



MASTERPROF UMH
UNIVERSITAS Miguel Hernández

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN FORMACIÓN DEL PROFESORADO
ESO Y BACHILLERATO, FP Y ENSEÑANZAS DE IDIOMAS**

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS

**ÁREA DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN. DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD.**



**LA DISFEMIA COMO RETO BIO-PSICO-SOCIAL EN LA ETAPA
ADOLESCENTE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN**

SANDRA CANO BUSQUIER

TUTORA: ESTEFANÍA ESTÉVEZ LÓPEZ

COTUTORA: ELIZABETH CAÑAS PARDO

Elche, junio de 2024

Resumen:

En el presente estudio, abordaremos la relación entre la disfemia y su impacto en la autoestima y el autoconcepto de los adolescentes. A través de una revisión exhaustiva de la literatura existente, se examinan las características y síntomas de la disfemia en esta etapa crucial del desarrollo, así como su repercusión en el bienestar emocional y social de los afectados. Identificaremos las principales propuestas de intervención, basadas en enfoques interdisciplinarios provenientes de la Lingüística, la Psicología y la Logopedia, con el objetivo de promover una autoestima positiva y un autoconcepto saludable en los adolescentes con disfemia. Asimismo, proporcionaremos una comprensión integral del trastorno y trataremos de ofrecer una serie de recomendaciones prácticas para mejorar la calidad de vida de los jóvenes afectados, brindando así un enfoque holístico para abordar los desafíos emocionales y sociales asociados con la disfemia durante la adolescencia.

Palabras clave:

Disfemia, tartamudez, uso oral, conducta lingüística, adolescencia, autoestima, autoconcepto, intervención, revisión bibliográfica, Psicología, Lingüística, Logopedia.

Abstract:

In the present paper, we will study the relationship between dysphemia and its impact on teenagers' self-esteem and self-concept. Through a comprehensive review of the existing literature, we will examine the characteristics and symptoms of dysphemia at this crucial stage of development, as well as its impact on the emotional and social well-being of those affected. We will identify the main intervention proposals, based on interdisciplinary approaches from Linguistics, Psychology and Speech Therapy, with the aim of promoting positive self-esteem and a healthy self-concept in teenagers with dysphemia. We will also provide a deep understanding of the disorder and attempt to offer a series of practical recommendations to improve the quality of life of affected young people, providing a holistic approach to address the emotional and social challenges associated with dysphemia during adolescence.

Key words:

Dysphemia, stuttering, oral use, linguistic behaviour, adolescence, self-esteem, self-concept, intervention, literature review, Psychology, Linguistics, Speech Therapy.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Justificación y relevancia del trabajo	4
1.2. Objetivos	5
1.3. Metodología	7
1.4. Estructura	8
2. LA DISFEMIA COMO OBJETO DE ESTUDIO	9
2.1. Aproximaciones interdisciplinarias a la disfemia: Lingüística, Psicología y Logopedia	9
2.2. La disfemia como dificultad del uso oral del lenguaje	11
2.2.1. <i>Definiciones del objeto de estudio</i>	11
2.2.2. <i>Características generales de la disfemia</i>	15
3. LA DISFEMIA EN LA ETAPA ADOLESCENTE: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	17
3.1. Contextualización de la etapa adolescente	17
3.2. Manifestaciones bio-psico-sociales de la disfemia en la adolescencia	18
3.3. Repercusiones en la autoestima y el autoconcepto del adolescente.....	20
3.3.1. <i>Evaluación de la autoestima del adolescente con disfemia</i>	21
3.3.2. <i>Pautas de actuación: propuestas de intervención</i>	22
4. CONCLUSIONES	24
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
6. ANEXOS	28

1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de fin de máster, procederemos a realizar un acercamiento al estudio de la disfemia, también conocida tradicionalmente como tartamudez, un trastorno del uso oral del lenguaje sobre el que trataremos de investigar sus posibles repercusiones en la autoestima y el autoconcepto en sujetos adolescentes que la poseen, desde el planteamiento de la Lingüística clínica y la Psicología. De esta manera, en este primer apartado donde nos encontramos, procedemos a apuntar, en primer lugar, una serie de preliminares teóricos y metodológicos importantes para la realización de este documento de análisis; este vendrá seguido por la justificación y la relevancia del trabajo, donde explicaremos los motivos por los que escogimos esta temática y, posteriormente, pasaremos a abordar el marco teórico en el que se inserta el trabajo.

Repasaremos los objetivos que se pretenden cumplir con la realización de esta investigación y, del mismo modo, haremos referencia a la metodología, un aspecto muy importante, sobre todo, de cara a la parte más práctica y en la que se va a basar este documento: la propuesta de intervención. Por último, comentaremos la estructura que vamos a seguir a lo largo del trabajo, dividido, principalmente, en una parte teórica en la que se estudia el trastorno del uso oral del lenguaje que mencionábamos y en otra más aplicada en la que tomaremos esa teoría para formular una serie de intervenciones beneficiosas para la autoestima y el autoconcepto de unos hablantes caracterizados, en gran medida, por la falta de estos.

1.1. Justificación y relevancia del trabajo

La importancia del presente trabajo radica en la necesidad de abordar de manera integral e interdisciplinar la disfemia como un trastorno del uso oral del lenguaje que afecta significativamente la calidad de vida y el desarrollo personal de quienes la padecen, especialmente en la etapa adolescente, puesto que esta dificultad no sólo presenta desafíos lingüísticos, sino que también puede tener un impacto profundo en la autoestima y el autoconcepto de los individuos afectados.

Es crucial destacar que la disfemia es una condición que ha sido históricamente estigmatizada y malentendida en la sociedad. Las personas que la experimentan frecuentemente se enfrentan a una patente discriminación, burlas e incomodidades en sus interacciones sociales, una estigmatización que, por supuesto, puede generar sentimientos de vergüenza, ansiedad y baja autoestima, exacerbando aún más las dificultades comunicativas inherentes al trastorno.

En este contexto, resulta esencial que desde el ámbito académico y profesional brindemos visibilidad a la disfemia y promovamos un enfoque interdisciplinario para su estudio y tratamiento. La Lingüística, la Psicología y la Logopedia serán las disciplinas cuyos roles jugarán un papel fundamental en la comprensión y abordaje de esta dificultad, cada una desde su perspectiva y enfoque particular.

Desde la Lingüística, buscaremos comprender las características lingüísticas y comunicativas de la disfemia, así como identificar posibles

estrategias para mejorar la fluidez verbal y la expresión oral. La Psicología aportará conocimientos sobre el impacto emocional y psicológico del trastorno, así como técnicas para fortalecer la autoestima y el autoconcepto de los individuos afectados. Por su parte, la Logopedia se centrará en el diagnóstico y tratamiento específico de las dificultades del habla y la comunicación, ofreciendo herramientas terapéuticas para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Al abordar la disfemia desde una perspectiva interdisciplinaria, contribuiremos a la comprensión integral de la dificultad y ofreceremos una base sólida para el diseño de intervenciones efectivas. Además, al centrarnos en la etapa adolescente, reconoceremos la importancia de este período crucial en el desarrollo personal y social, donde la construcción de la identidad y la autovaloración juegan un papel crucial.

Es importante destacar que, al centrarnos en intervenir en la disfemia durante la adolescencia, no sólo buscamos mejorar las habilidades lingüísticas de los individuos, sino también promover su bienestar emocional, ya que, al ayudar a los adolescentes a gestionar y superar los desafíos asociados con la disfemia, también les empoderaremos para desarrollar una autoimagen positiva y construir relaciones sociales satisfactorias.

Por lo tanto, este trabajo de investigación nace de la necesidad de abordar de manera integral la disfemia desde una perspectiva interdisciplinaria, reconociendo su impacto en la autoestima y el autoconcepto de los adolescentes afectados. Al dar visibilidad a esta dificultad y ofrecer propuestas de intervención basadas en el conocimiento científico y la práctica clínica, trataremos de contribuir a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas que conviven con la disfemia.

1.2. Objetivos

Mediante la elaboración de los objetivos, daremos cuenta de cuál es la finalidad de este estudio sobre las implicaciones de la disfemia en la autoestima y el autoconcepto en la etapa adolescente, un momento vital repleto de cambios, comparaciones y búsqueda de la propia identidad.

El objetivo general que se pretende alcanzar mediante la realización de este trabajo se basa en analizar, de forma exhaustiva, esa relación entre la dificultad que señalamos y una baja autoestima o autoconcepto en los y las adolescentes, así como proponer una serie de pautas a implementar con el fin de mejorar los aspectos problemáticos y promover dinámicas de seguridad y relajación en el momento de realizar intervenciones orales para conseguir discursos exitosos.

