

**Qué bueno sería si un especialista pudiera decir a un tartamudo: Sólo haz esto o lo otro, siempre da buenos resultados. Esto, ciertamente, por decir lo menos, sería maravilloso. Pero, en realidad, esto no es así de sencillo, pues los trastornos del habla son de naturaleza compleja y variada, debido a que cada niño o persona afectada es un ser distinto, con necesidades y características únicas como individuos.**

**16. NIÑOS CON  
TRASTORNOS  
DEL HABLA:  
¿CÓMO AYUDARLOS?**

Después de habernos ocupado sobre el lenguaje de los niños “normales” y la forma de ayudarles para que puedan hablar bien, aquí nos abocaremos a dar algunas orientaciones generales para padres y maestros de niños que tienen defectos o trastornos del habla.

Estas orientaciones se basan en que para los niños y, en especial, para los que tienen defectos del habla, el comportamiento y las actitudes de los padres son muy importantes. De modo similar, se puede considerar, también, aunque en grado y naturaleza distintos, el comportamiento y las actitudes de la maestra (o maestro) con respecto al niño en la escuela.

Por eso es necesario que los padres, como los maestros de Educación Inicial (CEI) y de los primeros grados de Educación Primaria tengan una información adecuada para enfrentar y actuar apropiadamente ante el niño con defecto del habla, hasta que se pueda llevar al niño a un especialista.

De allí que cuanto más pronto los padres traten de propiciar las medidas correctivas para los defectos del habla del niño, o busquen la ayuda especializada para tratar el problema, será mucho mejor, evitando las consecuencias negativas en el comportamiento futuro del niño.

Cuando estos defectos no son tratados oportuna y convenientemente, se van fijando y arraigando cada vez más, afectando todo el comportamiento del niño y, como tal, ya no viene a ser sólo un defecto del habla, sino también un impedimento o limitación para la vida, tal como ocurre con la tartamudez, impidiendo al afectado desenvolverse de modo normal, llegando al punto de limitar sus aspiraciones educacionales, vocacionales y su relación social; es decir, la vida de estas personas se ve “moldeada” y limitada por una “*lengua torpe*”, condicionando un modo diferente de pensar, actuar y vivir en comparación a los demás.

Por eso, las orientaciones que aquí señalamos tratan de contribuir a que los padres y maestros adopten las medidas pertinentes para evitar esas consecuencias negativas. Éstas son de un carácter algo general, dado que pueden aplicarse para cualquier tipo de perturbaciones del habla, incluso para las más serias, ya que están referidas a los comportamientos que deben observar los padres y los maestros ante estos niños.

Sin embargo, estas orientaciones que se dan no son pautas que deban seguirse rígida y puntualmente, sino sólo prescripciones que deben adaptarse y aplicarse de manera flexible, de acuerdo con

las particularidades del caso. Qué bueno sería si pudiéramos decir a un tartamudo: “Sólo haz esto o lo otro, ¡SIEMPRE DA BUENOS RESULTADOS!”

Esto, ciertamente, por decir lo menos, sería maravilloso. Pero, en realidad, no es así de sencillo, pues los trastornos del habla son de naturaleza compleja y variada, debido a que cada niño o persona afectada es un ser distinto, con necesidades y características únicas como individuo.

Por consiguiente, lo que pudiera ayudar a un niño a controlar su defecto quizás no surta los mismos resultados para otros. Estas particularidades hacen difícil y complejo el conocimiento y el tratamiento de esos defectos, cuyas causas pueden deberse a anomalías o deficiencias orgánicas, o a causas de naturaleza psicológica o ambiental, así como ocurre con la tartamudez y las dislalias, entre otras. Pero, en cualquier caso, muchos defectos o trastornos del habla son problemas de comunicación que los especialistas, como el psicólogo, pueden contribuir a resolver.

## **TRASTORNOS DEL HABLA**

Los trastornos, anomalías, perturbaciones, defectos o alteraciones del lenguaje verbal del niño, son todas las diferencias del habla normal en cuanto a la forma, grado, cantidad, calidad, tiempo y ritmo lingüístico que dificultan las posibilidades de su expresión, interfiriendo o limitando su conducta de comunicación con los demás y su comportamiento de adaptación y ajuste al medio.

