonante que en vocal, más todavía en oclusivas y que se dan mayoritariamente a principio que en medio de palabra.
- Tónico-clónica o mixta: es el tipo más frecuente, porque resulta difícil encontrar un disfémico puro tónico o clónico, la mayoría combinan los dos síntomas.

Existe un problema importante con respecto al tratamiento de la tartamudez infantil como consecuencia de su aparición temprana. Primero, la verdadera tartamudez puede a veces confundirse con la denominada tartamudez evolutiva, una etapa de la adquisición normal del lenguaje caracterizada por repeticiones, dudas y vacilaciones. Segundo, la tartamudez remite a veces espontáneamente durante periodos breves o más o menos prolongados e incluso definitivamente.

Durante mucho tiempo se ha pensado que intervenir en la tartamudez temprana podría agravar el trastorno, consolidar e incluso crearlo donde no lo había. Sin embargo, no intervenir en ella en los casos de verdadera tartamudez persistente puede dificultar o impedir su recuperación en el futuro.

Ante esta problemática la posición actual es la siguiente. Se considera que un niño requiere tratamiento si cumple los siguientes criterios diagnósticos:

- Repeticiones de partes de palabras y prolongaciones en el 5% del total del habla.
- Esfuerzo evidente para producir la palabra.
- Prolongaciones que supongan el 25% de las faltas de fluidez totales.
- Movimientos asociados al habla.
- Signos observables de reacciones negativas hacia el habla.
- Signos de evitación de hablar.
- Preocupación o ansiedad de los padres.

Si no se cumplen los criterios diagnósticos se darán orientaciones a los padres para favorecer la comunicación y la relajación en las situaciones de habla facilitando y reforzando esta y retirando la atención de las dificultades de habla.

Como posibles causas de la disfemia podemos señalar las siguientes:

- a) Herencia: El papel de la herencia es comúnmente aceptado como una posible causa del tartamudeo.

b) Sexo: Hay coincidencia entre los investigadores en que el porcentaje de varones tartamudos es muy superior al de mujeres (75% de varones), sin que se pueda dar una explicación satisfactoria.

c) Trastornos de lateralización: Existe una relación entre la tartamudez y los sujetos zurdos, sobre todo los mal lateralizados.

d) Trastornos neurológicos: Provocado por las emociones o los estados afectivos violentos.

e) Trastornos en la estructuración temporoespacial: Cualquier disfunción en la adquisición de la motricidad y de la organización del espacio podría generar una alteración del ritmo.

f) Alteraciones lingüísticas: No existe una correlación causa-efecto entre el desarrollo del lenguaje y una alteración en la fluidez verbal, pues la mayoría de los niños y niñas con retrasos del lenguaje no tartamudean y, por otro lado, la mayoría de los niños y niñas con disfemia han seguido un desarrollo del lenguaje aparentemente normal.

Existen muchas teorías explicativas sobre el origen del tartamudeo y algunas han buscado un origen exclusivamente psicológico. Por ejemplo, la teoría de la zurdera contrariada sostenía que la tartamudez se originaba en la reeducación impartida antiguamente a los zurdos para que utilizaran predominantemente su mano derecha. Fue descartada, ya que hay tartamudos diestros y zurdos, y muchos de éstos últimos no fueron contrariados.

En la misma línea de buscar el origen de la disfemia en un solo factor, se encuentra la teoría de la exigencia social de responsabilidad, que se basa en la experiencia sufrida por una mayoría de tartamudos del apremio social para hablar fluida y rápidamente por encima de sus posibilidades reales. Kaplan y Sadock (1987) recogen la teoría y constatan que el tartamudeo no se da en las sociedades primitivas y que es más frecuente en aquellas sociedades en las que hay una alta presión social competitiva. Esta teoría, exclusivamente social, ha intentado explicar la distinta frecuencia de la disfemia entre sexos, por el nivel de exigencia sufrido, pero tampoco se han encontrado datos empíricos consistentes sobre ella.

Uno de los argumentos de peso sobre la importancia de los factores psicológicos en la tartamudez se basa en la tremenda influencia que el estado de ánimo tiene en el habla. Se tartamudea más en estados de ansiedad y miedo. La ansiedad por no poder hablar como uno quisiera en casi todas las circunstancias origina un círculo vicioso

cuyo impacto es fundamental en el agravamiento y mantenimiento del problema, y quizás algunas veces en su origen.

