

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

## **Capítulo 6.**

### **Psicoterapias, fármacos y terapias de grupo.**

#### ***Psicoterapia.***

Muchas de las formas de terapia que hemos descrito en capítulos precedentes de este libro podrían haber sido incluidas en este capítulo de psicoterapias. La siguiente cita de Watkins (1965) es ilustrativa: "... una forma de psicoterapia, la sugestión, ha sido probablemente más utilizada a lo largo de la historia de la humanidad para tratar cualquier tipo de enfermedad que todo el resto de agentes juntos." El término psicoterapia hace pensar en una gran estructura tipo carpa de circo que contiene una enorme colección de paradigmas y técnicas (incluyendo algunos monstruos). La definición precisa de lo que se entiende por psicoterapia es muy difícil de establecer, pero sus objetivos son universales: aliviar la ansiedad y sus síntomas relacionados, desarrollar la autoestima y la integración social e incrementar la habilidad de la persona para tolerar el estrés. Algunos terapeutas del lenguaje han creído que no debían usar psicoterapia con tartamudos. Nuestra opinión es que se engañan a sí mismos porque no es posible esa elección. Siempre hay algo de psicoterapia en todas las terapias, se quiera o no.

La psicoterapia en cualquiera de sus formas es un arte antiguo, pero, entendida como tal, tiene una corta historia. Mucho antes de la era cristiana, los oráculos y sacerdotes griegos aconsejaban a sus pacientes reclinados en los bancos de piedra del templo, anticipando de esta manera el procedimiento tipo diván del psicoanálisis clásico y, como hemos visto en el capítulo de terapias de castigo, durante la Edad Media se usaron variados tratamientos de shock en aquellos cuyos grotescos síntomas parecían una confirmación de posesión diabólica.<sup>1</sup>

Muchos de los antiguos escritores sobre tartamudez como Moses Mendelson, Schulthess, Merkel, Wynecken y Sandow (la mayoría tartamudos) demostraron una remarkable penetración en la psicopatología de la tartamudez y construyeron algunas psicoterapias de ayuda en su tratamiento. No obstante, la psicoterapia, tal como la conocemos hoy en día, comenzó en los 1890s con el trabajo de Freud.

---

<sup>1</sup> Un tartamudo que vino a vernos desde Arabia para tratarse nos contó que en su religión, Dios está en ti cuando tienes control de tus actos, pero que, cuando no lo tienes, Al Kohol, el diablo, está encarnado y habita en tu piel. Nos contó que los epilépticos, paralíticos cerebrales y tartamudos eran vistos por la gente sencilla como poseídos por el demonio y por tanto rechazados y severamente penalizados. "Las mujeres cogen a sus hijos y huyen despavoridas de terror cuando me oyen tartamudear."

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

*¿Es necesaria la psicoterapia formal?*

Hemos dicho que la psicoterapia es casi inherente a cualquier tipo de terapia de tartamudez. Aquí consideraremos si debería ser el único factor, o el factor dominante, del tratamiento. Como se podría esperar en un desorden caracterizado por la ansiedad, por síntomas que a menudo parecen simbólicos, por la aparente compulsividad y ciertamente por comportamientos socialmente inaceptados, hay quien insiste que la tartamudez es claramente una neurosis y que la psicoterapia debe por tanto ser la única forma válida de tratamiento. Por ejemplo, Glauber (1958) declara “...es imposible para los tartamudos, como para otros pacientes con fobias, resistirse a esta fobia con su fuerza de voluntad de manera consciente y regular. Sólo puede ser resuelto por medio del psicoanálisis.” En oposición a dicha opinión, encontramos a Froeschels (1951) escribiendo: “Los días del psicoanálisis catártico han terminado. Uno no puede ya creerse que sólo con recordar pensamientos o emociones reprimidas pueda resultar en una cura, ni incluso en una mejoría.” Insiste que la terapia del lenguaje debe ser intentada en primer lugar y que la psicoterapia se reserve para ciertos casos raros, en combinación con la terapia del lenguaje y a continuación de ésta. Barbara, Goldart y Oram (1961) no están de acuerdo. Dicen:

La tartamudez no debe ser considerada como un desorden aislado del mecanismo del habla, sino como la expresión visible de una desorganización básica de la personalidad. Cualquier tratamiento efectivo debe dirigirse a ayudar al paciente a entender sus particulares dificultades neuróticas, con sus soluciones neuróticas, y llegar así a alguna resolución de los conflictos subyacentes.

Aquellos que están seguros de que la psicoterapia formal es el único método apropiado para tratar la tartamudez son aquellos que creen firmemente que los tartamudos, como grupo, difieren de los hablantes normales en términos de la estructura de la personalidad —en resumen, que son neuróticos. Muchas han sido las investigaciones llevadas a cabo para testar esta posibilidad y han sido criticadas y sometidas a escrutinio por Goldstein (1958), Sheehan (1958), y Van Riper (1971b). Los tres investigadores han llegado a la misma conclusión —que la investigación no apoya la noción de que los tartamudos difieren de los hablantes normales en la estructura básica de la personalidad y que sí difieren de aquellos que han sido diagnosticados como neuróticos. Si esto es verdad, ¿necesitan, entonces, los tartamudos, de verdad, psicoterapia? Sheehan (1970) declara su posición vivamente:

Decir que los tartamudos necesitan psicoterapia o pueden beneficiarse de ella es tanto como decir que la gente necesita psicoterapia o puede beneficiarse de ella. Como nos recordaba Wendell Johnson, los tartamudos son gente. Si tenemos que recomendar la psicoterapia a todos los tartamudos, deberíamos también hablar con todo el mundo por la calle y recomendarle psicoterapia.

No estamos preparados para llegar tan lejos como Sheehan en esta crucial cuestión. La mayoría de los investigadores utilizaron tests diseñados para desvelar indicaciones de lo que podría llamarse neurosis primarias del tipo clásico, e incluso para este tipo, esas herramientas están lejos de resultar satisfactorias. Creemos que los comportamientos neuróticos mostrados por muchos tartamudos confirmados son *un resultado* de la tartamudez, una con-

**TRADUCCIÓN LIBRE CON FINES EDUCATIVOS – NO COMERCIALES**

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

secuencia de la frustración comunicativa y el rechazo social. Creemos que pueden existir neurosis primarias y secundarias y que la mostrada a menudo por los tartamudos es una neurosis secundaria aunque hemos encontrado algunos casos en que están presentes ambas.

Freund (1966) apunta que existen una serie de desórdenes neuróticos muy particulares, entre los que incluye el bloqueo al escribir, el miedo escénico, algunas formas de impotencia sexual, y otros problemas similares que difieren esencialmente de las formas clásicas de neurosis.

Todas estas neurosis de expectación tienen la característica común de que están construidas sobre unas experiencias traumáticas “primarias” o el fracaso en la realización de una habilidad aprendida o en un acto motórico simple, a menudo, aunque no necesariamente, en situaciones socialmente vergonzantes.. La anticipación de la temida recurrencia lleva, vía inhibición, etc, al establecimiento de un círculo vicioso. Contrariamente a las fobias no existe aquí naturaleza simbólica, sino que se basan en la experiencia real.

Antes hemos encontrado conceptos similares en los tipos de neurosis Rand y Kern etiquetadas por Schultz (1964) y Fernau-Horn (1969). La descripción de Freund de la distinción entre las manifestaciones neuróticas de la tartamudez y el resto de las neurosis reconocidas es esclarecedora. Es más, muestra que muchos conceptos modernos en tartamudez deberían ser incluidos bajo esta rúbrica.

Hoy, algunos de los mejores estudiosos americanos de la tartamudez están cercanos al concepto de “neurosis de expectación”, aunque usen distintos nombres y marcos de referencia. Johnson (1956), quien se niega a llamar a la tartamudez una “neurosis”, dice que es una “reacción anticipatoria hipertónica aprensiva”; Bloodstein (1958) le llama “una reacción de anticipación de lucha”; Van Riper (1955) y Sheehan (1954) la ven bajo la luz de un conflicto de “acercamiento-huída”, lo que naturalmente presupone la anticipación de la “dificultad” que se aproxima.

Quizá de nuevo el problema sea meramente de nomenclatura y definición. El tartamudo confirmado muestra demasiada ansiedad, aunque se trata de ansiedad primariamente asociada al habla, y no la ansiedad generalizada flotante característica de las llamadas neurosis. Muestra comportamientos motores inapropiados cuando ataca las palabras temidas. Muestra muchos miedos situacionales y a palabras y reacciones de evitación. Sus actitudes ante la interacción social a menudo son mórbidas. Llamemos o no neuróticas a estas manifestaciones del desorden, en cualquier caso se requiere algo de ayuda del terapeuta si se quieren cambiar o reducir. Y si el terapeuta intenta hacer algo con ellas, podría decirse que está haciendo algún tipo de psicoterapia. El término psicoterapia, antes confinado rígidamente al psicoanálisis clásico, se ha hecho suficientemente elástico para contener una serie de procedimientos que van desde la exhortación y el consejo, hasta la inhibición recíproca. La mayoría de ellos, como veremos, han sido aplicados a la tartamudez.

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

*¿Qué tipo de psicoterapia debería usarse con tartamudos?*

Esta, por supuesto, es una pregunta sin sentido para algunos psicólogos que están tan cegados por los prejuicios teóricos que son incapaces de reconocer la variabilidad individual de los tartamudos y las limitaciones de sus propios puntos de vista y sus prácticas. El campo de la psicoterapia está ahora mismo en constante cambio. El psicoanálisis clásico ha estado durante varios años bajo ataque directo. Tanto sus supuestos teóricos como su efectividad han sido puestos en duda desde muchos sectores. El counseling de Roger está siendo amenazado de manera similar por los conductistas, que lo desechan como ineficiente y no sistematizado. Las desviaciones y modificaciones de la teoría freudiana ortodoxa han llevado a tantas innovaciones en la práctica que es imposible hablar siquiera de psicoanálisis sin especificar un nombre y una posición teórica. ¿Qué tipo de psicoterapia puede ser recomendada para el tartamudo? ¿La de Sullivan, la de Horney, la de Adler, la de Jung, la de Alexander, la de Roger, la de Wolpe, la de Frankl, la de Perl, la de Ellis, la de Salter, la de quién? No podemos discutir sobre psicoterapia sin saber el tipo de estrategias terapéuticas empleadas. ¿Son activas o pasivas, individuales o en grupo, suportivas o reconstructivas, directivas o no directivas, terapia de realidad, logoterapia, gestalt? La lista es interminable. Cuando un terapeuta del lenguaje tiene que desviar a un tartamudo a psicoterapia, debería tener alguna noción sobre el tipo de enfoque que se empleará y sobre la naturaleza de los problemas emocionales que hacen necesaria esa decisión. Y ciertamente debería saber algo sobre los psicoterapeutas.

Es probable que cualquier individuo que tartamudee se beneficie en algún grado de alguna entre la miríada de tipos de psicoterapia distintos que existen, pero es poco probable que se beneficie de la misma forma de cada uno de esos enfoques. Por ejemplo, aunque nuestro repaso de la investigación nos indica que la mayoría de los tartamudos no muestran los patrones de comportamiento característicos de una psicopatología severa, siempre encontramos algunos en los que sí ocurre. En una ocasión nos enviaron una chica de 20 años que iniciaba casi todos sus intentos de habla después de una pausa en la que cerraba los ojos de manera hipertensa, cerraba la boca, apretaba los pies uno contra otro y constreñía (según su propia narración) el ano y la vagina. En medio de bloqueos muy severos, incluso se ponía en cuclillas. Fuimos capaces de interesar a un famoso analista en este caso y tres años más tarde todo ese extraño comportamiento había desaparecido y la chica hablaba con bastante fluidez, aunque con una excesiva cantidad de repeticiones silábicas, pero sin mostrar esfuerzo. Dudamos que otra terapia distinta de una psicoterapia profunda de larga duración hubiese ayudado a esta persona. Cuando uno sale a ballenas, no es sabio llevar caña de pescar.