Los trastornos del habla son de naturaleza variada, asumiendo su clasificación de diversas formas, según las perspectivas teóricas y experiencias clínicas de los especialistas. Al respecto, en este trabajo no se describirán esas complejas y variadas clasificaciones, sino sólo señalaremos aquellos problemas que por su mayor frecuencia e incidencia se dan en los niños, tales como las *dislalias* y la *tartamudez*. Estos son considerados como trastornos funcionales, que surgen debido a defectos de audición, perturbaciones emocionales, retardo mental o impedimentos físicos, como el paladar hendido o parálisis cerebral.

## LAS DISLALIAS

En el lenguaje común y corriente suele confundirse generalmente la dislalia con la tartamudez. Pero para los especialistas la dislalia es la incapacidad del niño para articular y unir correctamente los fonemas o sonidos en el lenguaje, debido a que hay alteraciones funcionales de los órganos periféricos del habla.

En estos casos, el niño con dislalia, bien omite (sopa=.opa) o sustituye el sonido por otro (sopa=topa). Con frecuencia sabe pronunciar las sílabas separadas, pero expresa incorrectamente la unión de fonemas; por ejemplo, /b/ (be) la expresa bien, pero al pronunciar la palabra “bola” lo hace mal. Esto a menudo resulta difícil de comprender para los padres, ya que si su hijo repite correctamente la /s/ (ese), no pueden explicarse por qué pronuncian mal al decir

“sopa”.

Uno se da cuenta claramente de que el sonido de la /s/ no es siempre igual en la pronunciación de dos palabras, por ejemplo, en las palabras “sopa” y “silo” los movimientos de la boca son distintos, aun cuando el fonema /s/ las preside. Cuando pronunciamos “sopa”, en la /s/ tenemos los labios ligeramente redondeados debido a que le sigue la /o/. En cambio, en la palabra “silo”, los labios se alargan porque la /i/ que sigue se pronuncia igualmente con los labios alargados. Por tanto los sonidos se influyen recíprocamente.

Estos ejemplos demuestran que el profano olvida con frecuencia lo complicado que es el proceso del habla y corre así el peligro de exigir demasiado al niño.

Por otro lado, cabe recordar que todo niño, durante la evolución de su lenguaje, atraviesa por una fase de dislalia, que es de carácter fisiológico, debido a que los órganos del habla son todavía torpes y, además, porque el niño no suele distinguir claramente su propio lenguaje del lenguaje de los otros. Sin embargo, si la dislalia persiste después de los 4 años de edad, debe ser motivo de alarma y conviene averiguar las posibles causas orgánicas referidas con las siguientes interrogantes:

- .¿Estan íntegros y sanos los órganos del habla?
- .¿Tiene el niño suficiente capacidad auditiva?
- .¿Hay defectos o perturbaciones en el procesamiento de información debido a alguna lesión en el sistema nervioso central

ocurrido en la infancia o antes de ésta?

En la dislalia funcional no existe defecto orgánico alguno, pero cuando lo hay, la dislalia puede obedecer a lesiones en el SNC, a defectos en el órgano del habla (disglosia) o a perturbaciones o deficiencias auditivas (dislalias audiógenas) o a un retardo mental.

### **CAUSAS DE LAS DISLALIAS**

Las dislalias funcionales suelen producirse por una educación deficiente, por circunstancias sociales desfavorables o adversas que rodean al niño, por falta de afecto e interés de los padres en el desarrollo del lenguaje del niño y, también, por el bilingüismo.

También se considera como causa de estas dislalias, a que durante el rápido aprendizaje de las palabras suelen asociarse errores parciales en la exacta imitación de los fonemas oídos.

Otros especialistas sostienen que este fenómeno se produce por falta de paralelismo correspondiente entre la madurez psíquica y la habilidad motora, generando un defectuoso análisis e integración de los fonemas correctos que oye, generando la dislalia funcional, la misma que, por lo general, desaparece en forma espontánea a medida que el niño crece.