Algunas teorías han centrado la causa en problemas fisiológicos. Se ha formulado la hipótesis de que puede haber un problema de sincronización en los mecanismos de realimentación que controlan la emisión del habla.

Los trabajos realizados con técnicas de neuroimagen indican que, durante el habla, se produce un funcionamiento diferente del cerebro en los tartamudos y en las personas fluidas (Sommer et al, 2002). Las diferencias cerebrales entre los disfémicos y los “normofluidos” pueden ser debidas a las diferentes formas de comportarse en el acto de habla y a las distintas reacciones emocionales que las acompañan (Packman y Onslow, 2002).

Otras teorías se centran en el componente genético, basándose en la gran frecuencia de casos en que los padres, hermanos y otros familiares, son también tartamudos, o en datos estadísticos que informan de que por cada mujer disfémica hay entre tres y cinco hombres, dependiendo de los estudios; sin embargo, a estas teorías se contraponen los casos de tartamudez que no tienen antecedentes familiares de problemas de fluidez verbal.

La teoría más aceptada hoy en día es que puede haber una alteración debida a varios genes y que existen factores psicológicos y sociales que interactúan en la aparición y desarrollo del trastorno.

La teoría multifactorial adelanta algunas ideas en base al conocimiento y la investigación existentes. Según esta propuesta, el trastorno podría deberse a la herencia de una debilidad fisiológica que facilita el descontrol del aparato fonador, y que podría plasmarse en un problema fisiológico como el mencionado de sincronización en la retroalimentación auditiva, o en un funcionamiento diferente del habitual del cerebro, o posiblemente en ambos. Dicho descontrol fisiológico aparece con mayor frecuencia en las situaciones de ansiedad, de forma que, cuando se produce una situación ansiógena, al tartamudo le es más difícil hablar y aumenta la probabilidad de bloqueos. Si durante su aprendizaje se encuentra sometido a factores como la exigencia social, la prisa, las burlas o el temor a que éstas se produzcan, los bloqueos se producirán más a menudo en situaciones parecidas y, si el bloqueo en sí mismo o el simple miedo a que aparezca son a su vez origen de ansiedad, se entra en un círculo vicioso que incrementa y perpetúa el problema. Pero no todos los tartamudos son iguales y en cada persona influirán

probablemente de una forma diferente y con diferente peso cada uno de estos factores causales fisiológicos, genéticos, sociales, lingüísticos y psicológicos.

Para explicar la interacción entre los aspectos psicológicos y orgánicos se han desarrollado varios modelos. Uno de ellos es el denominado “teoría de las capacidades y la demanda” (Rodríguez Morejón, 2001). Según este modelo, todos los seres humanos nacemos con una determinada capacidad constitucional para hablar fluidamente. Esta capacidad es consecuencia principalmente de la herencia. La fluidez está, además condicionada por una serie de demandas internas y externas.

En 1982, Van Riper sugirió que la esencia de la tartamudez consiste en la interrupción de la secuencia motora de la palabra, como resultado de una alteración en el timing o sincronización de sus componentes. En su tratamiento Van Riper combinaba el trabajo de aspectos emocionales y modificación del habla. Para este autor lo fundamental era abandonar las conductas de evitación y lucha contra el tartamudeo.

En nuestro país, García Higuera (2003) propone, en la misma línea que Van Riper, la terapia de aceptación y compromiso, llevando a sus últimas consecuencias el planteamiento: “No se trata de aprender formas de lucha mejores y más efectivas, sino de abandonar la lucha y aprender a convivir con la tartamudez” (pág. 50).

En cuanto a los factores a evaluar en el alumnado disfémico por parte del maestro/a de Audición y Lenguaje, serían los siguientes:

- Antecedentes familiares.
- Retraso en la aparición de la palabra o del lenguaje.
- Trastornos de la madurez motriz con o sin trastorno de la lateralización, el grado de tensión muscular
- Trastornos de la articulación.
- Dificultades de la respiración.
- Trastornos del carácter o del comportamiento.
- Trastornos del estado emocional, problemas de inhibición o ansiedad.
- Actitud de la persona hacia el tratamiento: si va forzado o voluntariamente al logopeda.
- Grado de comprensión sobre el problema.
- Movimientos asociados a la disfemia en ojos, cara y cuello.
- Duración del trastorno (más de un año indica disfemia no evolutiva).