Será necesario, para ello, observar y analizar el proceso interdisciplinar por el que tendría lugar la evaluación de cada una de las conductas que se ven alteradas en la persona (conductas sociales, psicológicas, lingüísticas y motrices), investigar sobre los mejores instrumentos de recogida de datos y analizar las posibles causas, además de las posibles intervenciones que se pueden llevar a cabo para cada una de las mencionadas conductas alteradas y conseguir, con la actuación en el conjunto de las mismas, desarrollar una buena base de seguridad en la producción oral de los y las jóvenes con disfemia.

Por otra parte, de forma más específica, podemos determinar que nuestra intención se basa en analizar la disfemia como trastorno del uso oral del lenguaje a partir de la perspectiva de diversos autores. Además, pretendemos estudiar esta dificultad lingüística en relación a otras disciplinas que también participan en el tratamiento de pacientes con patologías del lenguaje y el uso del mismo. También es nuestro objetivo identificar los síntomas y características de la disfemia que se relacionan directamente con la autoestima de quien la posee y, por supuesto, aplicar los conocimientos teóricos a las propuestas de intervención que trataremos de componer.

De este modo, pretendemos analizar qué manifestaciones bio-psico-sociales son intrínsecas en las personas con disfemia durante la adolescencia, qué posibles patrones se suelen repetir, qué conductas se pueden ver alteradas, cómo repercuten estas en la autoestima de la o el adolescente y, por supuesto, qué serie de pautas de actuación serían favorables en determinados casos.

No obstante, a pesar de que tenemos claros los objetivos que pretendemos alcanzar, nos enfrentamos a una serie de problemáticas y de preguntas que también nos gustaría intentar resolver a lo largo de la elaboración de esta investigación. Elena Garayzábal (2009, p. 156) ofrece algunas propuestas que son perfectamente aplicables a nuestro trabajo.

La primera de ellas podría ser plantearnos hasta qué punto las conductas de los adolescentes con disfemia están realmente ligadas a su dificultad. Además, sería interesante observar si esas dificultades son realmente indicativas de su patología. También nos cuestionamos cómo afecta la disfemia al sujeto desde un planteamiento social y psicológico y si pudiéramos considerar, de forma estricta, la disfemia como una verdadera patología del lenguaje o si esta consideración implica un peor autoconcepto en quien la posee.

Por otra parte, también nos preguntamos si la edad es un factor influyente en la autoevaluación y la intervención de personas con disfemia, así como el tipo de pruebas de las que se pueden servir los profesionales para ofrecer sus diferentes diagnósticos (psicológico, neurológico, lingüístico...).

Nos surge, igualmente, si sería pertinente realizar estudios de caso basados en estas problemáticas. Garayzábal (2009, p. 156) apunta, al respecto, que los estudios de caso son útiles dado que la suma de muchas de estas investigaciones puede dar lugar al establecimiento de una serie de “puntos comunes o diferencias” que ayudan a otros profesionales a evaluar y diagnosticar casos del trastorno que se estudia.

El factor de la edad de los sujetos que se tratan también puede resultar algo enigmático. Si nos encontramos ante una persona de corta edad, en la adolescencia, como es nuestro caso, ¿debemos tomar como referencia los datos ya obtenidos que proceden de la población adolescente únicamente? ¿desechamos las propuestas ofrecidas para la población adulta? ¿coinciden en cierta medida en síntomas, autoconcepto o intervenciones? Garayzábal (2009, p. 156) recuerda que, de tratarse de un paciente adolescente, deberemos tomar como referencia el comportamiento comunicativo propio de una persona de la edad con la que nos encontremos, con el fin de poder observar, a lo largo del tratamiento, la evolución del hablante respecto al modelo de habla que hemos tomado como referente de desarrollo.

También nos preguntamos cómo podremos recoger los datos necesarios para el análisis del habla de los sujetos, es decir, qué instrumentos de evaluación serán los más oportunos. ¿Es la observación una buena forma de obtener nuestros datos? Según Garayzábal (2009, p. 158), la observación puede resultar bastante beneficiosa dado que no va a alterar de ninguna forma el habla del paciente; no obstante, es necesario que se planifique, que se lleve a cabo de manera organizada para que, desde el comienzo de la evaluación, sepamos qué factores son los que vamos a observar y qué aspectos resultan más relevantes para los profesionales. Con todo, surge otro problema, ¿qué alternativa podremos poner en marcha si, mediante este procedimiento tan imprevisible, no obtenemos los datos que intentábamos estudiar, el hablante se encuentra poco receptivo o no podemos dedicarle el tiempo suficiente?

A lo largo de este análisis trataremos de responder a estas cuestiones e intentaremos resolverlas durante la propuesta de intervención, determinando, finalmente, los aspectos más destacables de un trabajo dedicado a personas con disfemia en la etapa adolescente.

1.3. Metodología

La metodología empleada en este trabajo se basa principalmente en una revisión exhaustiva de la literatura científica existente sobre la disfemia, también conocida como tartamudez, y su relación con la falta de autoestima y autoconcepto en los adolescentes que la padecen. Para ello, llevaremos a cabo una búsqueda sistemática de estudios, investigaciones y trabajos relevantes en bases de datos académicas, revistas especializadas y libros relacionados con la temática.

Por una parte, recopilaremos y analizaremos diferentes evidencias disponibles sobre la relación que se establece entre las diferentes áreas de conocimiento desde las que podemos acercarnos a la disfemia con el fin de entender que todas ellas son necesarias y necesitan de la interconexión con las demás. También observaremos las definiciones que se le han ido otorgando a la disfemia a lo largo de los últimos años, analizando la concepción que se ha tenido sobre ella; asimismo, también nos detendremos en analizar la bibliografía existente sobre las características más típicas de las personas que poseen esta dificultad con el fin de preparar todo un marco teórico que nos sirva para, posteriormente, adentrarnos en la aplicación de estos conocimientos a los hablantes en edad adolescente que poseen disfemia.

En esa segunda parte del trabajo, trabajaremos el impacto de la disfemia, concretamente, en adolescentes, examinando los estudios que describen las manifestaciones motoras, psicológicas y lingüísticas de la disfemia en la población adolescente, así como los factores que pueden influir en su aparición y desarrollo.

Nos centraremos en investigar sobre el impacto que la disfemia posee en la autoestima y el autoconcepto de los adolescentes, prestando especial atención a los estudios que identifican los efectos psicológicos y emocionales del trastorno en esta etapa crucial del desarrollo.

Como punto fundamental en el presente documento de análisis, revisaremos las investigaciones que proponen estrategias y técnicas para

evaluar e intervenir en la autoestima y el autoconcepto en adolescentes con disfemia, explorando diferentes enfoques terapéuticos con el fin aportar una serie de recomendaciones prácticas y actividades específicas destinadas a promover una correcta y beneficiosa autoestima y un autoconcepto positivo en el tipo de sujetos mencionados.

Por tanto, la metodología empleada en este trabajo combina una revisión exhaustiva de la literatura existente con la elaboración de propuestas de intervención fundamentadas en el conocimiento científico y la práctica clínica, buscando proporcionar una base sólida para abordar los desafíos emocionales y sociales asociados con la disfemia en la adolescencia, con el objetivo último de mejorar la calidad de vida de los jóvenes afectados.

1.4. Estructura

Como hemos observado, en la presente investigación será sumamente interesante centrar el estudio de aquellos retos bio-psico-sociales que se presentan en la etapa adolescente, en algunas una de las diversas patologías lingüísticas que existen, como la dislexia, aquellas dificultades lingüísticas asociadas al TEA (trastorno del espectro autista), la afasia, la dislalia o la disfemia, entre otras muchas. En este caso, la patología en la que vamos a centrar este análisis será la disfemia, conocida popularmente como tartamudez, dificultad en el uso oral del lenguaje.

A partir de un primer acercamiento a ella mediante el marco teórico, podríamos abordar las repercusiones que este tipo de problemas poseen en el autoconcepto y la autoestima en la adolescencia, dado que se trata de un momento muy vulnerable, de grandes cambios y determinación de la propia identidad.

Por lo mencionado, considero que sería muy oportuno ofrecer, en primer lugar, todo un marco teórico sobre la patología que se tratará a lo largo del trabajo de forma interdisciplinar, desde la Lingüística, la Psicología, la Neurología y la Logopedia, ámbitos encargados de aproximarse a las dificultades del lenguaje y su uso desde distintos planteamientos y con diferentes objetivos, todos necesarios para el correcto diagnóstico y posterior intervención de esas patologías lingüísticas. De esta forma, obtendremos un conocimiento exhaustivo de qué es exactamente esta patología, cuáles son las características y síntomas más comunes de dicha dificultad y qué comportamientos la suelen caracterizar.

Tras esta revisión bibliográfica, podríamos centrarnos en la propuesta de intervención en hablantes adolescentes, basándonos en aquellos aspectos relacionados con las repercusiones en las relaciones sociales que pueden derivarse debido a la autopercepción de la propia dificultad lingüística. Así, finalmente, seremos capaces de proponer ciertas pautas de actuación para intentar trabajar y mejorar, no solo el discurso oral en personas con edades tan frágiles y delicadas, sino también propiedades tan importantes como la confianza y el respeto hacia uno mismo.