Lo que queremos decir es que el tipo de problemas emocionales que presenta el tartamudo deberían dictar el tipo de terapia a administrar. La mayoría de los tartamudos que se ven en las clínicas universitarias no muestran el tipo de comportamiento ilustrado en el caso de la chica anterior. Son inteligentes, bastante habladores a pesar de los bloqueos, y dentro de la normalidad en los test de personalidad. Pero hay otros que muestran alteraciones y

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

conflictos emocionales profundos. En estas personas, la tartamudez está entrelazada en la fábrica básica de sus personalidades y estilos de vida<sup>2</sup>. En nuestra propia experiencia, las terapias de counseling y supportive no parecen ayudar a estas personas. Las llamadas terapias reconstructivas pueden hacerlo a veces. Entre ellas está el psicoanálisis.

### ***Psicoanálisis.***

La mayoría de los terapeutas del lenguaje tienen un conocimiento básico de los principios freudianos en los que se soporta el psicoanálisis y no encontramos necesario resumirlos aquí. La literatura tiene bastantes recuentos de su aplicación en tartamudez para que sepamos lo que los tartamudos experimentarán si les referimos a este tipo de tratamiento. Será caro, de larga duración, quizá tres años o más. El tartamudo bajo análisis explorará su pasado y presente mediante la asociación libre, la interpretación de los sueños, y el análisis de sus comportamientos y resistencias visibles y no visibles. Pasarán por la catarsis, transferencia, abreacción y muchas otras experiencias desconcertantes. Se espera que en este proceso obtenga una nueva visión de sí mismo que le ayude a entender por qué se siente y comporta de esa manera, en términos de acontecimientos pasados, y esto le permita vivir el presente de manera más adaptativa.

En el psicoanálisis freudiano tradicional, el psicoanalista no se revela como persona, sino más bien como un espejo terapéutico en el que el paciente puede percibir un progenitor u otra figura significativa y, haciendo eso, descubrir y liberar las experiencias traumáticas pasadas, que son la fuente de sus dificultades presentes. El analista escucha el flujo de memorias y sentimientos verbalizados. Ocasionalmente puede interpretar el significado de esos sentimientos, resistencias o proyecciones, siempre intentando desenterrar material reprimido hacia la consciencia, donde puede ser reexperimentado. El objetivo es hacer que el paciente entienda en términos de su pasado *por qué* ahora siente y se comporta de la manera que lo hace. Con estas nuevas perspectivas estará preparado para actuar más apropiadamente.

Los psicoanalistas más ortodoxos consideran la tartamudez una neurosis de origen pregenital basada en fijaciones orales o anales. Algunos, como Coriat (1931) y Stein (1949) enfatizan el componente oral. Stein escribe:

El tartamudo intenta mamar inconscientemente. El paciente, poseído por la ansiedad, vuelve inconscientemente a la época en que mamaba de pecho y reemplaza las consonantes con chasquidos labiales. Puede producir estas consonantes, pero no es capaz de ligarlas con vocales.

Coriat, que insistía en que los tartamudos no debían fumar ni mascar chicle porque esto fomentaría el placer oral, ya de por sí mórbido, dice:

---

<sup>2</sup> Odiamos usar este tipo de lenguaje pero no encontramos otro que resulte adecuado.

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

Cuando el tartamudo intenta hablar, los movimientos de la boca son la persistencia en la madurez de las actividades de chupar y morder el pezón de la madre. Es muy significativo que las consonantes labiales (p, b, m) que habitualmente son las más difíciles de pronunciar para los tartamudos, también están entre los primeros sonidos producidos por el niño. Los movimientos fisiológicos de los labios utilizados para producir estos sonidos son los mismos que los que se emplean en mamar el pecho de la madre o chupar la tetina de un biberón. El tartamudo, por tanto, en el curso de su desarrollo, no ha superado con éxito esta fase de la niñez, y permanece fijado al estado infantil de chupar y morder, de gratificación erótica oral.

Otros analistas enfatizan los componentes erótico-anales o erótico-sádicos de la neurosis. Así Brun (1923) afirma que el placer reprimido de una fijación anal infantil se transforma en coprolalia de acuerdo con el siguiente esquema: (1) los tacos están prohibidos; (2) uno no está completamente seguro de que una palabra obscena pueda escaparse de todas formas. No hay solución, excepto permanecer totalmente callado. Pero como se debe hablar, el habla debe ser permanentemente vigilada. La represión es parcial, y de esta manera resulta la tartamudez. Fenichel (1933) ofrece una presentación más sofisticada basada en sadismo anal:

La significación sádico-anal de los síntomas de la tartamudez está de acuerdo con la típica personalidad sádico-anal del tartamudo. La regresión momentánea (arrested development) no se limita a la tartamudez.

En un pasaje posterior, Fenichel (1945) no parece muy optimista acerca de la terapia psicoanalítica aplicada a los tartamudos:

En relación con la terapia psicoanalítica aplicada a los tartamudos, la mayor dificultad es que la función de habla está dañada, y el habla es el mismo instrumento del psicoanálisis. Pero esta no es la única dificultad que uno debe superar. Como han sufrido una regresión patogénica al nivel sádico-anal, los tartamudos presentan las mismas dificultades durante el análisis que los neuróticos compulsivos. La prognosis, por tanto, es en general la misma. Cuando la tartamudez presente un “estado de inhibición” bastante simple la prognosis es mucho más favorable, y se ha informado de rápidas curas. Los tipos de tartamudez profundos, pregenitales, son tan difíciles de influenciar como el resto de neurosis pregenitales. No obstante, resulta un signo favorable el hecho de que los síntomas puedan ser a menudo eliminados antes de que los elementos pregenitales subyacentes puedan ser trabajados mediante el análisis. En general, el tratamiento psicoanalítico debería ser recomendado, y el análisis de prueba debe ser llevado con la misma precaución que en las neurosis compulsivas.

Glauber (1953, 1958, 1968), un partidario más moderno del tratamiento psicoanalítico en tartamudez encuentra elementos tanto anales como orales en la neurosis y los atribuye a las relaciones madre-hijo y las necesidades de dependencia. La duda del tartamudeo se ve como la resolución sintomática del deseo de hablar y no hablar. Una declaración de la posición de Glauber:

El ansia profunda de dependencia oral de la madre —entendida subjetivamente como Omnipotencia— es considerada por el ego como una amenaza a su integración

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

en la misma vida. La considera como una agresión oral hacia sí mismo y reacciona con deseos de represalia adecuada. Además, esta él mismo identificado con la agresión. Cuando esta ambivalencia psíquica es contemplada desde el punto de vista de su expresión somática, vemos como el habla y la respiración, que “recogen” el entorno, expresan esta dependencia oral y esta agresión oral.

Glauber cree que la terapia psicoanalítica no puede ser usada con todas las personas que tartamudean ya que algunas de ellas no reúnen las condiciones necesarias. Pueden ser demasiado jóvenes; faltarles motivación; permanecer demasiado pasivos; pueden sabotear el proceso “llevando a cabo sus fantasías” fuera de terapia; pueden negarse a renunciar a las ganancias secundarias que confieren los síntomas. Para algunos de estos tartamudos Glauber recomienda una psicoterapia de orientación analítica. Esto difiere del análisis propiamente dicho en que hay un mayor apoyo al ego, la relación terapéutica es de uso, más que de análisis, y los objetivos de la terapia son más limitados.

La literatura relativa a psicoanálisis y tartamudez es bastante extensa, pero solo una pequeña parte tiene que ver con terapia en sí. Quizá los ejemplos más accesibles y iluminadores del tipo de material producido por los tartamudos analizados son aquellos que se encuentran en un capítulo titulado “Los sentimientos indecibles del tartamudo”<sup>3</sup> en el libro *Handbook of Speech Pathology* de L. E. Travis (1957). Apuntamos un breve extracto:

De repente veo a mi padre y le odio. Es el responsable de que no tenga esposo, ni hijos. Ahora veo las raíces de mi pelo, las muestro al público, y ya no me producen disgusto como antes. Estoy desnuda cabalgando un caballo a pelo y el caballo se convierte en mi padre y le odio y también le odio a usted, terriblemente, ahí sentado intentando hacerse una impresión de mí de una manera profesional. Me pongo a la defensiva. Le he estado vomitando durante años mi odio hacia él. Ya no necesito tartamudearle más a la cara. Se suponía que yo debía amarle a través de los labios, pero no era cierto. Yo mentía. Era un pecado odiar a tu padre. Había un mandamiento: amarás a tu padre y a tu madre. Esta mentira era la que yo tartamudeaba.

### ***¿Cómo de exitoso es el psicoanálisis con tartamudos?***

Una de las primeras pacientes de Freud, Frau Emmy, tenía una buena cantidad de problemas y uno de ellos era un tipo de tartamudeo, un desorden que había comenzado en su adultez. Aunque Freud fue capaz de resolverlos, tenemos algunos informes que indican que no creía que el psicoanálisis fuera un método apropiado para tratar tartamudos.<sup>4</sup> No

---

<sup>3</sup> Un amigo nuestro, psicoanalista, comenta que el capítulo está mal titulado, y que debería titularse “Los sentimientos indecibles de todo el mundo”

<sup>4</sup> De acuerdo con Glauber (1958) Freud presuntamente dijo a Esti Freud que “el método psicoanalítico no ofrece luz ni ayuda para este desorden”, y Froeschels (1951) dice “Cito en conexión con esto al mismo Freud quien en una conversación privada admitió que había dejado de tratar a tartamudos porque no había tenido éxito en un solo caso”

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

obstante tenemos recuentos de éxitos de terapia psicoanalítica con algunos tartamudos, la mayoría de ellos eran niños (que podrían haberse recuperado de todas formas) o personas cuya tartamudez había comenzado en la vida adulta o al menos mucho más tarde del comienzo normal (quizá indicando un posible origen histérico). No conocemos estudios llevados a cabo con controles.

Incluso en el tratamiento de las neurosis tradicionales, el psicoanálisis ha estado sometido a fuertes ataques. La eficacia de esta terapia ha sido puesta en duda especialmente por behavioristas como Wolpe y Eysenk. El repaso de Eysenk (1952) muestra que los resultados del psicoanálisis no eran mucho mejores que otros métodos que usaban simple consuelo humano, sugestión o persuasión y Wolpe (1961) cita una serie de estudios de seguimiento que demuestran la relativa ineficacia del psicoanálisis. Aunque este autor se ha sometido a psicoanálisis ortodoxo, y se ha beneficiado de la experiencia de muchas maneras, está lejos del convencimiento de que, por sí solo, sea una manera efectiva de atacar el problema de la tartamudez.

#### ***Otras terapias analíticas.***

Freud revisó constantemente sus teorías y prácticas durante toda su larga carrera, hasta tal punto que podría decirse que es menos freudiano que muchos de sus ortodoxos seguidores. Algunos de sus alumnos, notablemente Adler, Rank y Jung, crearon sus propios sistemas psicoanalíticos, todos ellos tuvieron influencia en la psicoterapia moderna. Adler pone énfasis en el impulso hacia el poder y el estatus como más importante que el impulso sexual. Sus conceptos de complejo de inferioridad, el ego ideal y el estilo de vida del paciente han sido especialmente importantes. Muchos psicoterapeutas adlerianos se han interesado en la tartamudez y quizá el más influyente de ellos sea Appelt (1929) cuyo libro *Stammering and Its Permanent Cure* ha sido un libro canónico durante algunos años.

Jung también hizo algunas contribuciones, algunas muy místicas como su concepto del inconsciente colectivo y los arquetipos heredados del pasado primordial del hombre, pero también enfatizó la necesidad de construir una individualidad única e integrada. Jung y Adler liberaron al paciente del diván, entendiendo que la confrontación directa con el terapeuta era de más ayuda. La mayor contribución de Rank en la moderna psicoterapia es su énfasis en el presente, más que en el pasado y la importancia concedida a la voluntad del paciente y su responsabilidad para ponerse bien y entero. Todos estos hombres han influenciado a los psicoterapeutas que han tenido que vérselas con la tartamudez.

Una variante del enfoque psicoanalítico es la formulada por Karen Horney (1939) y ha tenido considerable influencia en la psicoterapia de la tartamudez. Horney creía que aunque las experiencias de la infancia determinan el carácter único de la personalidad y podían predisponer a la persona a la neurosis, los conflictos esenciales que deben ser resueltos son debidos a influencias culturales relativas a la competición constante por poder y estatus, la necesidad de independencia en un mundo que controla nuestras actividades constantemente y la necesidad de amor en un entorno a menudo hostil. Ella creía que la ansiedad neurótica es el resultado de la “hostilidad básica” generada en la temprana relación

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

entre el niño y los padres, proyectada posteriormente en los otros. Pensaba que mucha de la alienación desde los otros y desde nosotros mismos es debida a esta hostilidad. Horney da mucho significado a la tiranía de los “debería haber sido,” mostrando cuan impulsados nos sentimos a la consecución de metas ideales imposibles en la esperanza de que estas nos liberen de la emoción negativa.