Sin embargo, cuando no se hace nada por corregir estos defectos hasta los 5 ó 6 años, suelen afianzarse e interferir negativamente en el desarrollo y ajuste emocional. Por eso los padres deben poner

mucha atención a estos defectos, siendo motivo de alarma cuando persisten después de los 4 años de edad, debiéndose acudir a un especialista para que examine al niño y oriente a los padres, ayudando a que el niño supere el problema y no tenga interferencias o consecuencias negativas en su adaptación social.

## **CLASIFICACIÓN DE LAS DISLALIAS**

Las dislalias se clasifican generalmente en tres tipos:

### **1. Dislalias Funcionales:**

Son aquellas que se producen debido a alteraciones funcionales de los órganos periféricos del habla. Entre éstas tenemos:

- \* Rotacismo
- \* Sigmatismo
- \* Lambdacismo
- \* Deltacismo
- \* Hotentocismo y otros.

Este tipo de dislalias es la que se observa más frecuentemente en los niños, las que han sido descritas en el capítulo anterior.

### **2. Dislalias Audiógenas:**

Los defectos de articulación de los fonemas en este tipo de dislalia se deben a una deficiencia auditiva. Hemos señalado anteriormente que el vasto edificio del lenguaje está asentado en la percepción auditiva.

El niño que oye hablar quechua, hablará quechua; el que oye



inglés, hablará inglés; el que oye castellano, hablará castellano; pero, el que no oye nada, no hablará nada; y el niño que oye mal, hablará incorrectamente. A este último caso se denomina dislalia AUDIÓGENA, donde el defecto de articulación de los fonemas se debe a un déficit auditivo, lo cual hace que el niño aprenda mal porque su percepción auditiva de los fonemas es defectuosa (hipoacusia).

### 3. Dislalias Orgánicas:

Son aquellas donde los errores de pronunciación obedecen a algunos defectos o deformaciones estructurales de los órganos del habla, razón por la que otros especialistas prefieren llamarlas *DISGLOSIAS*. Entre estas dislalias tenemos:

- \* Por defectos labiales
- \* Por defectos dentales
- \* Por defectos linguales
- \* Por defectos mandibulares
- \* Por defectos palatinos
- \* Por defectos nasales:
  - Rinolalia abierta o hiperrinolalia
  - Rinolalia cerrada o hiperrinolalia
  - Rinolalia mixta.

En consecuencia, estas son las tres clases de dislalias, de las cuales la más frecuente es la de tipo funcional, que tiene un pronóstico positivo, dado que generalmente es superada a medida que el niño crece.

## **TARTAMUDEZ**

La tartamudez es uno de los defectos más conocidos del habla, caracterizada por un trastorno en la fluidez de la expresión verbal. Según Ferrer R.O. (1974) y Van Riper (1982), el tartamudo tiene el habla espasmódica, con numerosas repeticiones indeseables e interrupciones en la cadena hablada. Perelló (1977) lo llama disfemia, definiéndola como el defecto de elocución caracterizado por repeticiones de sílabas o palabras, o por paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal, acompañado de angustia.

Según la Asociación Americana de Speech Therapy, la tartamudez es un síndrome de varias perturbaciones de la palabra, caracterizado por arritmias y tics causados por una psiconeurosis, clasificando a este trastorno como “espasmofemia”.

Por su parte, **Dinville y Gaches (1975)**, sostienen que el tartamudeo es un trastorno de la expresión verbal que afecta principalmente al ritmo de la palabra, siendo de carácter funcional, sin anomalías de los órganos fonatorios, siempre relacionado con la presencia de un interlocutor, razón por la que es esencialmente un trastorno de comunicación verbal.

De lo dicho se colige que la tartamudez es un trastorno de la fluidez de la expresión verbal, caracterizado por repeticiones y prolongaciones de las unidades del habla: sonidos, sílabas y palabras de una sílaba, lo cual ocurre frecuentemente y es difícil de controlar.