2. LA DISFEMIA COMO OBJETO DE ESTUDIO

En el presente apartado, se tratará de realizar una exhaustiva revisión de la literatura científica perteneciente al campo de la disfemia o tartamudez, que va a ser el objeto de estudio de este trabajo. De esta forma, se comenzará ofreciendo un análisis de las aproximaciones interdisciplinares a la disfemia, en relación con la Lingüística, la Psicología y la Logopedia, con el fin de delimitar cada ciencia, sus objetos de estudio y sus propósitos antes de profundizar en el que va a ser el objetivo de la presente investigación.

2.1. Aproximaciones interdisciplinares a la disfemia: Psicología, Logopedia y Lingüística

Es importante comenzar realizando una aproximación teórica a las disciplinas que, junto a la Lingüística clínica, abordan los trastornos del lenguaje en general o el uso de este, ya sea de forma escrita, sígnica o hablada, como es el caso de la disfemia. De esta forma, se podrá comprender por qué es necesario un planteamiento interdisciplinar de las patologías del lenguaje y su uso, qué equipo de profesionales es necesario para la correcta evaluación, tratamiento y rehabilitación del paciente, cuál es el papel de la Lingüística clínica y cuáles son las delimitaciones de cada una de las disciplinas que entran en juego en estos casos, que se relacionan entre sí y que, inevitablemente, necesitan de la existencia y la cooperación de las demás para desarrollar sus objetivos con éxito.

Para llevar a cabo dicha distinción, se optará por contar con el apoyo, entre otros, del estudio de Elena Garayzábal junto a M^a Pilar Otero, cuyo título es "Psicolingüística, Neurolingüística, Logopedia y Lingüística clínica: juntos sí, pero no revueltos", un artículo publicado en el año 2005, en el que se explica de una manera totalmente integradora en qué consisten cada una de las disciplinas que se mencionan, teniendo en cuenta a la Lingüística, una ciencia que tiene cada vez más presencia pero que, tradicionalmente, ha quedado relegada en materia de trastornos de este tipo, cuando, irónicamente, hay un estrechísimo trato con patologías relacionadas con "la adquisición y mecanismos internos de producción y comprensión de mensajes" (Garayzábal & Otero, 2005, p. 163).

Desde la Neurología y la Neurolingüística, la Genética relacionada con el carácter hereditario de los trastornos lingüísticos, la Psicología y la Psicolingüística, el ámbito logopédico, el educativo y, por supuesto, la Lingüística, se ha intentado estudiar el lenguaje en relación con las alteraciones que las personas, por diferentes motivos, pueden presentar respecto a este.

A continuación, procedemos a explicar tres disciplinas cuyos límites se pueden difuminar más y producir mayor confusión acerca de los objetos de estudio de cada una de ellas en analogía con la Lingüística clínica.

La **Psicolingüística** es una rama de la Lingüística teórica cuyo nacimiento implicó, hacia los años sesenta del siglo XX, toda una revolución en el modo de enfocar el estudio del lenguaje, en el que se tuvo en cuenta, por primera vez, "el lenguaje del niño, su adquisición y desarrollo" (Garayzábal & Otero, 2005, p. 168). Este campo que aúna "los puntos de vista lingüístico y psicológico del lenguaje" al relacionarse la Lingüística y la Psicología (Jiménez, 2019, p. 296) le debe mucho a Chomsky, que, en su estudio de 1966 sobre *La*

lingüística cartesiana, ya defendía que el lenguaje era la propiedad natural del ser humano capaz de diferenciarlo de otras especies de animales, debido a su carácter innato. Así, surge una voluntad por estudiar el funcionamiento del lenguaje desde el estudio de la mente. Chomsky también distinguirá dos elementos fundamentales que sirven para todo el estudio que se va a realizar: competencia (todos esos mecanismos innatos que propician que el ser humano tenga la capacidad de entender el mundo mediante una lengua y sea capaz de producir mentalmente infinitas combinaciones de oraciones) y actuación (la producción real del lenguaje en sus diferentes contextos).

De esta forma, la Psicolingüística se encarga de investigar esos procesos relacionados con la comunicación y la mente, la codificación y decodificación del mensaje (Garayzábal, 2009, p. 133). Esta estudiará estos procesos en individuos “normales” implicados en la actuación lingüística (Peronard, 1998, p. 971). Además, también trata de examinar cómo se relacionan diferentes lenguas en la mente de un hablante; no obstante, lo que otorga importancia a esta disciplina, en relación con la Lingüística clínica, es la capacidad de ofrecer a esta última una serie de conocimientos teóricos acerca del desarrollo de esos procesos que se suponen como correctos en la adquisición lingüística de los niños. Mediante estas aportaciones teóricas, el lingüista podrá detectar esas alteraciones lingüísticas que se puede dar tanto en la producción como en la recepción de los mensajes (Jiménez, 2019, p. 296, 297).

Nos adentramos ahora en la rama que más interés nos causa y que pueden dar lugar a más confusión: la Lingüística clínica en relación con la Logopedia.

La **Logopedia** se puede entender como aquella disciplina centrada en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los diversos trastornos de la comunicación (Garayzábal, 2009, p. 133). Como observamos, esta ciencia se encuentra totalmente centrada en las alteraciones lingüísticas y en ponerles solución. Por ello, será el profesional con una formación mucho más centrada en el contacto con los hablantes pacientes; será quien, siguiendo las indicaciones de los demás profesionales, pueda llevar a la práctica las propuestas de intervención descritas por el lingüista, que a su vez se basan en la evaluación lingüística llevada a cabo a partir del diagnóstico ofrecido por psicolingüistas (y, si fuera necesario por la patología en cuestión, neurolingüistas). Será, por tanto, quien trate a los hablantes pacientes, tanto a niños como a adultos (Garayzábal & Otero, 2005, p. 177).

La **Lingüística clínica** basa sus investigaciones en intentar aplicar la teoría lingüística centrada en “el análisis del sistema lingüístico, con sus formas, niveles y funciones” (Garayzábal, 2009, p. 134) al examen de las patologías del lenguaje y el uso del mismo para intentar proponer unas pautas de actuación adaptadas al hablante paciente que puedan mejorar su trastorno (Garayzábal, 2009, p. 135).

La figura del lingüista clínico ha estado durante años poco reconocida; de hecho, a pesar de que gracias al auge de las Ciencias Cognitivas de los últimos años se ha resaltado la importancia del lenguaje, no se ha propiciado todavía la revalorización del lingüista como profesional que también puede y debe formar parte del estudio de fenómenos compartidos, desde sus planteamientos ya

mencionados, con la Psicolingüística o la Neurolingüística. Contrariamente, es bastante habitual encontrar a diversos profesionales de las ciencias mencionadas trabajando, por formación autodidacta, en temas de Lingüística. Es parte de nuestra labor como lingüistas abogar por un reconocimiento pleno en el país, primeramente, de que la Lingüística es una ciencia, y también de nuestras funciones en el marco de las patologías del lenguaje.

Por todo lo mencionado, podemos determinar que la Lingüística clínica buscará ayudar a solventar los problemas relacionados con los trastornos lingüísticos proporcionando las herramientas necesarias al logopeda para que pueda llevar a cabo la intervención, empleando evaluaciones que nos permitan analizar esos componentes del lenguaje que se están viendo afectados (Garayzábal & Otero, 2005, p. 178). De esta forma, el lingüista clínico será capaz de realizar todas las actividades mencionadas gracias a su formación y conocimiento exhaustivo en torno al lenguaje.

Por lo tanto, una vez hemos delimitado cada disciplina y sus objetivos particulares en torno a las patologías del lenguaje, resulta sorprendente observar cómo la Lingüística clínica, que precisamente se centra en el estudio de los componentes del lenguaje, sea la que menos visibilidad ha tenido tradicionalmente. Asimismo, procedemos a centrar esta investigación en el estudio de la disfemia como trastorno desde la Lingüística clínica.

2.2. La disfemia como dificultad del uso oral del lenguaje

En esta sección se abordará el trastorno del uso oral del lenguaje en el que me centraré durante este trabajo, la disfemia, desde las aportaciones de la Lingüística clínica. En esta parte, en primer lugar, analizaré las distintas definiciones que engloban el objeto de estudio; seguidamente, realizaré una revisión histórica de la disfemia; y, por supuesto, ofreceré un compendio de características propias de esta dificultad que nos servirá para abordar, posteriormente en la investigación, las manifestaciones más relevantes que se suelen dar en la etapa adolescente y cómo estas afectan a la autoestima y el autoconcepto de esta clase de pacientes.

2.2.1. Definiciones del objeto de estudio

La disfemia, también llamada tartamudez, es un trastorno de la fluidez verbal causado por una descoordinación de aquellos mecanismos que intervienen en el habla, tales como la respiración, la fonación o la articulación, que normalmente viene asociada con otro tipo de respuestas fisiológicas como los espasmos musculares, ansiedad o incluso logofobia.