Horney ha tenido mucha influencia en el tipo de terapia usada con tartamudos, como especialmente ilustran los prolíficos trabajos de Dominick Barbara (1954, 1957, 1962). La psicoterapia de Barbara, aunque emplea análisis de los sueños y asociación libre, también emplea cuestionarios directos en un “toma y daca espontáneo de ideas, sentimientos y creencias...en una atmósfera donde puede tener lugar un satisfactorio intercambio.” El terapeuta es menos pasivo que en el psicoanálisis ortodoxo. Observa y escucha con cuidado, pero también participa activamente en la exploración, no solo del pasado, sino también en los sentimientos y conflictos del presente. Barbara piensa que la función de la psicoterapia es revelar y atacar variados bloqueos, distintos a los meros bloqueos del habla que caracterizan al tartamudo. Se enseña al tartamudo a enfrentarse no solo a los bloqueos del habla, sino a su tendencia a la impotencia social, su inhabilidad para relacionarse con el terapeuta y con los otros, su reluctancia a revelar o expresar emociones, su negativa a desprenderse de la imagen ideal de sí mismo: una especie de Demóstenes, el perfecto orador, encadenado. Todos estos y muchos otros bloqueos impiden la independencia y la autoestima del tartamudo. Estos sentimientos y conceptos deben ser traídos a la luz, entendidos y aceptados antes de que el tartamudo pueda cambiar. Cuando esto ocurra, dice Barbara, el tartamudo se aceptará a sí mismo tal y como es, descartará su neurosis y todos los bloqueos, incluidos los del habla.

Barbara, quien es él mismo psiquiatra y tartamudo, no se hace ilusiones respecto a las dificultades a las que un tartamudo en psicoterapia debe enfrentarse. Su primer libro, *Stuttering: A Psychodynamic Approach to Its Understanding and Treatment* (1954) debería ser leído por todos los terapeutas del futuro porque describe vívida y auténticamente las manifestaciones encubiertas del desorden y ayuda a entender las resistencias del tartamudo. Resumiendo, declara:

El tratamiento del tartamudo adulto confirmado es difícil, tedioso y debe ser tomado muy en serio... Su objetivo principal es ayudar al tartamudo a desencadenarse y liberarse de su propia red neurótica, de manera que pueda proveerse de fuerzas constructivas y la energía necesaria para un crecimiento sano y la autorrealización.

Otra variación del psicoanálisis tradicional es la postura de Harry Stack Sullivan (1953), que también ha marcado influencia en la terapia de tartamudez. Sullivan ve el comportamiento neurótico de los tartamudos una consecuencia de relaciones interpersonales perturbadas acaecidas en primer término en la infancia debido a una frustración paternal de las satisfacciones físicas y la seguridad. Cuando el niño cree que no puede satisfacer las demandas de los padres se genera la ansiedad. Entonces internaliza las evaluaciones negativas de los otros y se rechaza a sí mismo. Cuando ocurre esto, le resulta difícil no rechazar también a los otros, de manera que levanta barreras de alienación, las cuales crean todavía

---

**TRADUCCIÓN LIBRE CON FINES EDUCATIVOS – NO COMERCIALES**

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

más ansiedad. Sullivan muestra como esta alienación desde sí mismo y desde los otros continúa y se desarrolla a medida que el individuo crece y se hace mayor, hasta que en la madurez encontramos a una persona que no puede dar ni recibir amor, una persona que desea desesperadamente la seguridad y la autoestima pero que no es capaz de establecer relaciones íntimas que se las proporcionen. La tartamudez es vista como una de esas barreras levantadas por la misma persona para protegerse de relaciones que pudieran herirle. Usando cuestionarios, asociación libre y discusión de la historia de relaciones interpersonales, Sullivan buscaba derribar esas barreras entre la identidad y los otros, para ayudar a sus clientes a aprender a expresar emociones, dar y recibir amor abiertamente, y a usar las situaciones de la vida real para desarrollar una manera menos derrotista de vivir en un mundo lleno de relaciones sociales, en definitiva, gustarse y respetarse a sí mismo y a sus semejantes.

La aplicación más lúcida del enfoque de Sullivan a la tartamudez se encuentra en el libro de Murphy y Fitzsimons, *Stuttering and Personality Dynamics* (1960). Estos autores ven la tartamudez como un comportamiento aprendido, originado a causa de relaciones interpersonales defectuosas y que persiste “como consecuencia de desarreglos interpersonales antiguos y actuales”. “La tartamudez puede ser definida como ‘lo que la persona es’... la tartamudez nos da una idea de lo que la persona piensa de sí misma y como cree que los otros le consideran.” Aunque Murphy y Fitzsimons usan la proyección y el counseling centrado en el cliente y no tan fielmente el método de Sullivan, su excelente libro refleja muy vivamente sus conceptos. La terapia del lenguaje es dejada de lado; se enfatiza la psicoterapia. Ellos piensan que el principal objetivo de la psicoterapia es la “modificación o reducción de las demandas de una conciencia abrumadora.” Dependiendo de las demandas de cada cliente, el terapeuta debe ayudarle a:

1. ganar en conocimiento de las fuerzas reprimidas a la conciencia que le están amargando (a base de darse cuenta de la irrealidad e improductividad de estas demandas);
2. reexperimentar y reevaluar el material reprimido para percibir a los padres, hermanos y profesores como lo que realmente son, y percibirse a sí mismo también como realmente es;
3. aceptar a los otros y a sí mismo como realmente son con todas sus virtudes y defectos;
4. aprender modelos socialmente aceptables y desarrollables para satisfacer las demandas de la conciencia;
5. incrementar la conciencia del mundo que le rodea en todos sus aspectos;
6. trazar un mapa y activar su propio comportamiento, en lugar de estar impulsado por intromisiones retorcidas y arcaicas de su infancia.

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

Otro escritor moderno que muestra influencia de Sullivan es Eugene Cooper (1968). Llama a su enfoque IPC (comunicaciones interpersonales). A través del control y manipulación del terapeuta de la interacción psicoterapéutica evidenciada en el habla, el tartamudo experimenta un aprendizaje del manejo de las relaciones interpersonales que resolverá sus problemas.

### ***Otras psicoterapias basadas en psicoanálisis.***

Hay muchas terapias que, de una forma u otra, usan algunas de las técnicas del psicoanálisis de formas variadas. La mayoría de ellas incluyen algún tipo de abreacción. Entre las que han sido aplicadas en tartamudez tenemos el *psicodrama* y las *terapias de descarga cinética*.

Moreno (1956) desarrolló una psicoterapia llamada psicodrama en la que varias situaciones hipotéticas son representadas en un escenario con un reparto que asume los papeles o roles que intervienen en la acción y con determinado intercambio verbal. La persona en tratamiento hace de sí mismo y dirige los papeles de los demás. Cuando tiene éxito, se libera mucha emoción, y los efectos catárticos son muy evidentes. Siendo el actor, director y espectador del psicodrama, la persona adquiere una visión más completa de sus relaciones interpersonales y de los sentimientos escondidos que han sido revelados. Lemert y Van Riper (1944), Honing (1947), y Murphy y Fitzsimons (1960) proporcionan ejemplos de cómo el psicodrama ha sido usado con tartamudos.

Trojan (1965) describe un “nuevo método psicoterapéutico” para tratar la tartamudez llamado terapia de descarga cinética. Básicamente se trata de representar escenas imaginarias con las personas más significativas que hayan tenido un papel en la vida del tartamudo. Se le pide que imagine muy vivamente cada persona en una situación que le infunda miedo, odio, deseo sexual u otros sentimientos fuertes, y entonces actuar sin la inhibición de las emociones que se vayan generando. Todo el cuerpo debe actuar y el comportamiento se acompaña de gritos y verbalizaciones. Después de estructurar el deseado comportamiento, el terapeuta se abstiene de actuar y permanece a espaldas del paciente. Se dice que ocurre una profunda sensación de catarsis con intensos sentimientos de liberación y también estos son verbalizados. Trojan afirma que esta terapia es mucho más ágil que el psicoanálisis y está libre de tanta mórbida rumiación y del énfasis sexual que recomienda la terapia tradicional freudiana.

Finalmente, encontramos en la literatura una buena cantidad de psiquiatras, más que psicoanalistas confesos, que describen su trabajo terapéutico con tartamudos. La mayoría de ellos se basan en técnicas de entrevista psiquiátrica más cercanas al cuestionamiento y exploración directos que a la libre asociación y la interpretación de los sueños. Estos informes arrojan a menudo mucha luz y nos ayudan a ver los cambios en actitudes y los ajustes que resultan de un tratamiento de estas características. Dos que podrían ser representativos de los demás son Bergman (1968) y Miller (1962). Un extracto de Bergman ilustra el sabor anecdótico de las entrevistas:

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

En estas primeras entrevistas, Jeffery empezó contándome algunas de sus fantasías. En la quinta hora me contó que le gustaba sentarse junto al lago y soñar que era el rey de una civilización antigua. Se imaginaba que había trabajado duro y había llegado a presidente y después dictador de los Estados Unidos así que se había adueñado de todos los recursos necesarios para construir una máquina del tiempo. Una vez construida esta máquina, viajaría atrás en el tiempo a un antiguo reino. Allí impresionaría a la gente con algunos inventos modernos y le nombrarían rey. Entonces, por fin, podría dejar de trabajar y tendría cientos de mujeres y se limitaría a descansar y disfrutar. Decía que se sentía culpable por no llevarse a sus padres en esta aventura, pero no quería hacerlo porque pensaba que, aún a pesar de ser rey, podrían mangoñearle. También había pensado en llevar a algunos compañeros de clase, pero temía que tuviese que competir con ellos, y que esto lo estropearía todo. Había decidido llevarse a Bruce, su hermano pequeño, porque podría ser casi su igual, pero fácil de dominar.

### ***Counseling.***

El tipo de terapia más común aplicada a los tartamudos en USA parece ser la desarrollada por Rogers. Sus libros *Counseling and Psychotherapy* (1942) y *Client Centered Therapy* (1951) proporcionaron una de las primeras alternativas reales al psicoanálisis. El caso que presenta en su primer libro para ilustrar su terapia no directiva y orientada al cliente, es el caso de un tartamudo (con muchos otros problemas). Esto probablemente explique su influencia en el campo de la patología del habla. Su libro también establece una ruptura en el sentido de que la práctica terapéutica deje de ser una prerrogativa del ramo de la psiquiatría tipo profesional médico. La teoría de Rogers es que el cliente posee el potencial básico que necesita para curarse a sí mismo. Este potencial puede ser liberado dándole la oportunidad de explorarse a sí mismo en presencia de un terapeuta permisivo que puede entender, aceptar y reflejar los sentimientos expresados. El counseling hace posible que psicólogos y terapeutas del lenguaje entrenados puedan ayudar a unos pacientes que de otro modo serían referidos al psiquiatra. Aunque las técnicas y estrategias de la terapia orientada al cliente no son fáciles, parece que sí lo son, y esto ha animado a muchos terapeutas del lenguaje a explorar su uso con tartamudos.

Un examen del proceso de la psicoterapia Rogeriana muestra que ciertos sucesos tienen lugar secuencialmente a la vez que el cliente busca la manera de curarse a sí mismo en ese ambiente favorable facilitado por un terapeuta empático y alejado de la imagen de un juez. Primero, los intercambios verbales se dirigen a las quejas del cliente y a la definición de la situación psicoterapéutica, el counselor anima a la expresión libre de todos los sentimientos, y el paciente testa si el counselor es verdaderamente tan empático como parece. Luego viene un periodo en el que se verbaliza material de alto contenido emocional, el counselor sirve como clarificador y, sutilmente, refuerza las emociones positivas. Después llega, según nuestra experiencia, un periodo de auto-evaluación y auto-aceptación que genera ciertas decisiones para resolver los problemas. Finalmente, el cliente informa que ha empezado a tomar acciones positivas, ha experimentado buenos sentimientos hacia sí mismo y hacia los otros, y está feliz con los cambios que han ocurrido. En suma, como diría Rogers, el cliente se convierte en una persona. No queremos dar a entender, por supuesto, que esta secuencia va toda de corrido. El curso de la terapia oscila, se detiene, regresa, avanza de nuevo. Y en algunas ocasiones el cliente no puede soportar la insistencia del te-

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

rapeuta para que se fije sus objetivos y acepte la responsabilidad de curarse a sí mismo, de manera que escapa a la confrontación consigo mismo y se pierde. La terapia centrada en el cliente demanda mucho del counselor.