1.3. Propósito

El propósito de este artículo tiene que ver con la aproximación a una de las dificultades de aprendizaje que suceden en el aula y que tiene que ver con la lengua y la fluidez verbal: la disfemia. La complejidad de este trastorno (que implica aspectos de habla y comunicación, aspectos psicológicos y aspectos sociales) supone un verdadero reto técnico para el profesorado y los profesionales que la suelen abordar, generalmente maestros de Audición y lenguaje y, en algún caso, orientadores/as.

La tartamudez plantea interrogantes que la ciencia no ha podido resolver todavía. Los niños tartamudos padecen las consecuencias de una sociedad que valora las capacidades y castiga las diferencias. El sufrimiento de estos niños puede ser alto o moderado en función, entre otras variables, de cómo la escuela valore las diferencias personales y asuma valores de respeto a todas las personas. La intervención psicoeducativa debe implicar a varios profesionales e influir en toda la comunidad educativa. El tratamiento logopédico sólo no sirve. El maestro de Audición y lenguaje puede enseñar al alumno/a tartamudo ejercicios de respiración, relajación, vocalización, etc. Pero sin una intervención pluridisciplinar y terapia cognitivo-conductual que trate de base los problemas de ansiedad del disfémico, el tratamiento queda incompleto.

Según Lorient (2013): los terapeutas del lenguaje (foniatras, logopedas y psicopatólogos del lenguaje) juegan un papel fundamental en el proceso de desmedicalización de la tartamudez, porque pueden desarrollar los siguientes cometidos: proponer a los tartamudos la participación en grupos de autoayuda para aceptar progresivamente la tartamudez y “salir del armario”, combatir la falsedad del estereotipo, promover la integración y normalización social del colectivo y sensibilizar a la sociedad de la singularidad de este patrón de habla. En otras palabras, los terapeutas del lenguaje pueden realizar la indispensable labor de acompañamiento y de concienciación, frente a su labor actual -que es exclusivamente clínica.

En este trabajo, pretendemos plantear un giro a las propuestas de intervención clásicas: utilizar los cómics como estrategia de abordaje, partiendo de los intereses de los adolescentes y jóvenes, creando así un clima más cálido, lúdico... en el que es más fácil aceptar con humor las disfluencias y bloqueos típicos de la tartamudez, como punto de partida del tratamiento. Plantearemos estrategias sencillas para antes durante y después del bloqueo, basadas en autores consolidados en el campo de intervención de la

tartamudez, como Van Riper, Malcom Fraser o García Higuera, con un formato de gran impacto visual, que los chicos pueden recordar y utilizar más fácilmente.

Para adaptar los materiales se utilizó la herramienta del ministerio PLAYCOMIC, pensada para crear materiales en inglés, pero que se adaptaba fácilmente a los objetivos que nos planteábamos. Es de sencillo uso, admite correcciones e impresión del trabajo realizado. Como inconvenientes podemos citar que el número de personajes y escenarios es muy limitado, pero ha bastado para una primera aproximación.

2. DESARROLLO DEL PROBLEMA PLANTEADO

2.1. Objetivos

- 1- Crear materiales de intervención útiles para abordar la disfemia en últimos cursos de Educación Primaria y Secundaria.
- 2- Adaptarlos en formato cómic.
- 3- Probar su uso en un pequeño grupo de adolescentes con tartamudez de distinta gravedad.

2.2. Método y proceso de investigación

Se estudiaron diferentes materiales y se adaptaron en formato cómic. El más adecuado pareció “Doce pasos para controlar la tartamudez” de Malcom Fraser (1996). La metodología más idónea y sencilla escogida fue el test-retest.

Se elaboraron distintos materiales de presentación, intervención con estrategias para salir del bloqueo o prevenirlo, como se puede observar en los anexos.