En este caso, estamos ante un trastorno del uso oral del lenguaje. Esto quiere decir que, si tenemos en cuenta la dicotomía chomskiana de competencia y actuación, nos situamos en el segundo término, ya que se trata del uso real del lenguaje que los humanos ejercen en situaciones lingüísticas concretas. Además, se clasifica dentro de los trastornos orales, puesto que se produce cuando la persona quiere articular sonido, es decir, hablar y comunicarse de manera oral. En el ámbito escrito, estas personas no suelen presentar ninguna dificultad.

A continuación, ofreceremos una serie de descripciones de la disfemia que reflejan la concepción que se ha tenido y se tiene actualmente de ella mediante una perspectiva cronológica. Las primeras definiciones que presentamos datan de los años ochenta del siglo XX, fecha de la que partimos en esta consideración de los estudios de la disfemia debido a que, a pesar de que anteriormente encontramos ciertos trabajos más puntuales (Wendell Johnson, Wingate, Schifferes, Sheehan, Van Riper, Perelló o Rodríguez Carrillo), y por supuesto, importantes, sobre la patología en cuestión, consideramos que es a partir de esta época cuando se produce una mayor continuidad y voluntad por estudiar este fenómeno. Tras estas primeras definiciones, se irán incluyendo otras cada vez más modernas conforme se continúa con la investigación. Cabe destacar que, para aportar una mayor fidelidad a las diversas consideraciones que ha tenido esta patología a lo largo de la historia, optamos por mantener las citas literalmente.

La primera definición que encontramos data del año 1984, siendo esta parte de un estudio de Fiedler y Standop (1984, p. 16):

La tartamudez suele ser la interrupción del curso del lenguaje hablado. Se caracteriza por ese brusco atasco ante un vocablo, una sílaba o un fonema. Se produce cierto retraso, alargamiento y abreviación en la pronunciación de determinadas letras, así como la repetición de fragmentos de vocablos y frases. Aparecen también curiosas incrustaciones o interferencias debidas a sonidos inadecuados. Con estos fenómenos del lenguaje hablado coincide, con frecuencia, una técnica respiratoria insólita y una coordinación anómala de los grupos musculares que participan en la dicción: la boca se abre de forma espasmódica, durante unos cuantos segundos; los labios permanecen apretados, los dientes se entrechocan, se aprecian, claramente, ciertos chasquidos de la glotis, cuando se intercalan las pausas propias del lenguaje; la lengua se agita y surgen inspiraciones espasmódicas, todo ello en el marco de un ritmo típico de la tartamudez (Fiedler & Standop, 1984, p. 16).

Como podemos observar, en esta definición se opta por hacer referencia, sobre todo, a los rasgos fisiológicos propios de la patología, resultando estos de una descripción que podríamos caracterizar de hiperbólica, en cierta medida.

Asimismo, en el año 1989, encontramos una visión sobre la disfemia que sorprende aún más:

Para la mayor parte de los tartamudos, el trastorno se sitúa en el momento de elaboración de su pensamiento en lenguaje. Ya sea por falta de vocabulario ya sea a causa de un lenguaje pobre, o de un déficit en las funciones de evocación, que hace que la palabra llegue con un tiempo de latencia más o menos largo, o que no sea la palabra conveniente en el momento adecuado. [...] Existe una desorganización entre el pensamiento y el lenguaje. [...] El sujeto experimenta una especie de malestar expresivo que se manifiesta por una formulación difícil, laboriosa, o por lapsus, construcciones ilógicas, frases mal construidas y otras anomalías que perturban el desarrollo del lenguaje, tanto más cuanto que habitualmente están asociadas a un débito demasiado rápido, sacudido, o a una impulsividad excesiva, a una sucesión desordenada de

las palabras que desorganiza el lenguaje interior y no hace más que subrayar las incoordinaciones pensamiento-lenguaje. Todas estas anomalías pueden existir también en los no tartamudos y darles un lenguaje dubitativo, imperfecto. Pero esta dificultad aparente no determina un bloqueo. En el tartamudo, sin embargo, toda formulación imprecisa, torpe o incorrecta desencadena un estado de tensión muscular que desemboca en bloqueos e inhibiciones más o menos importantes (Dinville, 1989, p. 4).

Dinville hace referencia al vínculo directo entre el pensamiento y la incapacidad de la persona disfémica por elaborar con éxito sus mensajes. Como se observa, se pone el foco en los errores del sujeto y en esa falta de coordinación entre el pensamiento el lenguaje, lo que puede depositar en el hablante paciente una mayor carga de tensión que puede aumentar aún más esos bloqueos y disfluencias.

Hacia el final de los años noventa, encontramos ya una definición mucho más clara, objetiva y centrada únicamente en la patología que en la persona que la padece:

La tartamudez es una falta de fluidez en la emisión del mensaje hablado. Se produce un habla entrecortada, con repeticiones de palabras o sílabas y bloqueos o paros tónicos (en tensión). Sin embargo, aunque el síntoma más evidente en el habla es la alteración de la fluidez, la tartamudez por sí sola no identifica a la disfemia. Se suele utilizar el término tartamudez para referirse a la falta de fluidez como síntoma, y el término disfemia, para referirse al síndrome o conjunto de síntomas que definen este trastorno (Gorospe, Garrido, Vera y Málaga, 1997, p. 271).

Esta definición resulta bastante pertinente e interesante, dado que ya nos encontramos frente a la distinción de dos términos que tradicionalmente se entienden como sinónimos (“tartamudez” y “disfemia”) pese a no serlo. Sin embargo, encontraremos numerosos estudios cuyos autores aporten también el primer término para referirse a la disfemia por ser esta una expresión mucho más cercana a la sociedad, como José Luis Gallego, que en su estudio del año 2004 define la tartamudez:

La tartamudez, de etiología desconocida, es un trastorno del habla que engloba múltiples manifestaciones (lingüísticas y no lingüísticas) y afecta desde la antigüedad a personas muy diversas en su condición social, lengua o sexo. Suele admitirse que el 1% de la población, generalmente de sexo masculino, padece esta dificultad en el habla, aunque todavía hoy hemos de admitir cierta polémica sobre su definición, cuya característica más llamativa suele ser, por lo general, su carácter intermitente y episódico, que sólo es posible apreciar en un contexto de interacción comunicativa. En efecto, la producción lingüística carece de falta de fluidez cuando el sujeto disfémico habla solo o cuando la “situación comunicativa” no está dominada por la ansiedad (Gallego, 2004, p. 15).

Gallego (2004, p. 16) también añade que ese término que señalábamos, “tartamudez” se podría usar, desde un punto de vista lingüístico, más para hacer referencia a aquellos hablantes que presentan disfluencias durante su uso oral del lenguaje (actuación chomskiana), sin que se vea afectado el grado de

conocimiento de la lengua (competencia chomskiana). Por este motivo, se va desligando esas concepciones más tempranas que unían la disfemia al plano de la competencia.

Javier Sangorrín, en 2005, define la disfemia como “un síndrome clínico caracterizado por disfluencias anormales y persistentes del habla, acompañadas por peculiares patrones conductuales, cognitivos y afectivos” (p. 44). Es decir, el hablante paciente sabe aquello que quiere decir, pero no puede comunicarlo de manera fluida por culpa de repeticiones y alargamientos de vocales y sílabas, llegando incluso en algunas ocasiones a la interrupción total del habla. La disfemia, en general, es un trastorno que no viene acompañado de otros tipos de trastornos. Asimismo, las personas que padecen este síndrome son parejas en inteligencia, desarrollo, cultura a aquellos que son fluentes. Los progenitores de niños con tartamudez tampoco presentan peculiaridades respecto de aquellos que tienen hijos fluentes.

Más adelante, en el año 2010, Alfonso Salgado establece la siguiente definición de la disfemia, denominándola de nuevo “tartamudez”:

La tartamudez es un trastorno caracterizado por interrupciones intermitentes e involuntarias del curso del habla, conocidas como *disfluencias*. Es el trastorno de fluidez por excelencia, y aunque resulta obvia su identificación por cualquier oyente –sobre todo cuando está presente en personas adultas–, el hecho es que se trata de una de las categorías de la patología del habla más difíciles de definir y describir con precisión. (Salgado, 2010, p. 24).

Salgado ya pone de manifiesto un aspecto muy destacable de la disfemia al que aludiremos más adelante: la dificultad de definirla y diagnosticarla, debido a la gran variedad de síntomas que pueden padecer los hablantes pacientes con ella. De hecho, Salgado afirma que los síntomas ya caracterizados como comunes y frecuentes en los casos de disfemia pueden variar de unos a otros, puesto que se encuentran, además de las conocidas disfluencias, otros factores alterados, como ya apuntaremos en el apartado de sintomatología (Salgado, 2010, p. 24).