Además del caso de Rogers en su primer libro tenemos muchos otros recuentos en la literatura que ilustran el uso de terapia centrada en el cliente con tartamudos. El libro de Hejna, *Interviews with a Stutterer* (1963); la grabación en casete titulada *El Caso de Jim* (Seeman, 1957) el texto de Murphy y Fitzsimons (1960), y el artículo de Schultz (1947) describen el proceso terapéutico. En la película “Three Approaches to Psychotherapy” se contrasta el enfoque de Rogers con los de Pearls y Ellis.

### ***Psicoterapia basada en la teoría del aprendizaje.***

Los enfoques del psicoanálisis y el counseling que hemos descrito hasta ahora se basan principalmente en la exploración de las dinámicas del comportamiento. Buscan ayudar al cliente a entender porqué se comporta y siente de esa manera en términos del pasado y del presente. Hace pocos años, como hemos visto en otro capítulo, ha aparecido en psicoterapia un énfasis en *qué* hace el paciente y como sus comportamientos abiertos y encubiertos se mantienen y refuerzan. Aplicando las “leyes del aprendizaje” (las cuales están lejos de ser completamente entendidas), los psicoterapeutas behavioristas o conductistas buscan crear un ambiente terapéutico en el que la ansiedad y los comportamientos poco adaptativos sean descondicionados y extinguidos, y las actitudes saludables y los comportamientos adaptativos sean reforzados. La psicoterapia es vista así como un proceso de condicionado y descondicionado.

Este enfoque es el resultado directo del intento de aplicar a los comportamientos maladaptativos los principios de la teoría del aprendizaje descrita por Pavlov, Thorndike, Hull y Skinner. Los psicoterapeutas proporcionan situaciones y experiencias en las que tenga lugar un aprendizaje y controlan cuidadosamente los reforzamientos de manera que el cambio de conducta deseado tenga lugar. Se emplean tanto el condicionamiento clásico como el condicionamiento operante, el primero concentrado sobre la ansiedad y otros sentimientos y el segundo sobre los hábitos inapropiados de conducta. Wolpe, Eysenck y Salter aplican como procedimientos del condicionamiento clásico la desensibilización y el contracondicionamiento para extinguir la ansiedad y otras respuestas asociadas. Ullmann y Krasner (1965), entre otros, han demostrado el uso de reforzamiento positivo y negativo en la aplicación del condicionamiento operante a los comportamientos definidos como neuróticos. Tanto el condicionamiento clásico como el condicionamiento operante han influido la terapia del leguaje y la psicoterapia aplicada a tartamudez, como veremos. Además, la terapia de tartamudez ha sido grandemente influenciada por formas variadas de la teoría de los dos factores de Mowrer (1950, 1960, 1967) como la representada por Brutton y Shoemaker (1966) y la teoría del conflicto de acercamiento-huída, formulada por Dollars y Miller (1950) y popularizada en tartamudez por Sheehan (1970).

Si aceptamos la revisión de la definición de psicoterapia de los conductistas que establece que “el comportamiento neurótico consiste en hábitos persistentes de comporta-

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

miento aprendido (condicionado) adquirido en situaciones que generan ansiedad y la terapia consiste en el desaprendizaje de ese comportamiento (Wolpe, 1962)”; si aceptamos eso, entonces mucho de lo que siempre hemos hecho en tartamudez es psicoterapia. Ciertamente, hemos usado desde hace mucho la relajación, el comportamiento asertivo y otros tipos de contracondicionadores para promover la fluidez. Como ya hemos discutido ampliamente el uso de la relajación en la desensibilización sistemática en otro capítulo, nos centraremos ahora en el comportamiento asertivo, recomendado por Salter (1949) y Wolpe y Lazarus (1966) como otro agente supuestamente capaz de reducir la inhibición y eliminar la ansiedad.

### ***Comportamientos asertivos en la reducción de ansiedad.***

La antigua historia de la psicoterapia está llena de declaraciones mandatorias: “¡Sal del agujero y deja de pecar!”, “¡No tengas miedo!”, “¡Toma el toro por los cuernos!”, “¡Súperate a ti mismo!” El tartamudo Demóstenes siguió las admoniciones de Sátiro y, gritando mientras subía la montaña asertivamente con planchas de plomo en su pecho o voceando contra las rompientes, ganó para sí mismo la fama de ser el mejor orador de Grecia. La ansiedad constriñe, inhibe, y, como ha demostrado Salter (1949), el comportamiento asertivo reduce el miedo. Encontramos este punto de vista reflejado en una leyenda de las montañas del sur: la serpiente que te atrapa y se enrosca si huyes, pero se hace un ovillo si te enfren-tas a ella. Este principio de inhibición recíproca de la ansiedad mediante el uso de respues-tas asertivas ha sido usado por psicoterapeutas de todas las escuelas y para todo tipo de neu-rosis.

La utilización de comportamientos asertivos en la terapia de la tartamudez es tan antigua como la sugestión y el ritmado del tiempo. Freund (1966) nos dice que se usaba en los primeros años del siglo XIX:

Una técnica expresiva, que es en cierto modo opuesta a los procedimientos de calma y relajación que hemos descrito, fue introducida por Serre d’Alais, un famoso oftalmólogo francés, tartamudo él mismo, tan lejos como en 1829. Mostró que usando una manera de hablar en voz muy alta y rápida acompañada de gestos exagerados y expresiones faciales, ambas denotando fuertes convicciones internas y una intensifi-cación de la determinación, la inhibición puede ser destruida. El tartamudo asume aquí el rol y determinación de una persona autoritaria y segura de sí misma que uno habitualmente teme y enfrente de la cual se experimentan las más humillantes derro-tas.

Freund también nos cuenta que Voisin (1794-1872), un psiquiatra francés, creía que la tartamudez se debía a una debilidad en el mecanismo de coordinación del habla y recomendaba hablar con una voz alta, forzada y de enfado. Hunt (1861) observó que “es bien sabido que cuando los tartamudos se encienden de indignación, o un sentido de injusticia, etc., frecuentemente se liberan de su anterior debilidad de habla, o al menos, esta debilidad resulta notablemente rebajada.” Yearsley (1909) tiene esta exhortación para el tartamudo:

Aprovecha cualquier oportunidad para hablar con extraños o superiores, especial-mente en lugares públicos y tiendas en los que esté concentrada sobre ti la atención

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

de un número de oyentes. No tengas miedo de la censura de los otros. Hazles saber que tu rollo (por usar una expresión de jerga) es “de palique fácil.” Húndelos con argumentos. Debate con ellos. Déjales la lengua tiesa de hablar.

Hatfield (1910) se hace eco del pensamiento: “Exige con firmeza tu derecho divino a mantener la cabeza muy alta, a mirar el mundo a la cara, da un paso adelante.” En este sentido tenemos la sugerencia de “un buen contacto visual” tan a menudo recomendado por los terapeutas hoy en día, es en sí mismo un comportamiento asertivo.

Este énfasis por la asertividad a la hora de enfrentarse a situaciones temidas es una de las prácticas comunes encontradas en la terapia de tartamudez hoy en día. Por ejemplo, Wendell Johnson (1961) tenía esto que decir a sus tartamudos:

¿Hablarías con más gente? Entonces, adelante. Habla con tantos como puedas encontrarte. ¿Expondrías en clase? Entonces hazlo, lo mejor que puedas. ¿Saldrías con chicas— hay una en particular que te guste? Pídele una cita, si no ahora mismo, tan pronto como puedas convencerte a ti mismo.

También las terapias basadas en la hipótesis del conflicto de Dollard y Miller (1950), especialmente la recomendada por Sheehan (1958, 1970), enfatizan la asertividad. A cada uno de los cinco niveles de conflicto de Sheehan, él enfatiza la necesidad de incrementar la fuerza de las tendencias de aproximación por medio del comportamiento asertivo. Así, a nivel de palabra y situación se pide al tartamudo que busque las palabras y las situaciones temidas deliberadamente y que las enfrente de una manera agresiva. En el nivel de conflicto emocional, se le pide que rompa ese “dique inhibitorio” y que demuestre asertivamente sus sentimientos tanto en palabra como en obra.

El uso del comportamiento asertivo también se encuentra en los trabajos de Bryngelson (1966) y Frankl (1960, 1965). Frankl desarrolló un tratamiento de logoterapia basado en lo que llamó “la intención paradójica” y la aplicó a una serie de desórdenes obsesivos, compulsivos y fóbicos, incluyendo la tartamudez. Si se nos permite simplificar al máximo la posición de Frankl, diremos que sus pacientes fóbicos eran entrenados para buscar lo que más temían, desear asertivamente lo que les aterroriza. Así alguien que padece insomnio se le pide que trate de mantenerse despierto, a un paciente cardíaco que intente provocarse fibrilación, el tartamudo que intente tartamudear a propósito fuertemente. En definitiva, se les anima a desear la experiencia que tanto temen. Aquellos que hemos hecho algo de investigación en tartamudez recordamos lo a menudo que nuestros pacientes no podían tartamudear cuando les pedíamos que lo hicieran. En palabras de Frankl:

La intención paradójica se basa en el hecho de que cierta cantidad de patogénesis en fobias y en las neurosis obsesivo-compulsivas se debe al incremento de ansiedad y compulsión causado por el esfuerzo de evitarlas. La intención paradójica consiste en darle la vuelta a la actitud del paciente hacia su síntoma, y le permite desembarazarse de la neurosis.

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

Bryngelson (1966) ha recomendado desde hace mucho en su terapia que el tartamudo debe exponer asertivamente sus sentimientos, verbalizarlos primero a sí mismo ante el espejo y después frente a un grupo, y después exponerlos agresivamente en todos los ámbitos de su vida diaria. Él ve el tartamudeo voluntario, no solo como una manera de ganar control sobre un mecanismo de habla mal integrado, sino también como un medio de derribar los muros de neurosis producidos por la ansiedad.

Encontramos en la limitada literatura referente a las auto-recuperaciones personales de la tartamudez, numerosos ejemplos en los cuales los comportamientos deliberadamente asertivos juegan un factor principal en la recuperación. Uno de ellos es una vieja cita de Quidde (1926) que nos cuenta como, después de varios fracasos en terapia, se fue a un entorno extraño y se lió a hablar con todo aquel que encontraba. Preguntaba direcciones en la calle, iba a clases de baile para hablar con las chicas. Se inmiscuyó en todas las conversaciones. El resultado fue “milagroso.” Sus miedos desaparecieron y su habla se volvió fluida. Investigaciones llevadas a cabo por Shearer y Williams (1965), Wingate (1964) y Sheehan y Martin (1966) proporcionan evidencias similares. Nuestra propia colección de tartamudos recuperados también demuestra que, en la mayoría de las ocasiones, los tartamudos que se han “curado a sí mismos” encontraron una manera de reemplazar la evitación con comportamientos asertivos.

Finalizamos con una cita de un recorte de periódico de 1970 en relación con una terapia de tartamudez administrada por un “psicólogo investigador” viajero que curaba a los tartamudos en solo doce días a base de cólera. Habla uno de sus casos:

“Durante sesiones de tres horas, dos veces al día, éramos instruidos para sentarnos en duras sillas de contrachapado,” dice Magge. “No podíamos fumar. Nos hacía sentirnos tan enfadados con él como fuera posible. Usaba insultos y comportamientos egoístas. Pero lo hacía con una razón,” dice el ex-tartamudo. “No puedes permanecer apático hacia algo y odiarlo al mismo tiempo. A diario se esforzaba para llenarnos de animosidad, sentimientos de miedo, odio o respeto. Citaba obras de grandes autores y nos llenaba con sus propias ideas. Yo sentía ganas de matar. Pero no tuve ni un tartamudeo durante todo el día.”

El artículo menciona que algunos terapeutas que asistieron a la sesión se mostraron escépticos.