Tomamos muestras de lenguaje al inicio de curso, en la clase de Audición y Lenguaje, a un grupo formado por 7 alumnos varones con trastornos del ritmo y la fluidez del habla, en distinto grado: un chico de 5º curso de Ed. Primaria con disfemia ligera, un chico de 6º de Ed. Primaria con disfemia moderada, dos chicos de 1ª ESO con taquialia, un chico de 1º de ESO con disfemia moderada, un chico de 2º de Eso con disfemia moderada, un alumno de 2º de bachillerato con disfemia grave. Se trabajó con ellos una sesión semanal durante 3 meses, combinando el tratamiento convencional (ejercicios de respiración y relajación, lectura en sombra...) con el programa “adaptado al cómic.

Se fueron registrando por escrito comentarios y reacciones de los alumnos. Trabajaron su vida en cómic, recogiendo los momentos más importantes de reseñar de su existencia, en un trabajo colaborativo escuela-familia.

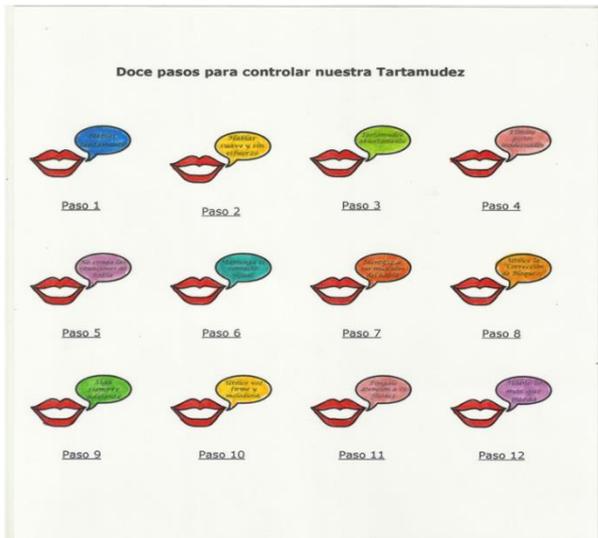
A los 3 meses, volvimos a tomar muestras de lenguaje en la misma muestra de alumnos, comprobando una disminución evidente en el porcentaje de disfluencias de cada uno de los chicos.

3. CONCLUSIONES

- Todos los chicos sintieron sorprendidos y más tarde reconfortados por la petición de abandono de sus comportamientos de lucha contra sus dificultades de fluidez verbal.
- A través de los cómics de su vida, realizados por los alumnos, pudimos conocer mucho mejor sus circunstancias, personalidad, conductas, habilidades sociales... En muchos casos nos ayudó a comprender y precisar los orígenes y causas del tartamudeo.
- A menor edad y porcentaje de disfluencias registradas en las muestras de lenguaje iniciales, mejores eran los resultados en la muestra final.
- Todos ellos mejoraron el porcentaje de errores verbales y sus comportamientos de comunicación no verbal y tics asociados, mostrándose más cómodos y relajados en situaciones de comunicación oral en pequeño grupo (2-3 alumnos con la maestra de Audición y Lenguaje).
- Las estrategias de intervención plasmadas en formato cómic han resultado ser una buena herramienta para el grupo de alumnos con los que se ha trabajado.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- García, J. A. (2003): *Terapia psicológica en el tartamudeo. De Van Riper a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Barcelona, Ariel.
- Fraser, M. (1996): *Autoterapia para el tartamudo*. Tennessee, Stuttering Foundation of America. http://www.ttmib.org/documentos/Doce_pasos.pdf
- Lorient, C. (2013): Crítica y alternativa al modelo biomédico de la tartamudez. *Revista de Investigación en Logopedia*, 2 (2013) 120-145.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1987): *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona, Masson-Salvat Ediciones.



5.3. Técnicas de corrección pre-bloqueo

Técnicas corrección post-bloqueo

¡No puedo hablar!

¡No puedo hablar!

¡No puedo hablar!

¡No puedo hablar!

La corrección post-bloqueo sirve para corregir un momento de bloqueo de forma definitiva.

No te preocupes por lo que haya pasado o cómo te sientas. Concéntrate.

Siempre y repite la misma corrección. Cada vez se sentirá mejor.

Siempre repite la misma corrección en la que se bloquea.

Siempre y repite la misma corrección en la que se bloquea.

Siempre y repite la misma corrección en la que se bloquea.

Siempre y repite la misma corrección en la que se bloquea.

Siempre y repite la misma corrección en la que se bloquea.

5.5. Técnicas de corrección durante el bloqueo