Es necesario que, para terminar con este repaso de definiciones sobre la disfemia, tengamos en cuenta aquellas aportadas por el el DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, una clasificación de los trastornos mentales), de 2013, y el CIE-11 (*Clasificación internacional de enfermedades de la OMS*), del 2019.

En el primero de ellos se habla de los trastornos de la fluidez y el tartamudeo, sin aludir en ningún momento a la disfemia o la tartamudez:

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”). 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. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo. 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. (DSM-5, 2013)

Por su parte, el CIE-11 hace referencia, de nuevo, a ese trastorno del desarrollo de la fluidez del habla, sin precisar ningún tipo de término entre “tartamudez” o “disfemia”:

El trastorno del desarrollo de la fluidez del habla se caracteriza por una interrupción frecuente o generalizada del flujo rítmico normal y la velocidad del habla caracterizada por repeticiones y prolongaciones en los sonidos, sílabas, palabras y frases, así como bloqueo y evitación o sustitución de palabras. La falta de fluidez en el habla persiste con el tiempo. El inicio de la fluidez del habla ocurre durante el período de desarrollo y la fluidez del habla está marcadamente por debajo de lo que se esperaría para la edad. La disfluencia del habla da como resultado un deterioro significativo en la comunicación social, personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento. La disfluencia del habla no se explica mejor por un trastorno del desarrollo intelectual, una enfermedad del sistema nervioso, un deterioro sensorial o una anomalía estructural u otro trastorno del habla o de la voz (CIE-11, 2019).

Por lo expuesto, contamos con varios estudios de la disfemia desde diferentes puntos de vista; no obstante, para Eduardo Gallego (2019) la disfemia no se encuentra lo suficientemente estudiada respecto a otros trastornos del uso del lenguaje, como la dislexia o la dislalia, lo que provoca que, en su campo de trabajo, la Logopedia, este trastorno tenga unos datos muy limitados y desactualizados con los que trabajar. Gallego achaca esta falta de investigación a que estamos ante una patología del lenguaje “que no genera grandes expectativas económicas que justifiquen la inversión que requiere este tipo de proyectos, siendo desestimados a favor de otros más lucrativos” (Gallego, 2019, p. 125).

2.2.2. Características generales de la disfemia

Para continuar, haremos una breve precisión de las características que presenta este trastorno.

Gorospe, Garrido, Vera y Málaga (1997, p. 271) afirman en su estudio sobre esta patología que existen tres rasgos fundamentales de los sujetos disfémicos: la tensión muscular excesiva durante la producción y el ritmo inadecuado en la respiración; la ansiedad ante la comunicación social; y el autoconcepto negativo del paciente ante su propia habilidad de habla.

Los perfiles de las personas con disfemia suelen coincidir en la timidez. La tartamudez suele ser compatible con sujetos muy tímidos y retraídos, no porque esto sea una mera casualidad, sino por esa autoestima del hablante paciente al reconocer su problema. Será fundamental el modo en el que, como profesionales, diagnosticamos y nos referimos al hablante paciente con disfemia o con signos de ella, ya que, como afirman los investigadores citados (1997: 271), “la propia conciencia del trastorno y la valoración negativa de la dicción puede tener una repercusión perjudicial, importante y definitiva en la génesis, constitución, mantenimiento y generalización del problema (diagnosogenia)” (Gorospe, Garrido, Vera y Málaga, 1997, p. 271).

Puede incluso darse el caso de que los problemas en la comunicación de ciertos sujetos con disfemia radiquen más en la actitud del hablante hacia su trastorno que el propio trastorno en sí (Gorospe, Garrido, Vera y Málaga, 1997, p. 273).

Sin embargo, pese a encontrarnos ante una patología con una inmensa cantidad de signos que pueden apuntar a ella, sí que se ha observado un patrón común en los hablantes pacientes que padecen este trastorno, y este tiene que ver con “(...) el perfeccionismo, ansiedad y susceptibilidad emocional, que podrían considerarse como elementos acompañantes o predisponentes (si no causantes) de la disfemia” (Sangorrín, 2005, p. 44). Por tanto, se puede afirmar que todos los niños con tartamudez tienen el mismo temperamento que condiciona la gravedad de la misma. Son hablantes que no presentan ningún problema en la organización global del lenguaje, pero la afección en la fluidez verbal y en el ritmo articulatorio de la palabra afectan psicológicamente en gran medida a quienes la sufren (Gallego, 2004, p. 19).

Suele ser una característica común en este tipo de trastorno la ansiedad, que genera una gran tensión física en la zona del cuello y la cara, y puede llegar a darse el caso de encontrar a hablantes pacientes que hayan desarrollado una patente fobia por exponerse a la comunicación, un factor que dificulta enormemente la terapia con el logopeda e incluso la convivencia con la familia (Gallego, 2004, p. 19).

De forma general, Salgado apunta un patrón de habla de la persona con disfemia, unas características que suelen coincidir en los casos y que van mucho más allá de la falta de fluidez. “Además de las frecuentes disfluencias (repeticiones, prolongaciones, bloqueos e interjecciones), su habla se caracteriza por la falta de prosodia en el discurso, es decir, velocidad y ritmo alterados, entonación y pausas inadecuadas al contenido semántico, etc., que la hacen distinta al patrón prosódico normal” (Salgado, 2010, p. 35).

Porcentualmente, la disfemia la padecen un 0,75% de la población, siendo más frecuente en infantes preescolares (concretamente el 5%). Sin embargo, debemos puntualizar que en esta edad es normal que los niños todavía no sean fluentes en su lengua materna, por lo que es esencial saber qué es disfemia y qué no, e identificarla lo antes posible para ser tratada, intentando reducir al máximo las complicaciones posteriores. Se considera dentro de la primera cuando las repeticiones son rápidas y las vocales tienen una corta duración de tiempo, además de aparecer cierta tensión muscular y trabajo para hablar (Sangorrín, 2005, p. 44).

Por otra parte, los estudios sitúan la edad de comienzo de la disfemia entre los dos y cuatro años, por lo que coincide con las fases del desarrollo del lenguaje (tanto su comprensión como su ejecución).

Según Le Huche (2006, p. 1), la aparición de la tartamudez puede ser “progresiva o súbita”. Si se observa durante unos días, desaparece y, cuando vuelve, lo hace con mayor intensidad, puede que su vuelta implique su instalación de manera permanente. De forma general, pueden aparecer disfluencias normales en el desarrollo del habla del niño que desaparecerán antes de los seis años; no obstante, Le Huche apunta que, de cada cuatro niños, tres no desarrollarán disfemia, mientras que ese cuarto, de no recibir de manera temprana un tratamiento adecuado, acabará presentando una disfemia crónica (Le Huche, 2006, p. 1).

3. LA DISFEMIA EN LA ETAPA ADOLESCENTE: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Una vez hemos llegado a este punto de la investigación, resulta pertinente centrarnos en aplicar aquellos conceptos más teóricos que hemos podido analizar en los apartados anteriores; no obstante, antes de proceder con la evaluación y las pautas de actuación que proponemos para mejorar la autoestima y el autoconcepto de los adolescentes con disfemia, vamos a abordar, en primer lugar, qué es lo que se considera por adolescencia, entre qué edades está comprendida, cuáles son las manifestaciones más comunes de la dificultad que estudiamos alrededor de estas edades, cómo estas afectan a la autoestima y el autoconcepto de los adolescentes para, finalmente, comprender cuáles serán las mejores formas de evaluar e intervenir a los jóvenes con estas dificultades en el uso oral del lenguaje.

3.1. Contextualización de la etapa adolescente

Es importante que, antes de proceder con el estudio de la disfemia de manera aplicada a la etapa adolescente y cómo esta afecta a dichos sujetos en su autoestima y autoconcepto, puntualicemos lo que se considera que es esa etapa adolescente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años” (OMS, 2024), un periodo, según la propia Organización, de profundos cambios y crecimiento “físico, cognoscitivo y psicosocial”.

En esto coinciden las doctoras Pineda y Aliño, quienes, en su estudio de 2002 sobre el concepto de adolescencia, confirmaron que

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los

cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (Pineda & Aliño, 2002, p. 16).

Como queda expuesto, esta etapa va a estar marcada, en cualquier caso, por una serie de cambios importantes que pueden generar conflictos tanto internos, en el propio individuo, como externos, con su entorno.

Es por este motivo por el que, aún con más razón, es importante abordar cómo una dificultad como la disfemia puede afectar a los adolescentes en una etapa vital tan decisiva como esta, llena de cambios, dudas, vulnerabilidad y crisis incluso en individuos sin dificultades aparentes. Será nuestro objetivo, por lo tanto, observar cómo la disfemia afecta en la adolescencia y cómo pueden verse afectados tanto la autoestima como el autoconcepto para, posteriormente, proponer una serie de pautas con el fin de beneficiar a todo este colectivo y hacer de este proceso de cambios, en el que están plenamente sumergidos, una etapa agradable en la que formen una relación sana con su entorno y, por supuesto, una imagen positiva de ellos mismos.