### ***Respuestas alimentarias y sexuales como contracondicionadores.***

La literatura psicosomática referida a la obesidad incluye muchas referencias a la excesiva ingesta de alimentos como necesidad para aliviar la ansiedad. Hay algunas evidencias experimentales de que algo de verdad hay en ello en las investigaciones de Mary Cover Jones (1924), Lazarus (1969) y otros. Encontramos pocas aplicaciones directas de la comida como contracondicionador en tartamudez salvo una mencionada por Van Riper (1968) pero es interesante que “mascar”, uno de los componentes del acto de comer, ha sido usado durante años en el tratamiento de la tartamudez. Cada uno de los siguientes autores: Froeschels (1942), Robbins (1932), Hollingsworth (1939) y Despert (1942), por dife-

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

rentes razones, han recomendado el uso del mascado como técnica terapéutica importante. Froeschels usó el mascado de la respiración para convencer al tartamudo de que su mecanismo de habla es normal; Robbins lo empleó para ayudar al tartamudo a desplazarse desde la consonante hacia la vocal; Hollingsworth encontró que el mascado produce relajación; y Despert lo recomendó como medio para liberarse de viejos conflictos desarrollados en situaciones familiares relacionadas con la comida. Recordemos también aquí los guijarros de Demóstenes. Quizá el principio activo en todo este mascado es meramente la reducción de ansiedad o el alivio que recibimos después de comer.

La satisfacción sexual también ha sido mencionada en la literatura como una inhibición de la ansiedad. A menudo hemos visto una marcada mejoría en terapia cuando el tartamudo establece una relación amorosa satisfactoria. No obstante, la única aplicación directa de la que tenemos noticia viene del informe de un caso que nos viene de Arabia. El informe dice que el tratamiento estándar de la tartamudez que el tartamudo llevó a cabo fue pospuesto hasta que cumplió 16 años, entonces lo llevaron a un burdel donde tenía que hablar durante el coito. Dice que ha conocido a otros que han sido curados de esta manera pero a él lo único que le causó fue una impotencia que le duró algún tiempo después. El contracondicionamiento trabaja mejor si la ansiedad es baja...

#### ***Respuestas respiratorias como contracondicionadores.***

Tan lejos como en 1929, Lovenhart, Lorenz, y Waters descubrieron que los psicóticos mostraban una remisión temporal de sus síntomas después de haber inhalado cantidades progresivas de dióxido de carbono. No se consideró este descubrimiento hasta que Meduna (1950) usó inhalaciones de dióxido de carbono con un grupo de 100 ansioso-neuróticos, incluyendo algunos tartamudos, e informó que el 68% de ellos habían mejorado lo suficiente para ser llamados curados después de entre 20 y 150 sesiones. No proporciona datos de seguimiento. En la terapia de CO<sub>2</sub> de Meduna, el paciente toma entre 20 y 30 inhalaciones de una mezcla del 30% de dióxido de carbono y 70% de oxígeno hasta que pierde la consciencia durante dos o tres segundos. Se administran estas sesiones tres veces al día durante cuatro, cinco o seis meses. Smith (1953) informó que un tercio de 33 tartamudos así tratados habían mostrado una mejoría remarcable, otro tercio cierta mejoría, y el tercio restante no había mejorado. Kent (1961b) revisó la investigación en este campo y preguntó a los miembros de la Asociación Médica del Dióxido de Carbono americana por su uso en este tipo de tratamiento. Su conclusión fue que la “cuestión sobre la eficacia de este tipo de tratamiento en tartamudez no ha sido adecuadamente respondida ni en la investigación ni en la práctica clínica.” Wolpe y Lazarus (1966) informan de un tipo distinto de terapia de dióxido de carbono, usado para producir hiperventilación y relajación en lugar de inconsciencia y afirmaron que “una o dos inhalaciones bastan para eliminar la ansiedad durante semanas.” Tres de nuestros propios tartamudos han pasado anteriormente por la terapia de CO<sub>2</sub> y nos han dicho que se beneficiaron temporalmente. Atribuyen el cambio al profundo alivio que experimentaron cuando pudieron respirar de nuevo aire fresco.

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

***El humor como antagonista de la ansiedad.***

Los tartamudos han comprobado a manudo como el humor puede ser usado para aliviar algo de ansiedad e incrementar momentáneamente la fluidez. Van Riper (1971) lo menciona entre los dispositivos antiexpectación usados comúnmente y hay ocasionales informes en la literatura de “tartamudos carcajeantes.” Bryngelson (1935) recomienda vivamente a sus tartamudos que aprendan a contar chistes sobre su desorden, no solo para desarmar a los oyentes, sino para evitar las actitudes mórbidas hacia el problema. Luper y Mulder (1964) dicen esto:

Estamos de acuerdo con los que dicen que contar chistes sobre tartamudez ayuda a los tartamudos. Al ser capaz de reírse de sí mismo, previene las reacciones adversas de los demás de manera que no se avergüenza de la tartamudez si esta tiene un lado cómico.

Usado demasiado a menudo, sin embargo, tal comportamiento llega a ser sospechosamente fraudulento. La tartamudez no es una cuestión para reírse.

***Terapias semánticas y racionales.***

Una de las más antiguas ideas acerca de la tartamudez es que se trata de un desorden del pensamiento. Una admonición común que los tartamudos tienen que escuchar es que deberían pensar en lo que quieren decir antes de decirlo, una prescripción que sin duda proviene de las dudas de dicción que los hablantes normales experimentan cuando tienen dificultades de formulación. Hipócrates decía que los tartamudos pensaban más rápido que hablaban. Esta visión ha encontrado eco en muchos otros desde entonces. Algunos investigadores han pensado no obstante que la clave del desorden no era la rapidez del pensamiento sino su desorganización. Beasley (1897) fue el primero de una serie de terapeutas de tartamudez que pedía la organización del pensamiento. Hablando del tartamudo, escribía: “Hagamos que aprenda de nuevo el arte de hablar, y habiéndolo aprendido, que piense antes de hablar, y diga sus pensamientos calmadamente, con respeto hacia sí mismo, como un hombre que no habla por hablar.” Scripture (1931) insistía que los tartamudos necesitaban entrenamiento en maneras de pensar apropiadas. Notaba como de a menudo los tartamudos parecen incapaces de “ir al grano” de lo que quieren decir; como de a menudo interrumpen el hilo de una frase y se pierden en revisiones tangenciales. Fue quizá Bluemel, un psiquiatra, quien en su libro *The Riddle of Stuttering* (1957) desarrolló la “terapia del pensamiento” más profundamente. Usando el modelado como el enfoque básico, e intensivos ejercicios en silencio, pantomima, susurro y finalmente formulación abierta de sentencias en respuesta a preguntas, Bluemel buscaba una reorganización de un pensamiento desordenado. Creía que este era el corazón del desorden<sup>5</sup>. Encontramos el mismo tipo de tratamiento recomendado por muchos escritores para los que sufren de cluttering, notablemente Weiss

---

<sup>5</sup> Hemos conocido bastante bien al Dr. Bluemel y es nuestra impresión que su tartamudez tiene un alto componente de cluttering. Esto puede ser una explicación de su énfasis en la necesidad de reorganizar los procesos cognitivos. Uno de sus colegas dijo en una ocasión que su libro debería llamarse *The Riddle of Cluttering*.

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

(1964). Debemos aclarar, no obstante, que Bluemel como psiquiatra también consideraba que la tartamudez tenía muchos de los componentes de las neurosis secundarias y su terapia cognitiva la veía como una manera útil de calmar a sus pacientes y liberar mucha de su ansiedad.

*Psicoterapia Semántica.* Aunque ya hemos presentado, en nuestra sección dedicada a la sugestión y persuasión, la terapia de interacción semántica de Wendell Johnson, Williams y otros de la escuela de Iowa, debería ser también incluida en la sección de psicoterapias. El libro de Johnson *People in Quandaries* (1946) es en verdad un libro de psicoterapia, no solo para la tartamudez sino también para otros problemas considerados neurosis. Johnson cree que el tartamudo debe examinar el lenguaje que usa cuando se preocupa por su propia tartamudez. Revisando ese lenguaje, debe eliminar las percepciones y evaluaciones negativas en las cuales se ancla el problema. A través de discusiones individuales y de grupo, en un tipo casi socrático de cuestionamiento por parte del terapeuta, se ayuda al tartamudo a examinar y testar su asunción errónea de que hay algo realmente incorrecto en su persona o de que hay algo realmente incorrecto en su habla excepto las reacciones maladaptativas a estas percepciones. Bloodstein (1969) indica la naturaleza directiva de esta psicoterapia de la siguiente manera:

...se entrena al tartamudo a dejar de lado, al menos temporalmente, la palabra “tartamudez” para así hablar de una manera descriptiva sobre su problema, con la esperanza de que, a medida que se va dando más y más cuenta de que no hay nada que realmente le impida progresar excepto las cosas que él mismo hace cuando habla, irá gradualmente siendo más capaz de hablar sin hacer esas cosas. En la base de este tipo de reorientación semántica Johnson pone gran énfasis en que el tartamudo “dé un paso adelante y hable” en la asunción de que no existen razones físicas o emocionales básicas para no hacerlo.

Como apunta Kent (1961<sup>a</sup>), uno de los objetivos principales de esta terapia es modificar el sistema de creencias del tartamudo acerca de su habla y su desorden de habla para reducir su ansiedad y reacciones de evitación.

Quizá la más sucinta exposición de la terapia semántica o de interacción de Johnson se encuentre en su libro *Stuttering and What You Can Do About It* (1961) en el que condensa el tratamiento recomendado en cuatro mandatos: (1) Presta mucha más atención a lo que piensas cuando hablas normalmente que a lo que piensas cuando tartamudeas. Cultiva los sentimientos y actitudes que tienen lugar cuando hablas normalmente. Acéptate cariñosamente como persona. (2) Presta suficiente atención a las cosas que interfieren con tu habla normal, las cosas que haces cuando tartamudeas, para entender que son innecesarias y después cambiarlas y eliminarlas. (3) Habla más (4) Trabaja para ser “un hablante normal.”

*Psicoterapia racional.* El interés mostrado hoy en día por los terapeutas del lenguaje por la terapia racional recomendada por Ellis y Harper (1961) refleja la influencia de la más antigua terapia semántica. De acuerdo con Ellis, la psicoterapia racional se basa en la asunción de que los seres humanos tienen interferencias emocionales a través de la adquisición

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

de pensamientos, filosofías o actitudes irracionales e ilógicas. Para Ellis, “La neurosis consiste esencialmente en los pensamientos estúpidos de una persona no estúpida.” “Un neurótico es una persona potencialmente capaz que en algún nivel de funcionamiento no se da cuenta de que está, o cómo está, derrotando sus propios fines.” Ellis se preocupa sobre todo de la voz propia de los neuróticos, con tantas sentencias irracionales y no realistas con las que se lavan el cerebro a sí mismos y así mantener su ansiedad y comportamientos inapropiados. Lo que hace el terapeuta en la terapia racional es analizar los sentimientos de miedo, rabia, culpabilidad, del cliente y revelar sus orígenes en los retorcidos pensamientos del presente, más que en un trauma del pasado. Ayuda al cliente a verbalizar de nuevo, a pensar de una manera realista, y a probar este pensamiento realista en situaciones reales.

El tratamiento es altamente directivo y el terapeuta es agresivo, como se aprecia en la siguiente cita:

La psicoterapia racional ataca directamente las posiciones irracionales del individuo de dos maneras: (1) el terapeuta hace de contra propagandista activo que contradice y niega la propaganda autodestructiva y las supersticiones que el cliente ha aprendido en primera instancia y son mantenidas por su auto propaganda. (2) el terapeuta encorajina, persuade, ordena al cliente que tome parte en alguna actividad que actúe como fuerte contra propagandista en contra de los pensamientos absurdos en los que cree.

Aunque a día de hoy no hemos sabido de informes publicados acerca del éxito de la psicoterapia racional con tartamudos, encontramos más y más clientes que la han experimentado antes de venir a nosotros, y muchos terapeutas nos han dicho que es muy útil. Nuestra impresión es que la terapia racional, como la semántica, puede ser efectiva con cierto tipo de tartamudo, uno que a pesar de su tartamudez suave es altamente verbal y más amigo de intelectualizar que de llevar a cabo ejercicios de logopedia. Nuestra experiencia al aplicar cualquiera de este tipo de terapias a tartamudos muy severos y con fuertes bloqueos no ha sido muy exitosa. Quizá su manto no se ajuste bien a nuestros propios contornos terapéuticos.