Este trastorno se acompaña, además, de manifestaciones accesorias que pueden incluir al aparato fonoarticulatorio o cualquier otra parte del cuerpo, dando la apariencia de un esfuerzo relacionado con el acto de hablar. Con frecuencia también se acompaña de un estado emocional de magnitud variada y que va de una simple manifestación de tensión hasta estados de ansiedad, vergüenza y miedo.

La fuente manifiesta de la tartamudez es la incoordinación de los movimientos periféricos del habla, pero su causa real es desconocida todavía por la misma complejidad de su naturaleza.

Este trastorno es uno de los cuadros más frecuentes en la práctica clínica, predominando su incidencia en el sexo masculino, cuya edad de inicio se considera entre los 3 y los 6 años (**Seeman, 1950**), luego en el comienzo de la edad escolar y apareciendo ya reforzada durante la pubertad. El inicio en el adulto va generalmente asociado a un shock emocional severo o debido a una lesión en el sistema nervioso.

## **CAUSAS DE LA TARTAMUDEZ**

Muchísimos estudios se han hecho desde tiempos remotos hasta la actualidad sobre la etiología de la tartamudez; pero, pese a ello, los resultados de estos trabajos son insatisfactorios, encerrando todavía un gran misterio sobre su origen.

En la actualidad se considera a la tartamudez como un trastorno de naturaleza multicausal, en el cual es difícil identificar una causa única y determinante. Sin embargo, se suelen señalar algunos factores importantes e interactuantes en su etiología, tales como la herencia, los factores orgánicos, psicógenos, la zurdería contrariada, entre otros.

Esta complejidad etiológica de la tartamudez ha dado lugar a diversas teorías explicativas, pero las más recientes vienen dando un valor relevante a los factores psicógenos, asociando frecuentemente trastornos emocionales de fondo en dicho defecto, motivo por lo que los procedimientos terapéuticos ponen de relieve el estudio del estado emocional del afectado.

### **TARTAMUDEZ FISIOLÓGICA**

A los tres años de edad, o alrededor de ellos, suele aflorar una tartamudez “normal” en la evolución del habla, a la que se denomina “tartamudez fisiológica”. Obviamente, no todos los niños pasan por ella, pero sí algunos.

La aparición de esta tartamudez fisiológica y su desaparición o persistencia, hasta hacerse permanente, castigante, penosa, humillante y “degradante”, depende gravitadamente de los padres.

¿Cómo se produce la tartamudez fisiológica? Bueno, el deseo de comunicación del niño entre los 3 y los 5 años es muy grande, pero la facilidad de la palabra y la rapidez del pensamiento no van aparejados o acompasados todavía. Por eso, particularmente los niños

de mucho temperamento repiten una palabra hasta que les viene la expresión buscada (“Q-q-q-q-quiero la pelota”).

Esto se trata de un proceso “normal”; lo único lamentable es que los padres, por falta de información, se comporten indebidamente, creyendo encontrarse ante una tartamudez grave, tratando de preservar a su hijo de ese destino a todo trance y, en vez de escucharlo en forma serena y comprensiva, haciéndole ver que para hablar se requiere tiempo, comienzan a llamar la atención sobre su error: “*Habla despacio*”, “*Dilo nuevamente*” ..... Y así le repiten constantemente, haciendo que el niño tome conciencia de su defecto y, poco a poco, se vuelve inseguro e inhibido.

De esa forma los padres y los que rodean al niño le convierten sistemáticamente en un tartamudo auténtico, cuando sólo se trataba de una fase transitoria “carente de importancia”. De allí que el comportamiento de los padres durante esta etapa de la tartamudez fisiológica del niño es condicionante e importante.

## **CLASIFICACIÓN DE LA TARTAMUDEZ**

Se ha clasificado de diversas maneras los tipos de tartamudez, reflejando cada clasificación distintas perspectivas teórico-empíricas. Como tal, no existe un criterio único y convincente plenamente en el contexto de los especialistas, razón por la que aquí hemos adoptado dos formas sencillas y didácticas de clasificación, que son las siguientes:

### **1. Tartamudez Primaria y Tartamudez Secundaria**

La tartamudez primaria consiste en titubeos, repeticiones y alargamientos, sin que el niño tenga conciencia de ello o sin que cause o provoque ansiedad.