3.2. Manifestaciones bio-psico-sociales de la disfemia en la adolescencia

A continuación, vamos a observar diversos estudios sobre los síntomas que suelen presentar los hablantes pacientes con disfemia con el fin de determinar cuáles son los más comunes y poder aplicarlo a las pautas de actuación que posteriormente desarrollaremos con el fin de ayudar a fortalecer la autoestima y el autoconcepto de los adolescentes con disfemia.

Este tipo de síntomas generales pueden agravarse en situaciones de mayor emoción, estrés o nervios, en definitiva, en situaciones de mayor carga emocional, dado que el componente psicológico juega un papel fundamental en este tipo de trastornos. Por este motivo también podemos determinar que nos encontramos ante una patología de una amplia variabilidad entre sujetos, dado que dos pacientes no van a reaccionar de la misma forma e intensidad ante los mismos estímulos (Sangorrín, 2005, p. 44).

Según José Luis Gallego (2004, p. 21), las personas que presentan un habla tartamuda no tienen la capacidad de coordinar la actividad fonorrespiratorio con los órganos de articulación, factor totalmente desvinculado con cualquier afectación física de los órganos de la respiración o la fonación, lo que puede acabar dando lugar a esos bloqueos tan característicos del habla disfémica, esas interrupciones bruscas en su discurso, las constantes repeticiones y prolongaciones (normalmente en las vocales) de sílabas y palabras; y esos movimientos corporales asociados a la tensión que se genera. (Sangorrín, 2005, p. 44).

En general, los errores que presentan los sujetos con disfemia se basan en las disfluencias, que es el síntoma más característico. Además, la repetición de palabras multisilábicas (e incluso monosilábicas en muchos casos) y de frases cortas al comienzo de sus intervenciones pueden ser frecuentes. Las interjecciones, por su parte, serán un mecanismo comodín del que harán uso para rellenar los espacios en blanco, de lo contrario, se observarán pausas de aparición incoherente, también muy frecuentes en el habla disfémica. Suele ser habitual la aparición de frases incompletas al comienzo de la intervención que

se emplean como recurso para introducir su oración (“es decir-me pa-me parece que...”) (Salgado, 2019, p. 25).

Además de estos signos reconocidos fácilmente por el interlocutor, también hay otros síntomas asociados a respuestas de tipo motor, emocional, fisiológicas y lingüísticas, que estudiaremos con más detenimiento.

Entre esas manifestaciones motoras que apunta Salgado (2019, p. 34), encontramos la emisión de sonidos anómalos, como una respiración extrañamente ruidosa, soplidos o chasquidos; también presentan, por norma general, una serie de muecas faciales exageradas, como parpadeos irregulares y nerviosos, apertura de las aletas nasales, movimientos de ojos o los labios apretados; la cabeza también juega un papel fundamental, puesto que suele posicionarse de forma estirada y se intenta evitar el contacto ocular; además, esto está asociado a numerosos movimientos nerviosos de cuello, brazos, manos o pies. Las reacciones emocionales asociadas se basan en el miedo a determinadas palabras, situaciones o personas; los tartamudeos y disfluencias incrementan, además, esa ansiedad, frustración y vergüenza que, a su vez, propicia un mayor número de disfluencias. Por ello, como adelantábamos, se puede llegar a adquirir actitudes negativas hacia el propio hecho de hablar y hacia la propia persona.

Las respuestas fisiológicas más comunes será la respiración irregular y poco coordinada; también la fonación se verá afectada por una excesiva tensión muscular, que afecta también a la posición de la laringe; y podremos observar fácilmente una clara descoordinación entre la articulación y la fonación (Salgado, 2019, p. 34).

La finalidad de todas estas conductas será compensar sus disfluencias. Mediante los movimientos constante de diversas partes del cuerpo, el hablante paciente buscará disminuir la tensión que se deposita en sus órganos fonadores para poder continuar con sus intervenciones. No son más que meros recursos con lo que intentar conseguir su objetivo: enunciar lo que desea. Son unos mecanismos de escape que surgen de esa necesidad y que se van consolidando hasta establecerse como habituales en el hablante. “El resultado es el que puede esperarse: la instauración de un patrón de movimiento que mantiene el problema altera aún más la fluidez y el ritmo, haciendo que este habla anormal sea todavía más visible y, por tanto, más molesto para hablante y oyente” (Salgado, 2019, p. 38).

Salgado también presenta esa serie de manifestaciones lingüísticas que alteran la fluidez del habla, como una baja intensidad de la voz, un ritmo de habla muy monótono y una excesiva velocidad o lentitud. Además, pueden observarse circunloquios o excesivas sustituciones de palabras en una misma frase que surgen como consecuencia a una patente tensión (Salgado, 2019, p. 34). Los fonemas que más tensión suelen provocar en este tipo de hablantes pacientes son los oclusivos, que pueden dar lugar a una excesiva tensión (Gallego, 2004, p. 17). Como Salgado (2019, p. 49, 50) apunta, las palabras polisílabas tendrán más posibilidades de presentar disfluencias, así como aquellas de significado léxico (adjetivos, sustantivos...) antes que las de significado gramatical (preposiciones, conjunciones...) y en aquellas que resultan menos frecuentes para el hablante. Sintácticamente, las primeras palabras de las oraciones

presentarán una mayor problemática debido a que estas resultan menos predecibles que las siguientes; no obstante, los términos presentados en una lista tendrán, curiosamente, menos posibilidades de tartamudarse a las que se leen en el formato de una oración.

Hay incluso algunas situaciones de habla que, de manera previa a su ejecución, van a propiciar un incremento de todos los síntomas, como hablar por teléfono, en público, grabar un vídeo, expresarse mientras el sujeto se encuentra en una situación de enfado, estrés o con mucha carga emocional. También será clave el interlocutor que se encuentre recibiendo su mensaje, dado que las personas consideradas de autoridad o aquellas que previamente han sugerido alguna broma o burla sobre la patología del hablante tendrán unas implicaciones probablemente negativas. Las situaciones nuevas también pueden suponer un incremento de la tensión del hablante paciente, como es el caso de conocer a gente o iniciar una conversación (Salgado, 2019, p. 49).

Todos estos síntomas darán lugar a que el hablante trate de sustituir palabras que considera peligrosas, a aplazar la expresión de términos temidos, a hablar más deprisa para intentar aparentar el control de las disfluencias, a utilizar contestaciones breves, a terminar de forma atropellada las conversaciones, a hablar en un tono bajo, a preparar sus intervenciones, a no iniciar conversaciones ni a hacer preguntas, a evitar hablar con desconocidos y en general a evitar la conversación (Salgado, 2019, p. 37, 38).

Como podemos entender, todo este tipo de conductas de evitación promueven en el propio hablante una autoconcepción y autoestima muy bajas, puesto que llegan a considerar, al ser plenamente conscientes de su tartamudez (sobre todo a partir de los seis años) que son incapaces, que son malos hablantes, que son juzgados constantemente y que resultan desagradables o que es el rasgo que más destaca de ellos (Salgado, 2019, p. 44). Esa toma de conciencia sobre su propia patología es lo que, como hemos apreciado, propicia en gran medida muchos signos de compensación ante las disfluencias. Esto provoca, inevitablemente, que cuando la disfemia se haya hecho conocida por su propio hablante, sea crónica. "Así, se dice que una tartamudez se ha hecho crónica cuando el niño es consciente de su problema y ha empezado a reaccionar ante él" (Salgado, 2019, p. 44).

Por tanto, debemos considerar la disfemia como una patología del uso oral del lenguaje bastante compleja por los múltiples rasgos motores, fisiológicos, emocionales y lingüísticos, de distinta intensidad y en distintos momentos, con los que se puede evidenciar. Considerar este hecho de cara a la evaluación e intervención de los hablantes y adaptarnos a sus casos concretos nos permitirá llevar a cabo un tratamiento exitoso.

3.3. Repercusiones en la autoestima y el autoconcepto del adolescente

La relación negativa que se produce entre la disfemia y la autoestima y el autoconcepto de sujetos adolescentes es un hecho comprobado, tal y como indica el estudio realizado por Espinosa, Ramírez, Fong y Martínez (2019, p. 4), donde, además, se pone de manifiesto que, en sujetos adolescentes, esta asociación se intensifica en mayor medida, llegando a provocar más inseguridad y tensión al articular que en casos de otras edades, lo que llega a afectar al

“desarrollo metacognitivo y motivacional afectivo, determinando problemas en la esfera psicológica” (Espinosa *et al.*, 2019, p. 4).

Por su parte, el estudio llevado a cabo por Garairgordobil y Pérez en 2007 muestra datos muy reveladores al respecto, puesto que, tras realizar un estudio con una muestra de 689 personas, de las cuales 37 tenían disfemia, llegaron a la conclusión de que este tipo de sujetos presentaban unas puntuaciones notablemente inferiores en autoestima y autoconcepto en comparación con los sujetos que no poseían esta dificultad.