### ***Terapia de realidad.***

Recomendada por Glasser (1965), esta psicoterapia parece adaptarse a un tipo de tartamudo adicto a la evitación, tímido, que se siente perdido e impotente, aquellos que se han apartado de todos y viven miserablemente dentro de los muros de la prisión de su propia evitación, con muy baja autoestima. En esta forma de terapia no se escarba en busca de los gatos muertos del pasado, no hay desenterramiento de lo que Glasser llama la “basura psicológica,” ya que esto solo sirve para degradar a la persona. En lugar de ello, el psicoterapeuta se alía con el cliente y le insiste en que afronte valientemente la realidad, complete sus necesidades, acepte la responsabilidad de su propio comportamiento, y busque hacer lo correcto en lugar de lo incorrecto. ¡Confrontación sin excusas! Es también una terapia muy directiva y suportiva.

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

### ***Terapia Gestalt.***

Las nuevas terapias crecen como la mala hierba. En este texto no podemos revisarlas todas. Aquellas que hemos revisado son las que han sido empleadas con tartamudos que hemos conocido o las que hemos empleado nosotros mismos. La última de esta serie, la terapia Gestalt, es bastante reciente pero dos de nuestros casos parecen haberse beneficiado enormemente de ella así que proporcionaremos una breve descripción.

La terapia esta sólo remotamente inspirada en la psicología Gestalt y refleja, más que ninguna otra, conceptos existencialistas. Esencialmente, es una terapia de acción, el cliente lleva a cabo una serie de experimentos para conocerse a sí mismo, reconocer sus conflictos, recordar, concentrarse, verbalizar, y después informar de las reacciones. Se pone énfasis en la manipulación del yo a través del contacto con él, la introspección y la acción. La persona aprende a cambiar la ansiedad por excitación y usar estas energías con objetivos positivos. La mejor fuente es *Gestalt Therapy* de Pearls, Hefferline y Goodman (1951).

En su vida dedicada al tratamiento de la tartamudez, el autor del presente texto ha desviado a psicoterapeutas de distintas orientaciones a pacientes que parecían tener problemas emocionales demasiado profundos para su propia competencia y disponibilidad de tiempo. Ha colaborado muy de cerca con estos profesionales y ha hecho terapia del lenguaje después de que los pacientes hubieran terminado con ellos. En solo dos casos la psicoterapia libró totalmente de tartamudez a la persona y estos eran casos en los que la tartamudez era monosintomática y había empezado en la edad adulta de una manera brusca. Todos los demás con los que tuve contacto después de psicoterapia seguían tartamudeando tan frecuentemente, aunque no tan severamente como antes de la psicoterapia, y esto era cierto independientemente de la orientación o el tipo de terapia. No obstante, es nuestra impresión (solo eso) que esos tartamudos altamente trastornados se habían beneficiado sustancialmente de la psicoterapia. Se mostraban menos mórbidos respecto a su problema de habla; su ansiedad se había reducido; parecían poseer más motivación. Era interesante que aunque sus miedos sociales habían disminuido remarcablemente y hablaban en más y más situaciones, sus miedos a sonidos y palabras no habían cambiado. Resumiendo, aunque tartamudeaban con la misma frecuencia, más o menos, que antes de la psicoterapia, ya no eran tan infelices ni miserables. Pensamos que haberlos desviado ha sido una sabia decisión.

### ***Farmacología.***

Las drogas de todo tipo han sido utilizadas para aliviar la ansiedad desde que la humanidad tiene memoria. Recordemos solamente el opio de Oriente; el vino y la nepenta de los griegos y romanos; las hojas de coca de los Incas; las raíces de Rauwolfia de La India; o el peyote y los hongos psicodélicos de los indios mexicanos. Francis Bacon no fue la primera ni la última persona que recomendó el vino caliente para las lenguas congeladas de los tartamudos. La reducción de ansiedad, el cambio en las percepciones, los efectos reguladores que las drogas pueden conferir, han hecho que resulten siempre atractivas para los que viven en el miedo y la privación. La moderna psicofarmacología ha proporcionado cientos de nuevos medicamentos, cada uno de ellos ha sido anunciado como muy eficiente,

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

y la literatura muestra que la píldora rosa de la esperanza ha sido tragada por miles de tartamudos buscando alivio para sus dificultades.

Aunque, como insiste Dews (1962), “la terminología puede haber perdido su razón de ser”, la mayoría de las drogas empleadas en el tratamiento de la tartamudez han sido clasificadas en las categorías de estimulantes, sedantes o tranquilizantes. Sus diferentes efectos se han atribuido a la alteración bioquímica de diferentes regiones del sistema nervioso— el córtex, el tálamo, el hipotálamo, la formación reticular, los sistemas simpático y parasimpático. Desgraciadamente hay pocas drogas que tengan efectos únicos o zonas específicas de acción. Como ocurre con otras drogas, el alcohol puede servir como estimulante o como depresor; dependiendo sobre todo de la dosis y del tiempo que ha pasado desde la ingesta. Existen diferencias en la tolerancia de los individuos al alcohol. Algunos llamados sedantes pueden producir estados casi maníacos en ciertas personas en determinadas ocasiones. A menudo los placebos proporcionan el mismo alivio sintomático que los mismos fármacos. En resumidas cuentas, la farmacología está en la infancia.

Teniendo presente estas observaciones, uno debe analizar la literatura con cuidado. En primer lugar, encontramos muchos informes de terapia farmacológica exitosa con tartamudos— informes que son completamente inadecuados. Las drogas son administradas pero no se especifica la dosis ni el periodo de aplicación; no se usan placebos de control o, si se usan, el administrador (que también es el evaluador) sabe si administra el placebo o el fármaco y el sujeto puede también saberlo. Si se anuncian mejorías, no existen medidas objetivas de la severidad del tartamudeo. Demasiado a menudo se hace la prueba con muy pocos sujetos. Unos pocos estudios intentaron medidas objetivas de la severidad del tartamudeo, contando la frecuencia de tartamudeos en párrafos de lectura oral en presencia de un grupo de oyentes expertos. Mientras que estos procedimientos dejan mucho que desear (véase Van Riper 1971, Cáp.9) a la hora de proporcionar una medida válida de severidad, la mayoría de estudios expresan el resultado de la terapia con fármacos como “mejoría en el habla.” Raramente encontramos recuentos de “curas” y cuando lo hacemos, nunca sabemos si estas curas son evaluadas en laboratorio o han sido transferidas también a ambientes externos. Raramente encontramos un estudio de seguimiento cuidadoso después de un tiempo. A menudo, la mejoría citada es en términos de un cambio de actitud estimado subjetivamente: “Bajo los efectos del fármaco, el tartamudo parece más contento y relajado en comparación a la administración del placebo.”

Los placebos deben ser usados con cuidado. Como apuntan Uhr y Miller (1960), los placebos deberían idealmente tener los mismos efectos secundarios que el fármaco mismo, y el criterio del doble ciego debe ser seguido sin excepción. Por ejemplo, por un lado, tenemos ese tipo de estudios en Gutzman (1954) informando que “Empezando en 1949, hemos prescrito ácido glutámico en 130 casos con síntomas clínicos diferentes y en general hemos obtenido buenos resultados.” En contraste, Leanderson y Levi (1968), usando un procedimiento de doble ciego diseñado cuidadosamente y con medidas objetivas de mejoría encontraron que los placebos tenían el mismo efecto que el opipramol

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

El esquema de la administración del fármaco también es de vital importancia, porque a menudo no encontramos descripciones de lo a menudo que se administraba ni durante cuanto tiempo, o encontramos que una evaluación crítica del fármaco por sí solo no es posible. Por ejemplo Cornelius (1968) primero administró tranquilizantes, luego estimulantes, luego entrenamiento en relajación y luego ejercicios ortofónicos. Informa que el 90% de los casos “han mostrado progresos positivos.” Daskalov (1968) proporciona solo sus impresiones, aunque los fármacos formaron parte integral de su terapia con 815 tartamudos búlgaros. Usó algunos de ellos como “protección” frente al estrés, otros como tónicos, y otros como estimulantes. Aunque informa de resultados muy favorables en su compleja terapia, somos completamente incapaces de evaluar la efectividad de los fármacos por sí mismos. La determinación de la eficacia de los fármacos requiere procedimientos precisos, y es esencial una replicación cuidadosa de la investigación.

A la luz de estas observaciones, casi dudamos de revisar la literatura. Lo hacemos sólo en la esperanza de que se lleven a cabo mejores estudios y proporcionar posibles direcciones prometedoras para investigaciones futuras. Debemos reconocer no obstante que los fármacos son ampliamente utilizados actualmente en el tratamiento de la tartamudez. En USA, los sedantes y tranquilizantes suaves son a menudo recetados por médicos, si no por terapeutas del lenguaje, y en otros países el uso de fármacos todavía está más extendido. Así Luchsinger y Arnold (1965) indica que el uso de los sedantes atropina, prostigmina y los tranquilizantes basados en la Rauwolfia son muy comunes en Europa. Yannatos (1960) en Grecia, descubrió que cuando la hidroxicina (Atarax) se usaba junto con terapia del lenguaje, facilitaba el tratamiento pero no producía ninguna cura si se usaba sola. Lennon (1962) en su libro *Le Bagaïement* dice que los fármacos producen mejoría pero no recuperación completa y son más efectivos cuando se usan en combinación con otras formas de terapia. Daskalov (1962) en Bulgaria declara que usa: “medicaciones sedantes y soporíferas, drogas neurolépticas y ansiolíticas, drogas que regulan los mecanismos neuroanatómicos, relajantes musculares, drogas espasmolíticas... y tónicos como vitaminas B1, B6 y C, arsénico, fósforo, hierro y calcio.” Estas drogas, no obstante, se usan junto con otros tipos de terapias. Kochergina (1965) en Rusia usan drogas anticolinérgicas para pacientes con tartamudez con anormalidades respiratorias, elatina (un alcaloide parecido al curare) que es un potente relajante muscular para los que están muy tensos, y una serie de tranquilizantes (meprobramato, trioxacina, y clordiazepóxido) para pacientes con gran ansiedad. Este autor también empleó combinaciones de fármacos. En Japón encontramos a Imazeki (1960) usando Astyn (un tranquilizante), y Fujita et al. (1964) empleando Insidiom, clormezanona y escopolamina, pero los resultados del informe no son muy impresionantes.

Aunque la literatura está llena de observaciones clínicas y experimentos controlados inadecuadamente, hemos encontrado unos pocos estudios que más o menos completan los procedimientos de evaluación apropiados usando controles a doble ciego y medidas objetivas de mejoría. El primero de ellos, de Mitchell (1955), emplea reserpina en alternancia con un placebo en dos grupos de 16 tartamudos. No se muestra un cambio significativo en la severidad o frecuencia del tartamudeo que sea atribuible a la droga aunque “informes introspectivos” por parte de sujetos que recibían terapia del lenguaje al mismo tiempo indican que bajo los efectos del fármaco tenían menos ansiedad, bloqueos más cortos y mejor con-

---

**TRADUCCIÓN LIBRE CON FINES EDUCATIVOS – NO COMERCIALES**

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

trol. Kent y Williams (1959) dividieron a 15 tartamudos en un grupo de fármaco y otro de placebo (clasificados en orden de severidad, terapias previas, etc.) y, usando procedimientos de doble ciego, administró meprobramanto (Miltown). Como en el estudio de Mitchell, todos los sujetos recibieron terapia del lenguaje concurrentemente con la droga o el placebo y esto posiblemente ha contaminado el resultado. No encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en un periodo de 99 días.