La tartamudez secundaria se caracteriza porque el que habla pasa a tener conciencia de su tartamudez y, como tal, empieza a utilizar todos los recursos para evitar y modificar su expresión. El afectado comienza a fabricar síntomas que juzga providencialmente útiles para escudarse tras ellos. Todo esto indica que la tartamudez entra en su fase estable, catalogándose entonces como “tartamudez secundaria”.

Es fácil comprender, entonces, que una cosa es tar-tamudear como el niño sin dar importancia a los titubeos y otra es realizarlo con pánico y miedo a las palabras, con fobia a determinados fonemas, con sentimiento de inferioridad y frustración constante.

## **2. Tartamudez Clónica y Tónica**

La tartamudez clónica consiste en la repetición de sonidos aislados o sílabas como: “te-te-te-tengo que to-to-to-tomar una de-de-de-decisión”.

En este tipo de tartamudez se producen repeticiones convulsivas de sílabas o palabras, sin contracciones anormales de los órganos fonatorios. Los accesos prefieren las consonantes más que las vocales, a las consonantes iniciales más que a las interiores y a los fonemas oclusivos más que a otros.

Esta tartamudez clónica es la que más se conoce y es la que

más frecuentemente se emplea en los teatros para conseguir efectos cómicos.

La tartamudez tónica, por otro lado, se produce por espasmos que paran, interrumpen e imposibilitan seguir hablando. El niño pronuncia la palabra bajo una fuerte presión, perceptible o no. Perelló sostiene que en este tipo de tartamudez se produce una inmovilización muscular fonatoria que impide de manera absoluta la emisión de la palabra. Cuando este espasmo cede, la palabra sale rápida, precipitada y desbordante.

Por eso, a menudo este tipo de tartamudez va acompañada de gestos característicos como pataleos de los pies, movimientos de la cabeza, poner el ojo en blanco, etc. Esta tartamudez tónica se observa en niños mayores y adultos, pero es muy raro en niños de edad preescolar, y en caso de que ocurra debe tomarse muy en serio.

## **GRAVEDAD DE LA TARTAMUDEZ**

La tartamudez puede tener distintos grados de gravedad, manifestándose el defecto en esa misma magnitud, la misma que puede graduarse en la forma siguiente:

1. Habla titubeante y no tartamudez propiamente dicha.
2. Tartamudo que habla casi siempre en forma fluida, pero que súbitamente, delante de una tensión mayor, pasa a tener momentos discretos de tartamudez o a usar pequeños artificios disimuladores o de autoprotección.

3. Tartamudeo tipo clónico discreto, de carácter frecuente, con repeticiones de sílabas, fabrican pequeños trucos y huyen sistemáticamente de las palabras “peligrosas”.
4. Tartamudeo clónico-tónico, con predominio de lo clónico y de vez en cuando pequeñas crisis tónicas.
5. Tartamudeo tónico-clónico, con predominio tónico.
6. Tartamudeo esencialmente tónico.
7. Imposibilidad casi total para expresarse, paracinesias, compensaciones de naturaleza múltiple e intenso sufrimiento para comunicar lo que se desea a los demás.

Pues bien, resumiendo lo dicho, podemos decir que la tartamudez, más que un defecto del habla es un desorden de la personalidad. El habla alterada es apenas espejo de lo que sentimos. Por eso el tratamiento de la tartamudez no tiene por meta la rehabilitación única del habla, sino la rehabilitación del individuo como una totalidad, es decir, toda su persona como ser humano.

Cabe señalar, además, que muchos psicólogos sostienen que existen niños que nacen con un sistema nervioso débil, que se desorganizan fácilmente desde que están sujetos a determinadas tensiones; pero no todos pagan este tributo aun delante de una tendencia. Pues es el medio ambiente en que se desarrolla el niño el que favorece las manifestación del habla alterada, tal como ocurre con la dislalia y la tartamudez.