Por ello, con el fin de adentrarnos en las posibles repercusiones que las manifestaciones anteriormente expuestas poseen en la autoestima y el autoconcepto del adolescente, procedemos a investigar sobre la relación real de estos aspectos, cómo se pueden evaluar desde el contexto del aula y cuáles son las mejores pautas de actuación que implementar con el fin de mejorar tanto la fluidez verbal, como esa implicación negativa que el propio sujeto posee de sí mismo precisamente por cargar con una visión negativa de su dificultad y sus capacidades.

3.3.1. Evaluación

Una vez hemos ofrecido una amplia visión sobre la amplia variedad de manifestaciones que posee la disfemia en la etapa en la que nos enfocamos, y hemos observado cómo estas afectan a la autoestima y el autoconcepto de los jóvenes, es importante que nos adentremos en un nivel más concreto que nos ayudará, posteriormente, a abordar los casos que nos podamos encontrar dentro del aula.

Como docentes, será fundamental que, entre nuestros objetivos y labores, podamos darnos cuenta de cómo puede estar afectando la dificultad expuesta a nuestro alumnado adolescente y, así, poder contribuir a una actuación más rápida por parte de psicólogos y logopedas si esta fuera necesaria.

Si pensamos en el contexto real de un aula de secundaria, repleta de adolescentes, cabe pensar que los estudiantes que podamos encontrar en esta que presenten alguna patología en el uso del lenguaje ya habrán sido, en la mayoría de los casos, diagnosticados, por lo que nuestra labor en estos casos no se basará en intentar realizar un diagnóstico; no obstante, también podremos encontrar estudiantes que hayan comenzado con esta dificultad en la pubertad, por lo que será necesario, en cualquier caso, que prestemos atención a las necesidades de nuestro alumnado, de su estado anímico, su rendimiento escolar y su relación con sus compañeros y el resto de profesorado. De esta manera, podremos abordar los casos que se encuentran sin diagnosticar y, de igual forma, propiciar que comience una intervención para mejorar el bienestar del sujeto en cuestión.

En este caso, vamos a centrarnos en aquellos casos que, ya diagnosticados en su dificultad (la disfemia), presentan cambios en su autoestima y su autoconcepto, con el fin de poder evaluar dichas variaciones y poder proponer, a continuación, algunas pautas para su mejora, teniendo siempre en cuenta a Milagros Fernández Pérez (2005), que afirma que, por supuesto, no podremos valorar al adolescente de la misma forma en la que

evaluaríamos el habla del adulto. Por ello, tomando un modelo reconocido del desarrollo que se considera canónico en la adquisición de la lengua española y comparándolo con lo que se esperaría encontrar de un adolescente con la edad concreta del hablante con el que estemos tratando, pasaremos a evaluar la valoración que el adolescente posee consigo mismo, su autoestima y su autoconcepto.

Para llevar estas evaluaciones a cabo, proponemos, en primer lugar, observar cómo interactúa el adolescente con sus compañeros y profesores en el entorno escolar, un gesto que puede proporcionar pistas sobre su autoestima y autoconcepto. ¿Participa activamente en clase o se muestra retraído? ¿Tiene dificultades para expresarse en público debido a su disfemia? Estas observaciones pueden ayudar a entender cómo se percibe a sí mismo y cómo es percibido por los demás.

Realizar entrevistas individuales con el adolescente puede ser una forma efectiva de explorar sus pensamientos y sentimientos sobre su disfemia, su autoimagen y sus relaciones interpersonales. Las preguntas abiertas pueden ayudar a obtener información detallada sobre sus experiencias y percepciones. Asimismo, utilizar cuestionarios estandarizados diseñados para evaluar la autoestima y el autoconcepto puede proporcionar datos cuantitativos sobre la percepción que el adolescente tiene de sí mismo en comparación con sus pares. Estos cuestionarios pueden adaptarse para abordar específicamente las preocupaciones relacionadas con la disfemia.

Podemos también invitar al adolescente a llevar un diario en el que registre sus pensamientos y emociones relacionados con su disfemia y su autoimagen, algo que puede proporcionar una visión más íntima de su experiencia, lo que puede ayudar al adolescente a reflexionar sobre su progreso y a identificar áreas de fortaleza y áreas que necesitan atención.

Por supuesto, debemos obtener perspectivas adicionales de los padres y los demás docentes del adolescente mediante la realización de entrevistas con ellos, algo que puede ayudar a completar y comprender el cuadro de su autoestima y autoconcepto. Sería interesante, en estos casos, realizar preguntas sobre el comportamiento del adolescente en casa y en el resto de las clases, así como sobre cualquier cambio observado en su actitud o rendimiento académico.

Al combinar múltiples enfoques de evaluación, es posible obtener una comprensión más completa de la autoestima y el autoconcepto de un adolescente con disfemia o tartamudez, lo que puede guiar intervenciones efectivas para promover su bienestar emocional y social.

3.3.2. Pautas de actuación: propuestas de intervención

Como último elemento que especificar sobre el estudio del impacto de la disfemia en la autoestima y el autoconcepto de los adolescentes, observamos el último paso al que, también en nuestro papel como docentes, junto con el equipo de profesionales, llegamos: la intervención, que se abordará una vez el proceso de evaluación haya concluido con resultados claros en el caso del hablante que estemos tratando.

A pesar de que puede haber sido tratada desde edades muy tempranas, la disfemia puede venir dada por causas y factores que propicien su cronicidad. En estos casos en los que el equipo de profesionales determine la disfemia como trastorno del uso oral del lenguaje en un hablante paciente (y tras todas las pruebas evaluadoras que observamos en el apartado anterior para determinar su estado anímico y su valoración de sí mismo) se procederá a un enfoque comunicativo de intervención de la patología mediante una serie de pautas de actuación dirigidas al reaprendizaje o restablecimiento (Ygual & Cervera, 1999, p. 111).

Este tipo de intervención está dirigida a personas que ya han adquirido el lenguaje, es decir, a hablantes pacientes como los adolescentes, que ya no precisan de una intervención que les enseñe o ayude en el proceso de adquisición, sino que buscan favorecer el uso oral de un lenguaje ya alcanzado en el que presentan dificultades. Consistirá en un tratamiento basado en volver a enseñar (o restablecer) unas habilidades perdidas, como la falta de fluidez. “La técnica consiste en volver a enseñar al paciente la habilidad o información perdida mediante el procedimiento de aprendizaje habitual o natural que se usó en su adquisición original” (García & Pérez, 2019, p. 51).

Los objetivos de este tipo de terapia se basan en ayudar a controlar las disfluencias para que el sujeto hable de una forma más fluida, favorecer una actitud positiva hacia la comunicación, eliminar las conductas de evitación, controlar la angustia y ansiedad por hablar en ciertas situaciones y mejorar las expectativas de éxito en las intervenciones del hablante paciente (Salgado, 2019, p. 356).

Para ello, el tratamiento consistirá en diversas técnicas de fluidez, de relajación muscular (sobre todo de la zona facial y el cuello), de control vocal, de enseñanza mecánica del habla, de entrenamiento de habilidades sociales y de práctica de los distintos componentes lingüísticos que se ven afectados, sobre todo el pragmático, dado que toda la intervención lingüística tendrá la finalidad de que el hablante paciente mejore en sus producciones e intercambios comunicativos (Sangorrín, 2005, p. 45).

Es evidente que, para proponer una serie de pautas concretas, nos tendremos que adecuar al hablante paciente concreto que estemos tratando; no obstante, podemos apreciar una de actividades generales, ejercicios y prácticas que se centran en promover el bienestar emocional del adolescente, sus habilidades comunicativas y la aceptación de sí mismo para que mejore su autoestima y su autoconcepto desde el instituto y la clase.

Gallego (2019, p. 72) propone que se incluyan ejercicios de relajación y de respiración, introduciendo rutinas en la clase para ayudar al adolescente a manejar la ansiedad asociada con la disfemia (esto puede incluir técnicas de respiración profunda, meditación guiada o yoga suave, como se ve en el Anexo I). Con el fin de que mejore esa coordinación entre la fonación, la respiración y ritmo, sería interesante incluir ejercicios de habla prolongada o estirada, para mejorar la fluidez y la coordinación entre la fonación y la respiración (leer en voz alta de manera pausada y enfocada en la respiración, ejercicios de articulación, etc., como se ve en el Anexo II).

Organizar juegos de roles que simulen situaciones sociales en las que el adolescente pueda enfrentarse a desafíos relacionados con su disfemia también puede resultar interesante, dado que esto puede ayudar a mejorar su confianza y su capacidad para gestionar diversas situaciones sociales (Anexo III). De la misma forma, implementar ejercicios específicos diseñados para mejorar la fluidez del habla, como el uso de técnicas de desensibilización gradual a situaciones estresantes, prácticas de reducción de la velocidad del habla y la implementación de pausas estratégicas también puede resultar muy beneficioso.