Quizá el estudio más cuidadoso sea el llevado a cabo por Aron (1965), en Sudáfrica, que trató a 46 tartamudos con una combinación de dos drogas— trifluoperacina (Stelanize), un tranquilizante, y amilobarbitona, un barbitúrico. El placebo y las drogas eran intercambiados cada tres semanas durante un periodo de 15 semanas para cada uno de los sujetos y se emplearon cuidadosas medidas de severidad del tartamudeo frecuente y sistemáticamente. No se administró terapia del lenguaje durante ese periodo. Aron informa que el 80% de los sujetos presentaron una mejoría del habla bajo los efectos de la droga en comparación con el placebo pero ninguno se curó. La mejoría parecía deberse a un descenso en severidad, pero no en frecuencia. La droga parecía tener un significativo efecto en el juicio de severidad. De acuerdo con Aron, “se postuló que la reducción de ansiedad y tensión proporcionada por la droga tenía más influencia en la severidad del tartamudeo que en la frecuencia con la que ocurría.” Un cuarto estudio fue llevado a cabo por Goldman y Guth (1965) que usaron dos drogas (pero no combinadas) — Tioridazina (Meleril) y Clordiazepóxido (Librium). Se planearon cuatro condiciones: (1) sin droga, (2) placebo, (3) Meleril, (4) Librium. Se evaluó a los sujetos en términos de severidad mientras leían y al ser entrevistados, en términos de tiempo de lectura, y un juicio de expertos basados en vídeos. No se encontraron diferencias estadísticas significativas en términos de frecuencia o tiempo de lectura pero a seis de los ocho sujetos se les juzgó una tartamudez más ligera bajo los efectos del Meleril. Siete de los ocho dijeron encontrarse mejor al tomar esa droga. El Librium no produjo resultados significativos. Como en el estudio de Aron, se había interrumpido la terapia de lenguaje durante el experimento. Los autores son muy cautelosos, quizá por la pequeña muestra con la que trabajaron, concluyendo que “el hecho de que los tartamudos dijeran encontrarse mejor bajo los efectos del Meleril podría garantizar una consideración del uso de esta droga como ayuda adicional a la terapia de lenguaje.”

En un estudio de Sack (1968) muy bien controlado, se estudió una droga diferente, fenitoína, prescrito como antiépiléptico. Aunque en muchos aspectos el diseño de la investigación puede servir de modelo, Sack no encontró diferencias significativas en la severidad del tartamudeo entre la droga y el placebo. Las dos revisiones disponibles en la literatura referentes a los fármacos en tartamudez son las de Burr y Mullenford (1960) y la de Kent (1963). Ambos concluyen que, generalmente, los tranquilizantes no tienen importantes efectos en la tartamudez. A la vista de los descubrimientos más positivos de Aron y Goldman y Guth, que fueron publicados después de estas revisiones, es posible que las drogas sedantes o depresores, usadas solas o en combinación con un tranquilizante, puedan ser más prometedoras.

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

***Estudios menos válidos.***

Incluimos aquí una breve revisión de los estudios que desafortunadamente no completan los mínimos criterios de evaluaciones adecuadas pero que pueden aportar algunas pistas para investigaciones futuras. Hogewind (1940) usó Bellergal y fenobarbital, informando que “en conjunto los resultados son muy satisfactorios, en algunas ocasiones muy buenos.” Schaubel y Street (1949) probaron la prostigmina durante tres meses con diez tartamudos, encontrando algún descenso en la severidad del tartamudeo. Penson (1952) y Hale (1951) encontraron alguna mejoría resultante de la administración de vitamina B1 (tiamina), más o menos la misma que encontraron Palasek y Curtis (1960) cuando se limitaron a administrar placebos. En relación con este último descubrimiento, Anton Schilling (1963b) mostró que los placebos tenían el mismo efecto que los tranquilizantes cuando se comparaban con el estado sin drogas.

En Italia, Serra (1960) administró grandes dosis de iodo con resultados no concluyentes. En la universidad de Iowa, Love (1955) comparó los efectos de las anfetaminas (estimulantes) con el sedante fenobarbital, sin encontrar diferencias significativas. Fish y Bowling (1965), en un estudio que admitieron poco controlado, descubrieron que las anfetaminas ayudaban a algunos tartamudos, mientras que los tranquilizantes ayudaban a otros.

Bibik (1966) dice que los niños de preescolar a los que se administró benacticina, un tranquilizante, mostraron una remarcable mejoría. Cuatro de cinco “perdieron” su tartamudez en seis semanas. Hanicke y Leben (1964) administraron meprobromato a 20 tartamudos jóvenes. Los profesores del colegio indicaron mejoría en 13 de ellos pero también efectos secundarios importantes como somnolencia y falta de energía. Cuando se dio la droga a niños mayores, solo uno de 15 mostró alguna mejoría. Cozzo y Gabrielli (1965) dieron haloperidol y triperidol a 48 tartamudos. De ellos, 16 mostraron una marcada mejoría y 17 una ligera mejoría. No se vieron efectos permanentes después de haber dejado de administrar la droga.

Muchos terapeutas checos, influenciados por las teorías de Seeman (1959), han usado tranquilizantes como el Valium, Librium y Seduzen. Seeman pensaba que las emociones negativas fuertes influían en el córtex (quizá cancelando su papel inhibitor en los centros del cerebro inferior) de manera que tiene lugar una pronunciada actividad autonómica. Por tanto sugiere el uso de varias drogas como sedantes, hipnóticos, y tranquilizantes para reducir la negatividad emocional y de esta manera prevenir el tartamudeo. Sedlackova (1970) concluye que estas drogas actúan en el tálamo para mejorar la coordinación de los impulsos propioceptivos y exteroceptivos, y en el sistema límbico para reducir la intensidad de la “logofobia” y la ansiedad generalizada. Los estimulantes también han sido usados experimentalmente por estos investigadores para combatir la emoción negativa pero con resultados menos favorables, porque el pensamiento se vuelve caótico y debilitado.

Maxwell y Patterson (1958) afirmaron que el meprobromato era efectivo durante la terapia de lenguaje, aunque su estudio indica que cuando el placebo era sustituido por la droga, el tartamudo seguía mejorando. DiCarlo, Katz y Batkin (1959) asignaron aleatoria-

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

mente a sus 30 tartamudos en grupos un placebo, meprobramato, y nada, usando medidas de frecuencia en lectura oral de un párrafo como medida de severidad. Informan de una “sustancial reducción” de la tartamudez en el grupo bajo los efectos de la droga, pero las diferencias no son estadísticamente significativas. Holliday (1959) también asignó aleatoriamente a 20 tartamudos meprobramato y nada durante tres semanas de tratamiento usando ratios de frecuencia, duración, y una lista de puntos de chequeo de comportamientos tartamudos visibles, encontrando que los sujetos bajo los efectos del meprobramato estaban menos tensos que los controles. Tenemos también casos individuales del uso exitoso de Serpasil en Tuttle (1952) y Meffret (1956). Hommerich y Korzendorfer (1966) concluyeron que los placebos eran tan eficientes como el Librium. Un reciente estudio de Wells y Malcom (1972) debería también mencionarse. Usaron un procedimiento controlado a doble ciego para investigar la efectividad de una combinación de haloperidol y orfenadrina, esta última incluida para evitar temblores y otros efectos secundarios. De 12 pacientes que tomaron la medicación, 10 mostraron “considerable mejoría” mientras que 2 estaban peor. Las evaluaciones se hicieron en base a grabaciones de casete. Se mantuvo la terapia de lenguaje durante el tratamiento. Hay algunos errores básicos en el diseño de este estudio que nos hacen ser escépticos acerca de los informes de resultados positivos, especialmente en términos de evaluación y seguimiento. Sin duda se necesita replicar el estudio.

Para resumir, deberíamos enfatizar las palabras de Bachrach y Quigley (1966):

Debemos entender que la evaluación general y el reconocimiento del valor terapéutico de cualquier droga deben residir, no en la generalidad de sus uso, sino en base a una evaluación cuidadosamente controlada. La experiencia general ha demostrado que las afirmaciones originales casi siempre son demasiado optimistas y solo después, gradualmente, a medida que se acumula la evidencia de los estudios controlados, podrá ser evaluada la eficiencia terapéutica de la droga.

En vista de la revisión anterior y también de nuestra propia experiencia en la administración de estas drogas, encontramos poca justificación para ser usadas como único método de terapia. Quizá, para ciertos individuos, algunas drogas pueden ser usadas con éxito junto con otros tratamientos pero hasta la fecha la farmacología no ha resuelto el problema de la tartamudez. Pollard y Bakker (1960) proporcionan este sano comentario para concluir esta sección:

En algunos programas cuidadosamente planeados la administración de drogas ha sido una parte integral de la terapia, pero la cápsula del amor sin entendimiento puede convertirse en la amarga píldora del rechazo. Somos conscientes del efecto placebo y de los diligentes estudios a doble ciego, con grandes muestras de sujetos y controles, pero somos críticos y sospechamos de evaluaciones que no empiecen teniendo en cuenta la singularidad de cada ser humano.

### ***Terapia de grupo.***

Hasta hace más o menos treinta años, la psicoterapia grupal era generalmente rechazada como de poco valor científico y poco sólida psicológica y sociológicamente. Durante y después de la segunda guerra mundial, no obstante, la gran cantidad de soldados necesita-

---

**TRADUCCIÓN LIBRE CON FINES EDUCATIVOS – NO COMERCIALES**

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

dos de psicoterapia exigió ese tipo de procedimiento y pronto la necesidad de tratar de manera similar a pacientes en hospitales mentales o clínicas infantiles dio gran ímpetu al movimiento. Pronto se vio que la terapia de grupo tiene ventajas en sí misma: (1) El cliente se da cuenta de que sus problemas no son únicos, que no está solo, que otros comparten sus dificultades. (2) La interacción grupal es un facsímil de la interacción social, el área en la que residen la mayoría de sus dificultades. (3) Mediante la tolerancia, entendimiento y apoyo del grupo se generan fuerzas muy potentes que promueven la curación. (4) Significa economía para el tiempo y las energías del terapeuta. (5) El grupo se constituye en un lugar seguro en el que intentar nuevas pautas de comportamiento. (6) Los miembros del grupo no sólo aprenden unos de otros nuevos enfoques de la solución; también asumen el rol de terapeutas para otros miembros y para sí mismos.

También existen dificultades y desventajas: (1) A menudo la composición del grupo es demasiado heterogénea para que la interacción sea fácil o puede haber saboteadores y explotadores. (2) En ocasiones actitudes poco sanas pueden ser contagiosas. (3) Algunos miembros de los que más necesitan participar pueden quedarse en los bordes del grupo y no implicarse. (4) El grupo puede convertirse en un puerto seguro o un refugio e impedir a la persona el ajuste a la realidad del que de verdad es capaz. (5) Ciertos miembros pueden resultar abrumados por las presiones del grupo que animan a sentimientos o revelaciones prematuras y, o bien abandonan el grupo, o quedan hechos polvo. (6) La terapia de grupo requiere un líder muy competente y habilidoso y esto no abunda.

En el tratamiento de la tartamudez la terapia de grupo ha sido usada durante muchos años por todo el mundo. Aunque mucha de esta terapia ha estado centrada en la facilitación de la fluidez, más que en la mejoría del bienestar personal, no hay duda de que contiene potentes elementos psicoterapéuticos. Uno de los primeros que recomendaron la terapia de grupo para tartamudos fue James Sonnet Greene, que regentaba una clínica para tartamudos en el National Hospital for Speech Disorders de New York. En 1942 escribió: “la terapia de grupo es el factor más importante en el tratamiento del tartamudo” y cinco años más tarde (Green, 1947) sugirió que el tartamudo fuera integrándose progresivamente en distintos grupos, desde “grupos de poca presión” más pequeños, hasta los más grandes y exigentes, a medida que se acostumbraba a soportar la presión comunicativa. Insistió en que el objetivo de esta terapia es “tratar a la persona como un todo” y no el síntoma. También fundó un grupo social-terapéutico para tartamudos llamado el Ephata Club, que permaneció activo durante varios años. Slavson (1947), con su libro *The Practice of Group Psychotherapy*, fue quizá el primero en tener impacto en el campo de la psicoterapia debido a su presentación sistemática de los principios y métodos. En la sección dedicada al problema de la tartamudez, los objetivos del grupo terapéutico con estos “sufridos hablantes” eran (1) romper las viejas reacciones emocionales maladaptativas del tartamudo y construir otras nuevas más saludables; (2) disminuir los miedos y ansiedad específicos del paciente; (3) crear estrategias de mejor ajuste social; (4) desarrollar una personalidad más madura, adecuada e integrada. Slavson creía que tanto la terapia de grupo como la individual eran necesarias.