Asimismo, a pesar de que los ejercicios personalizados son indispensables, no podemos olvidar la importancia del ambiente y el entorno. Debemos crear, como guías de la clase, un ambiente en el aula que fomente la aceptación y la comprensión de las diferencias individuales, incluyendo, por supuesto, la disfemia, estableciendo, también, momentos de apoyo emocional individualizado en los que el adolescente pueda hablar en privado con el docente, el orientador o un profesional de apoyo emocional sobre sus preocupaciones y experiencias, lo que puede ayudar a validar sus sentimientos y proporcionar estrategias para afrontar los desafíos.

Al incorporar estas actividades y prácticas en el entorno escolar, podemos contribuir significativamente a mejorar la autoestima y el autoconcepto del adolescente con disfemia, brindándole herramientas para desenvolverse de manera más segura y satisfactoria en su entorno escolar y social.

4. CONCLUSIONES

El presente trabajo de fin de máster ha abordado el estudio de la disfemia, también conocida como tartamudez, como un trastorno del uso oral del lenguaje que puede tener repercusiones significativas en la autoestima y el autoconcepto de los adolescentes que la padecen. Desde una perspectiva interdisciplinaria que involucra a la Lingüística clínica y la Psicología, hemos buscado comprender las características lingüísticas, emocionales y psicológicas de este trastorno, así como proponer intervenciones efectivas para mejorar la calidad de vida de los afectados.

La importancia de este trabajo radica en la necesidad de abordar integralmente la disfemia, una condición históricamente estigmatizada, y promover un enfoque interdisciplinario para su estudio y tratamiento. La Lingüística, la Psicología y la Logopedia desempeñan roles fundamentales en la comprensión y abordaje de esta dificultad, cada una desde su perspectiva particular.

Los resultados de diversas investigaciones han confirmado la relación negativa entre la disfemia y la autoestima y el autoconcepto de los adolescentes, lo que subraya la importancia de desarrollar intervenciones efectivas en este grupo de población. Las propuestas de intervención las centramos en mejorar la fluidez verbal y promover una visión positiva de sí mismos en los adolescentes afectados por la disfemia.

Por todo ello, una vez exploramos la complejidad de la disfemia en adolescentes y su impacto en la autoestima y el autoconcepto, es crucial resaltar la importancia de abordar esta problemática desde una perspectiva integral en

el ámbito educativo. Los docentes desempeñan un papel fundamental al identificar y comprender cómo estas dificultades lingüísticas afectan a sus estudiantes, lo que puede facilitar una intervención temprana por parte de profesionales especializados. Es esencial, por lo tanto, reconocer que, si bien algunos casos de disfemia pueden diagnosticarse tempranamente, otros pueden pasar desapercibidos hasta la adolescencia. Por este motivo, los docentes deben estar atentos a las señales que podrían indicar la presencia de este trastorno del habla y colaborar estrechamente con psicólogos y logopedas para brindar el apoyo necesario.

Para ello, la evaluación exhaustiva de la autoestima y el autoconcepto del adolescente con disfemia será un paso crucial para diseñar intervenciones efectivas, por lo que combinar diversos métodos de evaluación, desde observaciones en el aula hasta entrevistas individuales y cuestionarios estandarizados, proporcionará una comprensión más completa de las necesidades del estudiante.

Una vez evaluadas las necesidades del estudiante, la intervención deberá ser personalizada y centrada en promover la fluidez del habla, la confianza en sí mismo y las habilidades sociales, priorizando la inclusión de técnicas de relajación, ejercicios de habla prolongada y juegos de rol, que pueden ayudar al adolescente a desarrollar estrategias para gestionar su disfemia en diferentes situaciones sociales y mejorar su bienestar emocional.

Además, como hemos apuntado, será fundamental crear un ambiente escolar inclusivo que fomente la aceptación y comprensión de las diferencias individuales, incluyendo la disfemia. Brindar apoyo emocional individualizado y momentos de diálogo abierto con los docentes u orientadores puede ser de gran ayuda para que el adolescente se sienta validado y capaz de afrontar los desafíos asociados con su trastorno del habla.

Con todo, y con el fin de finalizar con esta investigación, debemos apuntar, por encima de todo que, al dar visibilidad a las patologías lingüísticas como la disfemia y al abordarlas de manera integral en el entorno educativo, los docentes pueden desempeñar un papel fundamental en el bienestar y el desarrollo de habilidades comunicativas de los adolescentes afectados. Esta atención temprana y el apoyo continuo pueden marcar una diferencia significativa en la vida académica y social de estos estudiantes.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013): *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5).
- Chomsky, N. (1966). *La lingüística cartesiana*. Gredos (Ed. Española, 1972).
- Dinville, C. (1989). *La tartamudez: sintomatología - tratamiento*. Masson.
- Espinosa, L., Ramírez, L., Fong, M. & Martínez, R. (2019). Efectividad de un programa de ayuda logopédica para la corrección de la tartamudez en niños y adolescentes. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 3(9), 1-12.
- Fernández, M. (2005). Lingüística clínica y lenguaje infantil. En M. Villayandre (Ed.), *Actas del XXXV Simposio Internacional de la Sociedad Española de Lingüística*. 586-601.
- Fiedler, P. & Standop, R. (1984). *La tartamudez: teoría y tratamiento*. Herder.
- Gallego, E. (2019) *Tartamudez infantil y juvenil (comprensión, prevención y tratamiento)*. Círculo rojo.
- Gallego, J. (2004). *La tartamudez: guía para profesionales y padres*. Aljibe.
- Garaigordobil, M. & Pérez, J. (2007). Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con y sin disfemia: un análisis descriptivo y comparativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(7), 285-298.
- Garayzábal, E. (2009). La lingüística clínica: teoría y práctica. En J. L. Jiménez & L. Timofeeva (Eds.) *Investigaciones lingüísticas en el siglo XXI*, 131-168.
- Garayzábal, E. & Otero, M. (2005). Psicolingüística, Neurolingüística, Logopedia y Lingüística clínica: juntos sí, pero no revueltos. *Filología y Lingüística*, 31(1), 163-185.
- García, J. & Pérez, M. (2019). *Intervención neuropsicológica en los trastornos adquiridos del lenguaje*. Síntesis.
- Gorospe, J., Garrido, M., Vera, J. & Málaga, J. (1997). *Valoración de la deficiencia y la discapacidad en los trastornos del lenguaje, el habla y la voz*. IMSERSO.
- Jiménez, J. (2019). La lingüística clínica: discriminación disciplinaria y aproximación nocional desde la transversalidad. *Logos. Revista de Lingüística, Filosofía y Literatura*, 29(2), 286-303. [10.15443/rl2923](https://doi.org/10.15443/rl2923)
- Le Huche, F. (2006). *La tartamudez: opción curación*. Masson. Revisión científica de Miguel Puyuelo.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019/2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades*, undécima revisión (CIE-11).

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024). *Salud del adolescente*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Peronard, M. (1998). La psicolingüística: el difícil transitar de una interdisciplina. *Homenaje al profesor Ambrosio Rabanales. BFUCh*, 37, 969-984.
- Pineda, S. & Aliño, M. (2002). El concepto de Adolescencia. *Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral en la Adolescenci*, 2(3), 15-23. 10.4067/S0718-22362004000200004
- Salgado, A. (2010) *Manual práctico de tartamudez*. Ed. Síntesis.
- Sangorrín, J. (2005), Disfemia o tartamudez. *Revista de neurología*, 41(1), 43-46. 10.33588/rn.41S01.2005387.
- Ygual, A. & Cervera, J. (1999). La intervención logopédica en los trastornos de la adquisición del lenguaje. *Revista de Neurología*, 28(2), 109-118. 10.33588/rn.28S2.99055.



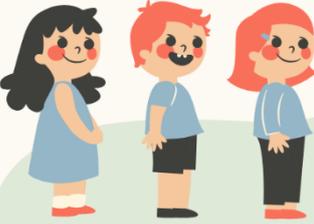
6. ANEXOS

Anexo I: técnicas de respiración profunda y relajación

RECUERDA

Antes de comenzar la clase:

Guarda silencio



Siéntate de manera cómoda y despeja tu mesa



Piensa con tranquilidad



Respira profundamente



Habla fácil cuando te sientas bien



¡Practica con tus compañeros!



VUELTA A LA CALMA

EJERCICIO DE RESPIRACIÓN 4X4

SIGUE ESTOS PASOS:



Coge aire durante 4 segundos



Aguanta el aire durante 4 segundos



Suelta el aire durante 4 segundos



Mantente sin aire durante 4 segundos y... repite el proceso



biblioteca
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Anexo III: juegos de roles que simulen situaciones sociales en las que el adolescente pueda enfrentarse a desafíos relacionados con su disfemia