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

Un profesional que durante mucho tiempo tuvo una marcada influencia en promover terapias de grupo fue Ollie Backus. En su primer artículo (Backus y Dunn, 1947), ella aplicaba las bases teóricas de Lewin, Horney y Sullivan para construir una combinación única de terapia grupal y terapia de lenguaje basada en patrones conversacionales. Creía innecesario que los grupos de personas fuesen homogéneos, todos con el mismo desorden de habla. Por el contrario opinaba que grupos formados por personas con desordenes de lenguaje distintos ofrecían ventajas ya que de cualquier modo el propósito básico de la terapia era crear la “atmósfera” óptima y las condiciones para que la persona se sanara a sí misma<sup>6</sup>. Van Riper (1958) ha descrito variadas formas de interacción grupal en el recuento de sus 20 años de exploración de terapias con tartamudos. Una descripción parcial del programa terapéutico para 1955-56 puede ilustrar una de esas formas:

Este año, el último de la serie de cinco años de énfasis de la psicoterapia, nos liamos la manta a la cabeza en cuanto a permisividad y poca elaboración de la terapia. No se fijaban deberes; no existieron recuentos de auto-terapia. El terapeuta jugó un papel secundario, siendo más un observador y conversador que sus predecesores. El terapeuta asumió muy poco liderazgo en el grupo, dejándolo ir sin preocuparse dónde. En ocasiones jugaba a ser el chivo expiatorio o cabeza de turco. Ocasionalmente, si se le permitía, expresaba un sentimiento o dos, o protegía a un miembro del grupo de los ataques de los demás. Fue usado por el grupo como una suerte de enciclopedia de consulta, dando información, pero solo cuando se la pedían. Los tartamudos recibieron en los primeros días información sobre las técnicas que nosotros u otros habían usado para ayudar a los tartamudos, y de aquí en adelante era una cuestión de libre elección, tan desestructurada como la terapia de juego con niños. A menudo nos sorprendía la similitud de lo que hacíamos con la terapia de juego. Estos tartamudos jugaban con su tartamudez, con las técnicas que se usaban para reducirla, con los clínicos y los terapeutas, tan libres como niños en un barrizal.

Como podría esperarse, este particular tipo de terapia grupal en la que el terapeuta abrogó cualquier responsabilidad de liderazgo no fue muy efectiva y Sheehan (1970) informa de una experiencia similar. No obstante, escribe:

Debido a que la tartamudez es un desorden de la auto-presentación interpersonal y ocurre en contextos sociales, la terapia de grupo es la elección natural para el adulto. En combinación con terapia individual y de subgrupos en grados sucesivos, hemos trabajado una estructura bastante original unificando la terapia de tartamudez con aspectos importantes de psicoterapia. Los tartamudos pueden, en los grupos, interactuar unos con otros de una manera que ningún terapeuta podría. El aislamiento social, al menos el solitario sentimiento de ser un bicho raro, es una de las claves de la tartamudez. En el entorno grupal, el descubrimiento de que uno no está solo, que sus experiencias son compartidas y compartibles por otros como él, puede ser en sí mismo enormemente terapéutico. Esto es particularmente cierto si el grupo se usa como un resorte que empuje a la acción.

---

<sup>6</sup> Esta breve descripción no hace justicia a la complicación teórica del enfoque de Backus. Para mayor información Backus (1952, 1957) y Backus y Beasley (1951)

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

Ha habido otras descripciones de terapia de grupo con tartamudos con contenido psicoterapéutico. Oscar Fitz (1961) en Alemania recomendaba desde hace mucho la terapia de grupo con tartamudos “situados delante de un gran círculo de oyentes para así convencerles de su propia habilidad para hablar.” Jessler (1962) usaba métodos similares. Hooper (1964), de Australia, describe punto por punto un programa de terapia grupal combinando terapia del lenguaje y psicoterapia, concluyendo:

He tratado de demostrar que el grupo es una unidad terapéutica en la que la persona puede experimentar relaciones sociales y ser estimulado y encorajinado en su batalla —porque es una batalla— por aprender a hablar con facilidad siempre que lo desee.

Stromsta (1965) presenta un interesante informe de un programa de terapia grupal basado en procedimientos sociométricos. El tartamudo revisa sus auto-conceptos en términos de consenso con el grupo. Leith y Uhlemann (1970) e Ingham y Andrews (1971) han explorado el uso de los principios del condicionamiento incluyendo fichas de premio en el tratamiento grupal de tartamudos.

En los estudios que hemos citado, el grupo es a menudo bimodal en objetivos y actividad: alguna de ella como terapia del lenguaje y otra como psicoterapia (si es verdad que pueden separarse tan limpiamente). Un grupo de profesionales, no obstante, han relegado la terapia del lenguaje a un papel minúsculo, o bien la han ignorado totalmente. Brody y Harrison (1954) están entre los primeros que aplicaron los principios del psicoanálisis en terapia de grupo con tartamudos. Encontraron la tarea extremadamente difícil, como atestigua esta cita:

Desde el principio, este grupo de extraños formaron una cohesionada banda que parecía mirar al psicoterapeuta como un outsider que no podía entender su problema de ninguna manera. Presentaban la imagen de un sufriente colectivo minoritario largamente perseguido. Su concepto de cómo la tartamudez podría ser superada presentaba una llamativa uniformidad. Expresaban la opinión de que el síntoma debía ser manejado con violencia. Creían que si eran fuertes, podrían forzarse a sí mismos a dejar de tartamudear “cortándolo por lo sano” y “desgarrándolo fuera de mí.” Decían que eran incapaces de llevar esto a cabo porque “carecían de la fuerza” o no tenían “agallas” o eran “inferiores.” El psicoterapeuta intentó animar al grupo, pero esto sólo pareció volver a los hombres aún más resentidos. El psicoterapeuta se encontró luchando por extender un rayo de esperanza en el grupo. Ofreció su interpretación de que cada uno de ellos tenía prejuicios hacia él, y quizá, si cada individuo pudiera aceptarse y estar orgulloso de sí mismo incluyendo su tartamudez, podría ser un primer paso para superarla. El grupo reaccionó unitariamente, diciendo que esa interpretación resumía el hecho de que el terapeuta no podía entenderles en absoluto.

(Leyendo lo anterior, este autor se permite una irónica sonrisa.)

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

Barbara, Goldart, y Oram (1961) describen la dinámica de un psicoanálisis grupal (basado en el enfoque de Horney) con tartamudos, presentando la base teórica, la aplicación y las resistencias. Escriben:

En el proceso grupal es esencial no implicarse específicamente en la manifestación de la tartamudez, sino intentar entender lo que el tartamudo está tratando de expresar cuando habla, y especialmente cuando tartamudea. El terapeuta debe interceptar y decodificar los mensajes que manda el tartamudo por la manera como se presenta a sí mismo cuando habla, los significados ocultos, el tono sentimental, ansiedades, inhibiciones, dudas, y especialmente su particular jerga.

Sadoff y Siegel (1965) defendieron una postura similar: la tartamudez representa una defensa contra el afrontamiento de la infancia y las necesidades narcisistas. Llegaron a esta conclusión en un estudio piloto con seis tartamudos que recibieron terapia grupal. En el mismo año, Miele (1962), un tartamudo, proporcionó un recuento general de los principios de la terapia grupal con tartamudos y mencionó uno de sus problemas:

El terapeuta que tartamudea será en primera instancia rápidamente aceptado como “uno de nosotros.” Los pacientes pronto se dan cuenta de que el objetivo del terapeuta es examinar actitudes y sentimientos que no tienen que ver con el habla y emerge pasmosamente la idea de que el terapeuta cree que cada paciente sufre, no solo de tartamudez, sino de alguna alteración emocional más básica. Este es un punto crucial de la terapia de grupo. En este punto la resistencia toma la forma de “lógica basada en la fluidez”. Se equipara la salud mental con la fluidez y el terapeuta es confrontado con la cuestión de cómo “puede él presentarse a sí mismo como autoridad en salud mental” si aún tartamudea.

### ***Grupos de autoayuda.***

En ocasiones los tartamudos se han asociado en grupos para satisfacer la necesidad de pertenencia que sienten la mayoría de ellos. Algunos de ellos son grupos casi terapéuticos, otros son sobre todo sociales. Algunos de ellos han sido instigados y apoyados por terapeutas (Damste, Zwaan y Schoenaker, 1968) para promover la estabilización de las ganancias conseguidas después de una terapia intensiva. Otros, como el famoso *Plus Club* de Suecia son iniciados y operados por los mismos tartamudos. Mogren y Leanderson (1965) describen el proceso de formación y trabajo de esta organización en detalle y citamos del resumen de su artículo:

Para atravesar el abismo entre las situaciones clínicas y el mundo real, unos pocos adultos tartamudos han empezado a trabajar juntos por su cuenta. En un entrenamiento conjunto, intentan aplicar las técnicas que han aprendido con varios terapeutas del lenguaje. En su esfuerzo por transferir las prácticas de las situaciones artificiales a las reales el foco de interés se trasladó de la técnica de habla a cuestiones psicológicas. Los ejercicios de habla dejaron paso a discursos analíticos. Esto causó una relajación en la ambición de los participantes de suprimir la tartamudez pero estimuló su deseo de reivindicar su integridad personal como tartamudos. En un periodo de diez años el grupo se convirtió en asociación nacional de apoyo y debate para tartamudos y terapeutas.

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

Una organización comparable en USA es el National Council for Adult Stutterers que comenzó su andadura con esta declaración de intenciones de Heffron (1966):

Me gustaría formar un grupo de tartamudos —o enrolarme en uno que ya existiera— en el que sus miembros quieran ayudarse a sí mismos y ayudar a otros tartamudos. Este grupo estaría dedicado a incrementar la sensibilidad social hacia este problema de la tartamudez, solicitar la ayuda pública y la comprensión, y llegar a todos aquellos tartamudos que nunca han solicitado ayuda por sí mismos. Me gustaría que los tartamudos se sintieran orgullosos —no de su tartamudez, porque solo un tonto puede sentir orgullo de una aflicción— sino del hecho de estar haciendo algo por ayudarse a sí mismos.

Idealmente, habría una organización nacional con autoridad, competencia, recursos humanos y financiación para desarrollar campañas nacionales. Asociados a ella existirían grupos locales que llevarían al enfoque local las orientaciones del consejo nacional. Quizá algún día llegue esto.

Mi preocupación inmediata, no obstante, es establecer un grupo en la ciudad donde vivo (Washington D.C.) y animar a otros para que consideren lo mismo en otras ciudades del país. Me reuniré por primera vez con un pequeño grupo de tartamudos que —espero— formarán conmigo el núcleo de la organización dedicada a los objetivos que he esbozado. Para conseguir estos objetivos propondré los siguientes medios:

- a. Preparar y dar charlas a grupos de negocios locales como los Lions, los Rotarians, y los Civitans, en iglesias, la PTA, y grupos fraternales.
- b. Contactar con periódicos locales, estaciones de radio y televisión, estar preparado para ofrecer cooperación en noticias, presentaciones y entrevistas.
- c. Solicitar la ayuda de los colegios públicos y privados —especialmente en los niveles más tempranos— para hacer saber a los tartamudos la existencia y objetivos de nuestra organización.
- d. Publicar un boletín para mantener informados a los miembros y alentar su participación.
- d. Solicitar financiación para investigación en tartamudez.
- e. Hacer saber al público el buen trabajo que llevan a cabo los grupos locales, escuelas y organizaciones envueltas en el problema de la tartamudez.

La mayoría de los grupos creados espontáneamente por tartamudos han tenido una existencia efímera, en comparación con organizaciones de otros tipos de disminuidos. Usualmente desaparecen a los pocos meses o años y esa ha sido también nuestra experiencia. Lemert (1970) dice:

**Tomado de:**  
**Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.**

...los tartamudos —a diferencia de los ciegos, los sordos, disminuidos físicos, drogo-dependientes, criminales u otros tipos de personas con problemas— no forman grupos por sí mismos ni desarrollan una subcultura. Es más, no organizan ni apoyan grupos de terapia comparables a Alcohólicos Anónimos. Los tartamudos no tienen oportunidades de hacer uso de habilidades sociales e ideologías subculturales para enfrentarse al rechazo y la degradación social que experimentan.

No obstante, tanto el Plus Club como el National Council of Adult Stutterers han florecido durante varios años y este último ha mostrado una capacidad impresionante de creación de otros grupos de apoyo. Mucho depende de los líderes que se elijan y de las funciones que éstos ejerzan. Ciertamente, al menos en alguna medida, proporcionan psicoterapia de apoyo a sus miembros.